

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет педагогики, психологии
и социальных наук

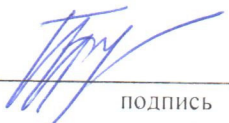
Кафедра «Прикладная
психология»

Направление подготовки 44.04.02 «Психолого-педагогическое образование»
Магистерская программа «Социальная психология в образовании»

Магистерская диссертация
на тему

«Психолого-педагогическое сопровождение детей с СДВГ в условиях
дошкольного образовательного учреждения»

Студент


подпись

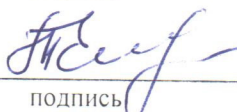
Терехина Татьяна Александровна

Научный руководитель


подпись

Стенькова Н.Е.

Нормоконтролёр


подпись

Тарасова Е.М.

Рецензент к. псих. н., доцент кафедры
«Педагогика и психология»

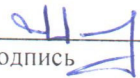
ФГБОУ ВО «Пензенский государственный
технологический университет»


подпись

Ефремкина И.Н.

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 31.01.2020 № 8)

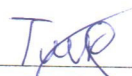
Заведующий кафедрой


подпись

Медведева И.А.

Работа защищена с отметкой отлично (протокол заседания ГЭК от 28.02.20 № 25)

Секретарь ГЭК


подпись

Карманова Т.М.

Пенза 2020

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Теоретический анализ проблемы психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.....	13
1.1. СДВГ: причины и особенности.....	13
1.2 Особенности СДВГ у детей дошкольного возраста.....	37
Вывод по главе 1.....	41
Глава 2. Эмпирическое исследование психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.....	44
2.1. Организация и методы исследования.....	44
2.2. Программа психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.....	50
2.3. Анализ и интерпретация результатов реализации программы.....	59
Вывод по главе 2.....	68
Заключение.....	70
Список используемых источников.....	73
Приложение	78

Введение

Актуальность исследования. На современном этапе наблюдается тенденция к увеличению числа детей, у которых двигательная активность выходит за рамки представлений о просто подвижном ребенке.

Большое количество детей отличается непосредственностью, эмоциональностью, импульсивностью, подвижностью, но при этом они способны внимательно слушать взрослого, выполнять его указания. Однако с гиперактивными детьми очень трудно наладить контакт хотя бы потому, что они находятся в постоянном движении, внимание их рассеяно, они импульсивны и непослушны. Большинству гиперактивных детей присущи слабая психозмоциональная устойчивость при неудачах, у таких детей низкая самооценка, они имеют проблемы в сфере взаимоотношений и учебной деятельности.

Из-за непонимания со стороны окружающих, гиперактивные дети формируют трудно исправимую агрессивную модель защитного поведения, что способствует их дезадаптации в коллективе сверстников.

Проблема биологического происхождения СДВГ изучалась на уровне нейроанатомии. В результате исследования было выявлено, что у детей с СДВГ структуры головного мозга, которые включены в процесс обмена нейромедиаторов, обладают анатомическими особенностями. Формирование этих особенностей происходит во фронтальной части коры головного мозга, базальных ганглиях, ретикулярной формации и мозжечке. Также медицинские исследования показали, что у гиперактивных детей имеются значительные различия в объеме серого и белого веществ в отделах головного мозга по сравнению с нормой [24, с. 38-50].

С помощью ядерно-магнитно-резонансной томографии Ф. Кастелланос и другие ученые выявили, что дети с СДВГ имеют меньший объем мозга по сравнению с нормативными детьми.

Н. Гогтай и соавторы в свою очередь провели исследование группы детей и взрослых с СДВГ от рождения и до 20 лет. В результате они обнаружили значительное запаздывание в созревании всех структур головного мозга в среднем на 2 года до достижения 10 лет по сравнению со сверстниками с нормальным развитием. С течением определенного периода времени созревание мозговых структур у детей с СДВГ постепенно достигают уровня возрастной нормы.

В настоящий период времени известно несколько теорий, которые пытаются объяснить возникновение и развитие СДВГ с точки зрения нейропсихологического подхода. Предполагается, что данное заболевание возникло в результате многочисленных нарушений в регуляции когнитивной деятельности.

Р. Баркли [10] в свою очередь считает, что самым главным недостатком СДВГ является сложность поведения по определенным правилам. Ученый сюда также относит дефицит распределения и поддержания внимания, рабочей памяти, планирование, подавления неадекватных реакций, подвижность установок. Те особенности поведения, которые свойственны данному заболеванию, автор считает вторичным дефектом.

Другие ученые К. Шу и В. Дуглас основной причиной возникновения и развития СДВГ считают дефициты лобной части головного мозга. Исследователями были проведены многочисленные тесты, благодаря которым удалось определить уровень развития лобных функций и памяти у детей с СДВГ. Итоги тестирования показали значительные различия между группами детей с СДВГ и детьми контрольной группы – уровень выполнения задания тестов детьми с диагнозом СДВГ оказались гораздо ниже возрастной нормы.

Дж. Свансон и соавторы выдвинули предположение, что в основе СДВГ лежит дефицит управляющих механизмов внимания и бдительности. При выполнении заданий, требующих длительного поддержания внимания,

при анализе выполнения различных когнитивных тестов, у детей с СДВГ были выявлены наибольшие трудности [22; 23].

Дж. Сержант и другие исследователи ведущую роль в возникновении и развитии СДВГ отводят энергетическому фактору. Данная модель Дж. Сержанта получила название когнитивно-энергетической – ученый выделяет возможности распределения ресурсов, дефицит которых и является основным в СДВГ. Именно недостаточность энергетических ресурсов может приводить к нарушению активности как механизмов нисходящей регуляции, вызывая дефицит торможения и произвольного удержания внимания, так и механизмов восходящей активации, что в свою очередь приводит к истощаемости и колебаниям внимания. Расторможенное поведение, свойственное таким детям, напрямую является результатом этих дефицитов [24, с. 38-50].

По мнению Е.В. Крупской и Р.И. Мачинской в первую очередь необходимо исследовать главное звено этого синдрома – это нарушение процессов внимания. Благодаря этому можно будет понять природу особенностей познавательной деятельности у детей с различными типами СДВГ. Именно внимание играет базовую роль в формировании любой деятельности человека [24, с. 38-50].

Т.Г. Горячева и А.С. Султанова [22] также проводили нейropsychологическое исследование. В эксперименте принимали участие 50 детей с СДВГ и 30 нормативных детей 5-6 лет. По результатам исследования было получено, что первичным дефектом у большинства детей с диагнозом СДВГ является функциональная недостаточность субкортикальных структур мозга. Это связано с патологией в развитии еще в перинатальный период, в результате чего возникает дисфункция активно формирующихся во внутриутробном периоде стволовых и подкорковых структур мозга. Наличие дисфункции стволовых клеток в структуре мозга подтверждено данными исследования при помощи ЭЭГ.

В научной литературе, кроме биологических факторов, выделяют социальные факторы, которые способствуют возникновению и развитию СДВГ у детей. Сюда относят низкое социальное положение семьи, криминальное окружение, разногласия и ссоры между родителями. Алкоголизм и отклонения в сексуальном поведении у матери считаются в большей степени отягощающими течение данного заболевания [4; 10].

Проводились исследования на определение взаимосвязи гиперактивности с социально-экономическим статусом и другими демографическими показателями. Полученные данные оказались противоречивыми: результаты некоторых исследований подтверждают достоверность выдвинутой гипотезы, а результаты других – не находят подтверждения. Немаловажным фактором является то, что у родителей детей с СДВГ часто наблюдаются психические нарушения [4].

Д. Видерман и другие ученые в свою очередь предполагают о неразрывной связи между гиперактивностью и аффективным поведением у взрослых. Ученые также относят сюда алкоголизм и другие виды нарушения асоциального поведения родителей и ближайших родственников. Исследователи обнаружили, что существует связь между антисоциальным поведением родителей и синдромом у детей даже в случае, когда дети были отделены от родителей с самого рождения. Такая связь носит неспецифический характер и не всегда выявляет причинную связь, но эти факторы также могут оказывать существенное влияние на течение и исход заболевания [9, с. 34]. По мнению А.М.Алексеевой, злоупотребление родителями алкоголя, семейные конфликты, потери близких или развод родителей выступают в роли сильнейших усугубляющих факторов развития СДВГ. В таких семьях происходит нарушение эмоционального контакта с родителями и ближайшим окружением [4].

Все вышеперечисленные факторы относятся к группе управляемых – в случае изменения неблагоприятной психосоциальной среды в окружении детей на благоприятную, как правило, происходит снижение выраженности

симптомов СДВГ. При неблагоприятных условиях развитие синдрома у детей переходит в тяжелую степень выраженности и способствует развитию социальной дезадаптации.

На протяжении нескольких десятков лет проводились исследования причин и факторов возникновения СДВГ, тем не менее, в настоящее время в научной литературе наблюдается достаточно большое количество гипотез о причинах возникновения СДВГ.

Комплексные исследования различных научных дисциплин (медицинских, генетических, психологических и нейропсихологических) установили, что специфические нарушения различных аспектов внимания и организации деятельности у гиперактивных детей в значительной степени связаны с функциональной незрелостью мозга.

Как показали многочисленные исследования, чтобы оказать квалифицированную психолого-педагогическую помощь таким детям недостаточно использовать только медицинский подход. Требуется комплексный подход, который будет включать как нейрофизиологические методы исследования, так и нейропсихологическое обследование, что позволит поставить адекватный диагноз. Благодаря такому подходу будут выявлены не только низкие показатели внимания и повышенная импульсивность, но и будет определена качественная характеристика дефицитарности психических функций ребенка и природа имеющихся нарушений.

В результате исследований многочисленных ученых, было выявлено, СДВГ является наиболее частой причиной обращения к специалистам за психологической помощью в детском возрасте. При длительном проявлении импульсивности и гиперактивности могут сформироваться отклоняющиеся формы поведения (Егорова М.С., 1995; Ковалов В.В., 1995; Горьковая И.А., 1996; Захаров А.И., 1999; Fischer M. et al., 1993; Weiss G., Hechtman L.T., 1993; Olson Sh., 1996). Последствия СДВГ во взрослом возрасте могут проявиться

неудачами в личной и профессиональной карьере (Гуревич К.М., 1991; Галкина Т.В., Алексеева Л.Г., 1992; Singh N.N. et al., 1991).

Проводимые научные исследования доказывают, что нельзя обвинять гиперактивного ребенка в отсутствии желания или волевых усилий (может, но не хочет).

Необходимо понять, что проблемы, связанные с обучением и воспитанием, являются результатом изменения биохимической активности мозговых структур (хочет, старается, но не может). Поэтому практические психологи в сотрудничестве с педагогическими, медицинскими работниками и родителями способны помочь в решении данной актуальной проблемы. Они имеют в своём арсенале достаточное количество игр и упражнений, направленных на развитие произвольных процессов и свойств внимания.

Игры соревновательного характера способствуют созданию у детей положительной мотивации на овладение своим поведением, помогают адаптироваться в окружающей среде, снижают их гиперактивность [1].

Анализ психолого-педагогической философской литературы по проблеме исследования, а также изучение реального состояния проблемы в опыте работы дошкольных образовательных организаций подтверждают существование ряда противоречий между:

- имеющимся потенциалом психолого-педагогических средств сопровождения детей с СДВГ и недостаточной теоретической и практической разработанностью модели психолого-педагогического сопровождения в условиях действующих ДОУ;

- уровнем психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ и недостаточной разработанностью программно-методических материалов для специалистов психолого-педагогического сопровождения детей в ДОУ.

С учетом этих противоречий был сделан выбор темы исследования, проблема которого состоит в обосновании оптимальных условий психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.

Цель исследования – разработать систему психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.

Объект исследования – психологические характеристики дошкольников с СДВГ.

Предмет исследования – организация психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.

Гипотеза исследования: процесс психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ будет эффективным, если:

- разработаны программа и определены основные критерии психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ;

- технологии и средства психолого-педагогического сопровождения направлены на поддержку и развитие личности ребенка и опираются на личностно-ориентированный подход;

- осуществляется взаимодействие с родителями детей с СДВГ с целью формирования у них основ знаний и умений по использованию психолого-педагогических средств эффективного сопровождения детей с проблемами в развитии;

- разработана программа коррекционной работы с детьми с СДВГ.

В соответствии с целью, объектом, предметом и гипотезой исследования, определены его основные задачи:

1. Проанализировать имеющуюся психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования.

2. Рассмотреть сущность понятия СДВГ, проанализировать его основные компоненты, методы диагностики.

3. Разработать модель психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.

4. Провести эмпирическое исследование психолого-педагогического сопровождения детей среднего и старшего дошкольного возрастов с СДВГ.

5. Разработать программу коррекционной работы и определить специальные условия обучения и воспитания детей с СДВГ.

6. Разработать рекомендации специалистам ДООУ в построении диагностической, консультативно-организационной, коррекционно-развивающей работе с гиперактивными детьми.

Теоретико-методологическую основу исследования составили отечественные теории и концепции развития психики в онтогенезе (П.П. Блонский, Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, А.Н. Леонтьев, Л.Ф. Обухова, Д.Б. Эльконин); концепция системогенеза деятельности и способностей (В.Н. Дружинин, А.В. Карпов, Н.В. Нижегородцева, Ю.П. Поваренков, В.Д. Шадриков); теоретические исследования особенностей психического развития детей дошкольного возраста (Л.И. Божович, Л.А. Венгер, А.Л. Венгер, Н.И. Гуткина, И.В. Дубровина, А.В. Запорожец, М.И. Лисина, В.С. Мухина, Е.О. Смирнова).

Методы исследования. Для осуществления целей исследования, решения поставленных задач и проверки гипотез нами был использован комплекс исследовательских методов:

- теоретико-методологический анализ проблемы психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ;

- психодиагностические методы (беседа, наблюдение, тесты «Найди и вычеркни», «10 слов» (А.Р. Лурия), «Раздели на группы», «Исключение лишнего», «Обведи контур», проба на реципрокную координацию (А.Р. Лурия), анкета для родителей детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью 4-15 лет Н.Н. Заваденко, анкеты для родителей и педагогов Брызгуновой И.П., Касатиковой Е.В., анкета для педагогов на выявление синдрома дефицита внимания Шарапановской Е.В.;

- диагностические критерии СДВГ по классификации DSM-IV;

- психо-коррекционные методы (развитие дефицитарных функций, отработка конкретных навыков взаимодействия с взрослыми и сверстниками. Сюда включены следующие упражнения: мышечные растяжки, на дыхание, для языка и мышц челюсти, массаж и самомассаж, перекрестные телесные

упражнения, развитие мелкомоторных навыков, релаксация, развитие коммуникативной и когнитивной сферы, игры с правилами).

Для обработки полученных результатов применялись методы математической статистики: методы индуктивной статистики (коэффициента корреляции Спирмена, t-критерия Стьюдента). Обработка количественных данных проводилась с помощью программы SPSS.

Эмпирическая база исследования. Исследование проводилось с сентября 2018 года по май 2019 года на базе МАДОУ ДС с. Бессоновка, МБДОУ ДС с. Чемодановка, МБДОУ ДС с. Грабово.

Достоверность результатов обеспечивается теоретической обоснованностью рассматриваемой проблемы, адекватностью используемых методов цели и задачам, логике исследования, применением методов математической статистики и репрезентативностью выборки.

Практическая значимость исследования. Результаты исследования легли в основу разработки системы психолого-педагогического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, направленной на оптимизацию психологической структуры учебной деятельности и формирование готовности к обучению в школе детей данной категории.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – это клинический синдром, при проявлении которого отмечается нарушение способности ребенка контролировать и регулировать свое поведение. Это связано с недостаточностью механизмов внимания и тормозящего контроля, поэтому подобные нарушения следует более точно классифицировать как «синдром дефицита внимания».

2. Нарушения в поведении ребенка активно начинают проявляться в период интенсивного формирования высших психических функций. Такие изменения значительно влияют на дальнейшую социальную адаптацию ребенка, и, соответственно, на качество его жизни в целом. Возникает

необходимость в профилактике нарушений развития детей, основанной на взаимодействии детских неврологов и психиатров, психологов, педагогов-воспитателей.

3. Главным условием снижения проявления признаков СДВГ у детей, а также их успешной социализации служит создание программы психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ, в основе которой будут применяться три основных направления – работа с детьми, родителями и педагогами, а также включать в себя основные блоки: диагностический, психокоррекционный и педагогический.

Апробация и внедрение результатов исследования. Теоретические положения и результаты опытно-экспериментальной работы были представлены на XXIX научно-практической конференции студентов, аспирантов и преподавателей «Актуальные проблемы науки и образования» ПГУ, 2018 год; в сборнике научных статей по материалам научно-практической конференции «XIX Социологические чтения» / Под ред. к.филос.н., доцента Т.И. Лавреновой . – Пенза: Изд-во ПГУ, 2019. А также отражены в следующих публикациях:

1. «Особенности сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в условиях дошкольного образования».
2. «Диагностика и коррекция детей дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности».

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы (46 наименований), 14 таблиц и приложения, в которое вынесены таблицы индивидуальной диагностики. В приложении на информационном носителе вынесена презентация. Основной объём работы составляет 84 страницы.

Глава 1. Теоретический анализ проблемы психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ

1.1. СДВГ: причины и особенности

«Синдром дефицита внимания с гиперактивностью» в качестве термина применялся исключительно в медицине. Он характеризуется средним или близким к среднему интеллектуальным уровнем развития, нарушением поведения от лёгкой до выраженной степени в совокупности с минимальными отклонениями в развитии центральной нервной системы, которые могут выражаться различными сочетаниями нарушений речи, памяти, контроля внимания, двигательных функций [5].

СДВГ – это клинический синдром. Особенностью его проявления является нарушение способности ребенка контролировать и регулировать свое поведение. Отклонения в поведении проявляются в виде двигательной гиперактивности, нарушения внимания и импульсивности [15].

С точки зрения медицины СДВГ представляет собой психиатрическое расстройство, ядром которого являются особенности строения и функционирования головного мозга. Воспитание или другие факторы психологического или социального происхождения не являются причиной его возникновения. Ключевыми факторами являются генетический фактор и перинатальное поражение центральной нервной системы.

С данной точки зрения СДВГ – это нарушение в развитии ребенка, а не особенность темперамента ребенка. Отмечается, что признаки СДВГ наблюдаются у детей с раннего детства и являются неотъемлемой частью их темперамента, но никак не являются приобретенными и временными. Это является главным отличием от периодически возникающих психиатрических расстройств (депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство и другие). Несомненно, расстройство в поведении у таких детей наблюдается, потому что гиперактивность, импульсивность и нарушения внимания

выражены несоответственно возрасту ребенка. Данные проявления в свою очередь приводит к серьезным нарушениям существования ребенка в основных социальных сферах [15].

Не следует путать такие черты темперамента у дошкольников, как импульсивность, гиперактивность, непроизвольность психической сферы с признаками СДВГ, так как эти качества могут быть свойственны данному возрасту. Эти черты свойственны активным детям и выражены сильнее, чем у детей с более спокойным темпераментом. Такие дети не создают в своем окружении больших проблем, у них не наблюдается нарушение поведения, отставания в учебе, в отличие от детей с диагнозом СДВГ.

В настоящее время не существует единого мнения в отношении названия этого заболевания. Зачастую под данным термином подразумевалось самое различное содержание. «Гипер...» – (от греч. hyper – над, сверху) – это составное сложное слово, указывающее на превышение нормы. Слово «активный» пришло в русский язык из латинского «activus» и означает «действенный, деятельный».

В современности не существует других заболеваний, которые имеют столько вариантов названий. Например, некоторые из них: «легкое повреждение мозга», «легкая дисфункция мозга», «гиперкинетический хронический мозговой синдром», «минимальная мозговая дисфункция» «легкая детская энцефалопатия», «гиперкинез», «гиперактивность», «гиперкинетические импульсивные нарушения» и многие другие.

СДВГ представляет собой крайнюю степень проявления активного темперамента, симптомами которого являются гиперактивность, импульсивность и нарушение внимания. Все это значительно затрудняет обучение, социальную адаптацию и развитие ребенка. Но в отличие от многих других расстройств, при которых могут наблюдаться крайние проявления (например, галлюцинации при шизофрении), СДВГ является спектральным расстройством. При данном заболевании наблюдаются особенности в поведении, которые могут быть характерными и для

нормального поведения. Все это значительно осложняет диагностирование СДВГ, особенно если наблюдается его проявление в легкой форме. Граница между нормой и патологией здесь очень условная [15].

В общей систематике нарушений психического развития у детей синдром дефицита внимания и гиперактивности принято считать относительно новой формой отклонения в поведении.

Клинически проявление данного синдрома обусловлено следующими признаками, а именно: двигательное беспокойство, импульсивность поведения и мыслей, недостаточная концентрация внимания, быстрая переключаемость с одного задания на другое без доведения начатого до конца, рассеянность и т.д. Для постановки заключительного диагноза ключевым фактором выступает расстройство внимания. Неспособность к обучению, повышенная тревожность, девиантное поведение принято считать сопутствующими проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Применительным к СДВГ считается термин «легкая дисфункция мозга», который был впервые упомянут в периодической медицинской печати в 1963 г. после совещания международных врачей-неврологов в Оксфорде. В результате было выделено более 100 клинических проявлений данного расстройства – «легкая дисфункция мозга», дисграфия (нарушение письма), дизартрия (нарушение артикуляции речи), дискалькулия (нарушение счета), гиперактивность, недостаточная концентрация внимания, агрессивность, неуклюжесть, инфантильное поведение и многие другие. Примечательно, что термин «легкая мозговая дисфункция» очень тяжело входил в медицинскую среду.

В 1966 г. S.D. Clemens дал свое определение данного заболевания у детей. Ученый предполагал, что это заболевание свойственно детям со средним или близким к среднему интеллектуальному уровню, у которых также наблюдается нарушение поведения от легкой до выраженной степени в сочетании с минимальными отклонениями в центральной нервной системе и

которые могут характеризоваться различными сочетаниями нарушений речи, памяти, контроля внимания, двигательной функции. Предполагалось, что индивидуальные различия у детей могут быть в следствие генетических отклонений, биохимических нарушений, инсультов в перинатальном периоде, заболеваний, а также травм в важнейшие периоды развития центральной нервной системы или других органических причин неизвестного происхождения [45].

Данное заболевание изучается достаточно недолго и составляет период всего около 150 лет.

Впервые в истории признаки данного заболевания были описаны немецким врачом-психоневрологом Генрихом Хаффманом. Он описал чрезвычайно подвижного ребенка, который ни секунды не мог спокойно усидеть на стуле. Ребенку в результате было присвоено прозвище Непоседа Фил.

В последние годы в медицинской и психологической практике увеличились случаи наблюдения за детьми с диагнозом «синдром дефицита внимания и гиперактивности» (СДВГ). При этом диагностикой и лечением детей с дефицитом внимания в большинстве случаев занимаются независимо друг от друга врачи разных медицинских специальностей: неврологи, педиатры, психиатры, остеопаты, а также психологи и педагоги. Это обусловлено неоднозначностью симптомов и признаков заболевания, которые содержатся в анамнезе у детей с СДВГ. При этом в настоящее время не существует ни одного эффективного вида лечения, которое могло полностью решить проблемы ребенка. Это связано с тем, что не учитываются все особенности заболевания, получившего сегодня статус медико-социальной проблемы.

В настоящее время существуют различные концепции и теории возникновения и проявления СДВГ. Одна из них нейромедиаторная концепция возникновения проявлений СДВГ. Данная концепция объясняет происхождение и развитие симптомов заболевания с точки зрения

дисбаланса и нарушения в функционирования основных медиаторных систем (Т.Б. Дмитриева, А.З.Дроздов, Б.М. Коган, А. J. Zametkin, J.L.Rapoport). Приверженцы нейрофизиологической теории утверждают, что при СДВГ проявляется в виде особенностей строения и функционирования структур мозга (Ю. Д. Кропотов, Э. Голдберг, R.Tannock). Генетический взгляд на природу СДВГ предполагает поиск генетических факторов и изменений в наследственном материале, который и является причиной возникновения данного синдрома (A.Thapar, R.H. Perlis, A.E. Doyle, J.W.Smoller) [4].

С медицинской точки причины и механизмы возникновения СДВГ нашли свое отражение в трудах Л.Т. Журба, Т.Н. Осипенко, Ю.И. Барашневы, В.И. Гузевой, О.В. Халецкой, В.М. Трошина; S. Sprich Bucrminster; Sh. Milberger, F. Levy [7]. Ученые предполагают, что СДВГ возникает в результате повреждения развивающегося мозга в периоды неблагоприятного течения беременности и родов.

Американские педиатры в период с 1940-1950 гг. попытались найти клиническое обоснование клинически так называемым детям с повышенной активностью. Первоначально было описано «гиперкинетическое поведение» у детей с постэнцефалитным синдромом. В результате моторная беспокойность стала соотноситься с «минимальным мозговым повреждением» или ММД [27] и «гипердинамический синдром» начинают связывать с последствиями ранних органических поражений головного мозга. А. Траусс предположил, что минимальное повреждение головного мозга у детей напоминает последствия черепно-мозговой травмы у взрослых. Но безоговорочных доказательств утверждаемых мозговых повреждений предоставлено не было. Также в различных исследованиях было доказано, что энцефалограмма головного мозга не способна выявить патологических изменений, свойственных гиперкинетическому синдрому. Поэтому повреждения головного мозга, которые могли бы объяснить гиперкинетический синдром, остаются неизвестными. На международной конференции в Оксфорде в 1962 году был впервые введен термин

«Минимальная мозговая дисфункция» (ММД). С того времени данный термин стал получил широкое употребление в медицинской литературе при определении расстройств поведения и трудностей обучения, которые не связаны с выраженными нарушениями интеллектуального развития [27].

При изучении отдельных направлений данной патологии была выявлена ее недостаточность. В результате началось многостороннее изучение данной проблемы, что повлекло к более глубокому изучению невротических отклонений поведения и учебных трудностей у детей многими учеными.

Врачи, психологи в разных странах мира при исследовании в данном направлении использовали самые различные термины этого заболевания: гиперкинетический синдром, нарушение внимания, органическая мозговая дисфункция, хореиформный синдром, легкая детская энцефалопатия, психомоторная нестабильность, дети с перцепциально-двигательными нарушениями [5].

Существует крайне немного заболеваний, которые имеют настолько разнообразную и многочисленную терминологию. Данная вариативность в терминологии, по мнению целого ряда исследователей, связана с многочисленными вариантами симптомов данного заболевания и наличием сопутствующих расстройств [6].

Американская Психиатрическая ассоциация (АПА) (American Psychiatric Association, APA) приняла в Америке (США) многоосевую нозологическую систему. Они издали пять изданий, последнее было датировано 18 мая 2013 года. Данное издание представляет собой своеобразный классификатор, который сокращенно называется DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) – Руководство по диагностике и статистике психических расстройств. Согласно DSM при формулировке полного диагноза учитывают следующие факторы («оси»), а именно их наличие или отсутствие: психическое заболевание (ось I), фоновая психопатия (ось II), соматическое заболевание (ось III),

усугубляющие психосоциальные факторы (ось IV), общий уровень адаптации (ось V).

В 1980 году в классификации DSM-III появились термины «Синдром дефицита внимания» и его разновидность «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью». Неоднородность этой клинической группы привела позднее к ее разделению на две диагностические категории: дети с нарушением активности и внимания и дети со специфическими расстройствами обучаемости [28].

В DSM-IV выделяются уже два типа синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Первый тип характеризуется преобладанием невнимательности (допускает многочисленные ошибки из-за своей невнимательности; с трудом сосредотачивается при выполнении заданий; не слушает; испытывает трудности при выполнении инструкций; с большим трудом организует выполнение заданий; не любит и избегает заданий, которые требуют сосредоточенности; постоянно теряет вещи; быстро и часто отвлекается; забывчив в повседневной жизни). Второй тип отличается повышенной активностью и импульсивностью (непоседливый; с трудом может усидеть на одном месте; чрезмерно много бегает; с большим трудом спокойно играет; все время в движении; слишком много и невпопад говорит; отвечает, не дожидаясь, когда его спросят; с трудом дожидается своей очереди; постоянно прерывает других, мешая им).

Для диагностики СДВГ рекомендуется применять методические средства, ориентированные на психопатологические и на не психопатологические симптомы [28].

С 1987 года начали использовать термин «Синдром нарушения внимания с гиперактивностью» в своем настоящем виде – Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). В десятом пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-10) данное заболевание рассматривается в рубрике F.90 (гиперкинетические расстройства) как «нарушение активности и внимания».

В СССР сначала применялся термин «задержка психического развития», но с 1975 году были отмечены научные публикации, где применялись термины «парциальная мозговая дисфункция», «легкая дисфункция мозга» (1977) и «гиперактивный ребенок» (1978), «неправильное созревание», «нарушение развития», (1981), «синдром двигательной расторможенности», а позже – «гипердинамический синдром» [28].

Многие авторы параллельно с изучением СДВГ делали попытки более подробно исследовать наличие одновременно и других расстройств. Предполагалось, что фактор дефицита внимания зачастую взаимодействовал с низким интеллектом и более высоким уровнем депрессии. Фактор гиперактивности в свою очередь был тесно связан с оппозиционно-неповиновующимся поведением и расстройствами поведения [2, с. 39-42].

Накопленный многочисленными исследователями опыт в изучении проблемы СДВГ показывает, что не существует единого названия для данного патологического синдрома. Также нет единого мнения о факторах, которые ведут к возникновению синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Таким образом, были выделены факторы, которые получили название биологические и социальные. Биологические (наследственные и перинатальные) факторы действуют до родов, в момент родов и после родов. Социальные факторы в свою очередь обусловлены влиянием непосредственного окружения.

Г.М. Савельева Е.М. Бурцев, В.И. Гузева, Л.Г. Сичинава, О.В.Халецкая, Л.Г. Сичинава,) в своих работах доказывают возникновение СДВГ в результате небольшого повреждения головного мозга на ранних этапах развития [15].

Предположительно, что возникновению СДВГ также могут способствовать следующие биологические и социальные факторы, а именно: асфиксия у новорожденных, угроза прерывания беременности, анемия беременных, переносимость, употребление матерью во время беременности

алкоголя и курение, бесконтрольность лекарственных препаратов. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют об эффективности интенсивного медико-психолого-педагогического воздействия в возрасте до 3-х лет, что приводит к повышению уровня психического развития и снижению риска развития поведенческих расстройств у детей [11].

И.П. Брызгунов, Е.Л. Григоренко, В.Р. Кучма внесли значительный вклад в исследование проблемы СДВГ [6]. Ученые считают, что ведущая роль в возникновении СДВГ принадлежит генетическим факторам. Доказательством данной теории является существование семейных форм СДВГ. Вместе с биологическими факторами риска СДВГ ученые анализируют и социальные факторы. Например, педагогическая запущенность.

И. Лангмейер, М.И. Лисина, З. Матейчик к неблагоприятным социальным факторам относят недостаточную образованность родителей, неполную семью и искажение материнского ухода [17; 19].

Многие ученые считают, что отягчающим фактором заболевания может служить высокий социальный риск. Здесь имеются в виду семьи, в которых детям практически находятся без должного внимания. В таких семьях наблюдается педагогическая запущенность, результатом которой становится отставание ребенка в психическом развитии. Большинство детей в таких семьях имеют уровень развития интеллекта в соответствии с возрастными нормами, но в связи с недостаточным вниманием со стороны родителей через несколько лет обучения в школе эти дети в большинстве случаев попадают коррекционные классы.

Большинство таких детей испытывают так называемый «эмоциональный голод», который возникает в связи с отсутствием или недостатком материнской ласки. Такие дети легко привязываются к любому другому человеку, который проявит заботу о них. В подростковом возрасте таким детям грозит оказаться в асоциальной компании.

Но отсутствие эмоционального контакта может наблюдаться и во внешне благополучных семьях и может стать одной из причин, способной усугубить признаки гиперактивного поведения ребенка [14, с. 7-9].

Как показывают наблюдения, дети с гиперактивным поведением в своих семьях находятся под постоянным контролем матери, которые постоянно дают им большое количество различных указаний, редко ласковы с ними, мало поощряют и хвалят их за успехи. В результате у детей плохо развиваются чувства независимости и самостоятельности [2, с. 39-42]. В таких семьях между матерью и ребенком наблюдается большой дефицит физического и эмоционального контакта. Несмотря на повышенную активность, таким детям свойственно избегание телесных контактов с матерью, хотя на самом деле они глубоко нуждаются в них. В результате возникают нарушения в эмоциональной сфере: тревожность, неуверенность, возбудимость, негативизм. Ребенок перестает контролировать себя, сдерживаться, становится невнимательным, снижается способность к переключению.

Предположительно, что одной из причин возникновения СДВГ у ребенка является возраст матери: если во время беременности матери было меньше 19 лет или же больше 30 лет, а возраст отца превышал 39 лет, то риск возникновения СДВГ у ребенка увеличивается в разы [26]. Провоцирующим фактором также может служить несовместимость по резус фактору родителей. Способствовать возникновению и развитию заболевания могут быть и осложнения при родах. Это могут быть преждевременные, скоротечные или затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, отравление наркозом при кесаревом сечении, длительный (более 12 часов) безводный период, неправильное положение плода, обвитие его пуповиной. Помимо асфиксии, осложнения при родах могут повлечь за собой внутренние мозговые кровоизлияния, различные травмы, в том числе плохо диагностируемые легкие смещения шейных позвонков [38].

В рамках нашего исследования также необходимо отметить работу О.В. Ефименко. Ученый придает большое значение, в каких условиях развивался ребенок в младенческом и дошкольном возрастах. Дети, которые были воспитаны в детских домах или в атмосфере конфликтных и холодных взаимоотношений между родителями, чаще всего подвержены невротическим срывам, чем дети, воспитывающиеся в семьях, где превалирует доброжелательная и комфортная атмосфера [42].

Как пишет О.И. Политика: «Исследователи еще не располагают убедительными доказательствами приоритета физиологических, биологических или социальных факторов при формировании подобных изменений высших отделов мозга, являющихся основой синдрома дефицита внимания с гиперактивностью» [29].

После перехода в системе образования к массовому школьному обучению проблема СДВГ среди учащихся стала актуальной. В связи с этим педагоги начали в группах детей выделять категории детей, которые по той или иной причине плохо справлялись с учебной деятельностью. Как показала практика, традиционные формы воспитания и обучения при обучении таких детей были неэффективными. Вследствие таких учащихся стали выделять как исключительных в негативном понимании данного слова, тем самым подчеркивая болезненную природу их ума и характера.

В свой вклад в изучении данной проблемы внесли и отечественные врачи. Ю.Ф. Домбровская (врач-педиатр) во время выступления на симпозиуме в 1972 г. выделила группу так называемых «трудновоспитуемых» детей, которые доставляют больше всего проблем родителям и педагогам.

С течением времени беспомощность известных педагогических методов, применяемых для коррекции гиперактивности, становилась все более очевидной. Это явилось следствием того, что в основе данных методов лежало представление о том, что гиперактивность – это изъян в воспитании, без опоры на психопатологическую природу данного заболевания. Также

длительное время считалось, что школьная неуспеваемость гиперактивных детей напрямую связана с умственной неполноценностью детей, а на их недисциплинированность невозможно повлиять дисциплинарными методами. Поэтому становилось очевидным, что в основе гиперактивности у детей лежат нарушения нервной системы и уже в соответствии с этим и нужно планировать коррекционные мероприятия [16].

Как показали многочисленные исследования ученых в этой области, что причиной нарушений поведения является возникновение дисбаланса между процессами возбуждения и торможения в нервной системе ребенка. Ученые доказали, за данное нарушение отвечает ретикулярная формация ствола головного мозга, которая контролирует человеческую энергию, двигательную активность и выраженность эмоций, воздействуя при этом на кору больших полушарий и другие вышележащие структуры, приводя их в тонус. В результате различных органических нарушений ретикулярная формация может находиться в перевозбужденном состоянии, вследствие чего ребенок и становится расторможенным.

Другие ученые в основе заболевания определяли ММД (минимальную мозговую дисфункцию). Данное нарушение возникает по причине множественных микроповреждений мозговых структур, возникающих во время родовых осложнений (травмы, асфиксии и т.п.). При этом грубые очаговые повреждения головного мозга отсутствуют. В зависимости от степени поражения ретикулярной формации и нарушений со стороны близлежащих отделов мозга могут возникать более или менее выраженные проявления двигательной расторможенности. Отечественные исследователи сосредоточили свое внимание именно на моторном компоненте, дав ему название «гипердинамический синдром» [2, с. 39-42].

Как показала практика, синдром дефицита внимания является одним из самых распространенных нарушений в развитии у детей. Данный синдром является наиболее частой причиной нарушения поведения у детей, приводит к возникновению трудностей в обучении, а также создает проблемы во

взаимоотношениях с окружающими в дошкольном и школьном возрасте. Дети с СДВГ составляют от 2,2 до 28% от всех детей, при этом эти цифры очень условные, так как отмечаются дети с пограничными расстройствами, и количество таких детей достигает приблизительно 40% [4; 10].

Несмотря на свою распространенность среди детей, вопрос о точной причине возникновения и развития СДВГ остается до сих пор спорным.

Многочисленные исследователи в основе синдрома определяют генетическую природу. Свидетельством данного предположения является то, что в семьях детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью нередко есть близкие родственники, у которых в школьном возрасте наблюдались данные нарушения. Но полностью доказать данную точку не предоставляется возможным, потому что для определения взаимосвязи с наследственностью необходим длительный и подробный расспрос родных и близких ребенка. А это зачастую не представляется возможным, так как трудности обучения в школе взрослыми людьми сознательно или бессознательно забываются.

Другие исследователи выдвигают гипотезу, что наблюдается генетическая взаимосвязь нейромедиаторных нарушений в головном мозге при данных патологических состояниях. При исследовании генеалогии лиц с СДВГ были получены данные о наличии признаков гиперактивности у матери и отца и других родственников, что свидетельствует о тенденции к семейной предрасположенности к СДВГ [4]. Исследования в области молекулярной генетики тоже подтверждают наличие генетической предрасположенности к возникновению синдрома дефицита внимания в большом проценте случаев.

Анализ проблемы биологического происхождения СДВГ на нейроанатомическом уровне показывает, что все те структуры, которые включены в процесс обмена нейромедиаторов, имеют у детей с СДВГ свои определенные анатомические особенности. Они обнаруживаются, прежде всего, во фронтальной части коры головного мозга, базальных ганглий,

ретикулярной формации и мозжечке. Полученные данные с применением метода структурной нейровизуализации свидетельствуют о различиях в объеме серого и белого вещества в разных отделах головного мозга у гиперактивных детей и взрослых по сравнению с нормой [7].

Н. Гогтай и соавторы при исследовании детей с СДВГ от рождения до 20 лет выявили запаздывание в созревании всех структур головного мозга в среднем на 2 года до достижения ими возраста 10 лет. После этого созревание мозговых структур у детей с СДВГ постепенно достигают уровня возрастной нормы.

Одной из особенностей мыслительной деятельности у гиперактивных детей является цикличность [39]. Такие дети могут продуктивно работать только в течение 10-15 мин. Затем их мозгу просто необходимо отдохнуть в течение 3-7 мин с целью накопления и восполнения для следующего цикла. Ребенок начинает отвлекаться и перестает реагировать на замечания и просьбы педагога. Когда мыслительная деятельность снова возобновляется, и ребенок опять готов к работе в течение 5-15 мин.

У таких детей наблюдается недостаточное развитие вестибулярного аппарата, поэтому им необходимо постоянно двигаться, крутиться и вертеть головой, чтобы сохранить работоспособность. Такая двигательная активность позволяет сохранить концентрацию внимания, поэтому и происходит активизация центров равновесия при помощи двигательной активности.

Детей с СДВГ отличает крайне рассеянное внимание – им свойственно то «впадать» в состояние сосредоточенности, то «выпадать» из него, особенно если отсутствует двигательная стимуляция. Чтобы оставаться активными, им просто необходимо постоянно двигаться. Ребенку требуется длительное время, чтобы начать выполнять домашнее задание, но если он садится, наконец, его выполнять, то очень быстро его начинает отвлекать все вокруг. В результате ребенок может начать смотреть в окно, а после этого может внезапно начать играть в игрушки.

На каждом возрастном этапе у детей с СДВГ отмечается характерный ряд особенностей. Новорожденные дети с СДВГ беспрерывно двигаются, они чрезмерно капризные, плаксивые, раздражительные. По ночам они, как правило, плохо спят. В младенческом возрасте такие дети очень много плачут и кричат, при этом крик у них долгий и резкий. Они не принимают ласку матери, отстраняются от нее. Вследствие постоянного недосыпания из-за крика ребенка, родители постоянно находятся в раздраженном состоянии [2, с. 39-42].

В возрасте 2-3-х лет у таких детей наблюдается повышенная чувствительность к различным сенсорным раздражителям (свету, шуму и др.). Таких детей отличает беспокойный и часто прерывающийся сон. Когда они бодрствуют, они чрезмерно подвижные и возбужденные, у них часто наблюдается плохое настроение, отказ от пищи. Зачастую у этих детей наблюдается повышенное двигательное развитие в ущерб речевому развитию.

В возрасте от 3-х до 6-ти лет эти дети не могут, не отвлекаясь, слушать сказки, играть в игры, которые требуют внимания. Их поступки подчас хаотичные и бесконтрольные, наблюдаются трудности с дисциплиной и несоблюдением правил игры. В возрасте 6-12 лет данный синдром начинает проявляться у детей достаточно интенсивно и выражается значительными трудностями с учебой – они практически не способны довести начатое дело до конца, им трудно учиться писать и читать. Они могут достаточно длительное время проводить у телевизора, но спустя непродолжительное время не могут вспомнить, что они смотрели.

Важной проблемой у таких детей является одиночество и отчуждение от окружающих. Им очень тяжело найти общий язык со сверстниками, поэтому им свойственно постоянное угнетенное настроение и не желание посещать школу [5].

При общении с гиперактивными детям требуется проявлять особое внимание – обращаться в корректной форме, постоянно объяснять им

обычные нормы поведения. Требование взрослых одновременной сосредоточенности, усидчивости и внимания является для таких детей непосильной задачей.

Следует отметить, что моторика гиперактивного ребенка имеет свои отличительные особенности. Таким детям свойственна неловкость, неуклюжесть. У данной категории детей присутствует нарушение тонкой моторики, что проявляется в неровности почерка, растянутости букв. Наблюдается нарушение сенсомоторной координации, выраженной в неловкости в движениях рук. Таким детям свойственно излишнее мышечное напряжение, повышенный мышечный тонус.

Гиперактивным детям свойственны множественные поведенческие особенности [8]. Зачастую у таких детей могут наблюдаться невротические привычки, которые проявляются в сосании большого пальца на руках, а также наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах. Ребенок просто не способен усидеть на месте – он постоянно крутится, вертится, часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, требующих оставаться на месте, он постоянно бегают, крутятся, пытаются куда-то залезть. Постоянное нахождение в движении не позволяет таким детям тихо и спокойно играть или заниматься чем-нибудь на досуге.

Гиперактивному ребенку свойственна повышенная болтливость. Когда ему приходится отвечать на вопросы взрослого, он не задумывается и не дослушивает до конца, поэтому часто ответы дает невпопад. Такой ребенок просто не может дождаться своей очереди, часто мешает другим, пристает к окружающим, вмешивается в беседы или игры других детей. В связи с этим он очень быстро утомляется. Работа, требующая внимательности и сосредоточенности, быстро утомляет гиперактивных детей, и они начинают отвлекаться на сторонние стимулы. Эти дети часто бывают бледными и сонными, у них периодически нарушается сон и аппетит, присутствуют навязчивые тики.

Как показали исследования, высокая частота распространения СДВГ в основном обусловлена у мальчиков. Это связано с высокой уязвимостью плода мужского пола к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. У девочек полушария головного мозга менее специализированы из-за большого количества межполушарных связей, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных механизмов по сравнению с мальчиками при поражении ЦНС.

Анализ изучаемой проблемы также невозможен без учета его возрастной динамики

В научной литературе практически невозможно обнаружить данные о распределении симптомов СДВГ в соответствии с возрастом. Поэтому практически невозможно определить тот возраст, который будет оптимальным для коррекции и лечения данного синдрома [6]. Но, тем не менее, считается, что минимальным возрастом для выявления СДВГ у детей является возраст от 3 до 4 лет.

Такую точку зрения разделяют В.И. Габдракипова, Э.Г. Эйдемиллер, считая, что «Оптимальный возраст для постановки диагноза СДВГ – 4-5 лет, когда уже можно объективировать наличие расстройства внимания. Чем раньше будет выявлен СДВГ и начнется его коррекция – тем лучше» [27].

Л.Т. Журба, К. Скродцки считают, что еще на первом году жизни ребенка можно диагностировать первоначальные признаки СДВГ [31].

К. Скродцки отмечает, что уже в раннем грудном возрасте у детей могут возникнуть определенные трудности, которые заставляют задуматься о том, что есть определенные отклонения. При этом он считает, следует проявлять чрезвычайную осторожность в постановке диагноза «гиперкинетический синдром», потому что у детей этого возраста очень трудно провести грань между нарушением и физиологической активностью, которая не выходит за рамки представлений о норме [31].

А.Д. Кошелева, В.И. Перегуда, Г.Г. Филиппова, О.А. Шаграева и др. в своих исследованиях подчеркивают, что в основе синдрома

гиперактивности лежит минимальная мозговая дисфункция. Ученые считают, что данное нарушение возникает в результате раннего органического поражения головного мозга в период внутриутробного развития ребенка или первые месяцы после рождения. Необратимое влияние оказывают токсикоз во время беременности, резус-конфликт крови матери и плода, асфиксия во время беременности и во время родов, родовая травма, тяжелые заболевания в грудном и раннем возрасте [14, с. 7-9]. Влияние данных обстоятельств на детей выражается в некоторых особенностях поведения уже с первых месяцев их жизни – они чрезмерно чувствительны к раздражителям, у них ярко выраженный громкий плач, наблюдаются нарушения сна, присутствует двигательное беспокойство. Но Е.К. Лютова-Робертс, Г.Б. Моница, Л.С.Чутко считают, что данные симптомы нельзя рассматривать только как симптомы СДВГ, потому что беспокойных и возбудимых младенцев гораздо больше количества детей, у которых в последствие развивается данное заболевание.

По мнению ученых, влияние биологических факторов играет ведущую роль в развитии и прогрессировании СДВГ в младшем возрасте. Следующим значительным фактором в развитии данного синдрома выступает социально-психологический фактор, особенно внутрисемейные отношения.

Психолого-педагогические исследования показали, что в стабильные и кризисные периоды наблюдается разнообразная симптоматика СДВГ [42].

В возрасте до 3-х лет дети демонстрируют трудно различимый набор моделей поведения, который является недостаточным для постановки точного диагноза. Однако в возрасте примерно трех лет поведение становится более различимым, что позволяет отличить гиперактивное поведение от агрессивного поведения.

Согласно концепции Л.С. Выготского, возраст трех лет совпадает с периодом третьего возрастного кризиса (кризиса 3 лет). Этот период отличает негативизм, упрямство и строптивость. Если стиль семейного воспитания отличается жесткостью и негибкостью, то длительность

проявлений заболевания отмечается чаще. Сопутствующим расстройством в этом возрасте могут быть и специфические расстройства развития речи [7].

А.В. Миролюбов, С.В. Ярыгина считают, что наиболее интенсивное проявление признаков СДВГ наблюдается именно в детском возрасте. Это связано с началом посещения детского сада ребенком, когда он начинает вести более самостоятельный образ жизни, проявляя себя в игровых ситуациях и новых отношениях со сверстниками. В этот период времени ребенку также приходится самостоятельно без помощи взрослого выполнять инструкции воспитателя. В этот период недостатки в саморегуляции дают о себе знать, поэтому первыми сложности в поведении обнаруживают именно воспитатели. В данном возрасте СДВГ проявляется в основном в симптомах гиперактивности [25, с. 82-87].

Гиперактивные дети крайне обидчивые, но в случае сопротивления со стороны сверстников могут проявлять агрессивное поведение.

Такие дети находятся в постоянном движении, но их интересы неустойчивые и очень быстро сменяются. Такая хаотичная деятельность способствует быстрой утомляемости от любого вида деятельности. При чем при очевидной усталости, они не способны самостоятельно остановиться. Парадокс заключается в том, чем больше они устают, тем труднее им успокоиться и остановиться. Такие дети могут бесцельно целый день ходить по группе детского сада, мешать занятиям играм других детей. Избыточная двигательная активность у них принимает характер двигательной расторможенности. Часто у таких детей наблюдается минимальная статикомоторная недостаточность, диспраксия – так называемая «неуклюжесть» [34].

Внимание в этот период пока еще отличается незрелостью и находится в стадии формирования, поэтому делать полноценные выводы и ориентироваться на несформированность преждевременно.

Следует отметить, что повышенная детская активность в этом возрасте может быть вариантом нормы, которая обусловлена темпераментом или жесткими требованиями взрослых.

Следующий этап развития симптомов СДВГ отмечается в возрасте 5-7 лет. В этот период у ребенка формируются способность к концентрации и поддержанию произвольного направленного внимания, памяти и мышления.

И.П. Брызгунов и Е.В. Касатикова отмечают, что именно в возрасте 5-10 лет максимальное число детей с синдромом дефицита начинают проявлять себя. В этот период наблюдается массовое обращение большинства родителей к врачам или психологам. Как только ребенок проблемы начинают возрастать [4].

Когда ребенок поступает в школу, это время совпадает со следующим возрастным кризисом – кризисом 7 лет. В этот период наблюдается проблема с сохранением внимания и способностью продолжать работу над заданием. По наблюдениям учителей и родителей дети становятся чрезвычайно подвижными, беспокойными, они совершенно не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий [21, с. 27-30].

По мере утраты детской непосредственности, начинает формироваться разграничение внутренней и внешней жизни ребенка. У ребенка наблюдается формирование смыслового восприятия, самооценки, самолюбия. Позитивным моментом этого кризисного этапа служит возрастание самостоятельности ребенка.

В этот период у детей могут наблюдаться первые признаки расстройства социального поведения – это связано с неспособностью центральной нервной системы гиперактивного ребенка справляться с новыми требованиями, которые предъявляются ему в условиях увеличения физических и психических нагрузок.

Впервые годы обучения в школе у таких детей в первую очередь наблюдается низкая успеваемость. Поведение детей становится серьезным

препятствием для полноценного включения ребенка в учебную деятельность. Гиперактивные дети много и часто отвлекаются на уроках, испытывают трудности в организации и завершении работы, быстро выключаются из процесса выполнения задания. Таким детям свойственен достаточно высокий интеллект, но при этом во время урока им сложно справляться с заданиями. В результате большинство таких детей дезадаптированы и находятся в числе неуспевающих.

У гиперактивных детей навыки чтения и письма значительно ниже, чем у сверстников. В результате невнимательности, невыполнения указаний учителя, письменные работы у таких детей выглядят неряшливо, с большим количеством ошибок [15].

О. Сиротюк отмечает, что у таких детей наблюдается слабое развитие тонкой моторной координации. Эти дети совершают беспорядочные неловкие движения, у них присутствует внешняя речь, которая указывает на недостаток развития внутренней. У детей наблюдаются трудности в планировании, слабая психо-эмоциональная устойчивость при неудачах, низкая самооценка, лживость, вспыльчивость, повышенная агрессия. Их не понимают окружающие, что в свою очередь формирует у таких детей агрессивную модель защитного поведения [30].

Таким образом, нарушения поведения гиперактивных детей оказывают влияние не только на школьную успеваемость, но и определяют характер их взаимоотношений с окружающими людьми. Такие дети испытывают проблемы в общении, потому что не могут устанавливать и поддерживать дружеские отношения с ближайшим окружением, не могут долго играть со сверстниками. Они часто конфликтуют и в связи с этим подвержены изоляции со стороны сверстников.

По мере созревания центральной нервной системы происходит компенсация тех или иных функциональных нарушений. В период полового развития (12-14 лет) наблюдается значительное снижение гиперактивности и импульсивности у детей.

Таким образом, анализ возрастной динамики СДВГ показал два периода максимального проявления активности синдрома: первый совпадает с возрастом 5-7 лет и приходится на период подготовки детей к школе, второй наступает в возрасте 12-15 лет и совпадает с периодом полового созревания.

Как и любое детское психическое расстройство, проявление синдрома дефицита внимания, существенно изменяется с возрастом.

Как уже было отмечено, в раннем возрасте у гиперактивных детей отмечается незрелость двигательных и психических функций. В подростковом возрасте наблюдаются нарушения в социализации, что зачастую проявляется в правонарушениях и преступлениях.

Академик РАМН В.И. Покровский на I Международном форуме «Охрана здоровья детей в России» (2006), отметил, что дети, страдающие СДВГ и не получавшие своевременного лечения, перестают обучаться в школе, очень редко заканчивают вуз, у них очень мало друзей или их нет совсем. У таких детей наблюдают сложности с работой, зачастую они являются втянутыми в антисоциальную деятельность. Также у таких детей наблюдается высокий процент беременности в подростковом возрасте.

Таким образом, нарушения, связанные с дефицитом внимания и гиперактивностью – это расстройство, свойственное детям и затрагивающее примерно 3-5% от общего количества детей. Многие дети, страдающие СДВГ, с большим процентом вероятности сохраняют его и в более старшем возрасте.

При этом большинство взрослых с СДВГ не осознают, что страдают подобным расстройством. При этом им трудно быть организованными, уделять внимание работе, вовремя появиться к назначенной встрече.

Только после постановки диагноза их ребенку, они начинают понимать, что у них есть те же симптомы, приходит осознание, что у них тоже есть свои особенности, которые создавали им проблемы в течение многих лет – рассеянность, импульсивность, неусидчивость.

Многочисленные исследования данного заболевания показали, признаки СДВГ не могут исчезнуть за несколько месяцев и даже лет. Признаки гиперактивности могут исчезнуть по мере взросления, а импульсивность и дефицит внимания и вовсе могут сохраняться и во взрослой жизни [27].

Были проведены исследования, доказывающие, каким образом происходит влияние СДВГ на социальную адаптацию у детей старшего дошкольного возраста.

Как известно, что первые годы жизни ребёнка совпадает с периодом становления его личности. Все фундаментальные качества закладываются именно в это время. В дошкольном возрасте формируются первые черты характера, формируется привычный образ поведения и определенные отношения к действительности.

В дошкольном и школьном возрастах синдром дефицита внимания с гиперактивностью является самой частой причиной нарушений поведения и трудностей обучения, а также способствует возникновению проблем во взаимоотношениях с окружающими. Ребёнок все время находится в конфликтном состоянии, отказа, оппозиции, что, несомненно, не только не способствует улучшению поведения и налаживанию взаимоотношений, а, наоборот, приводит к обострению отношений с социумом [9].

Как показывает практика, что большинство детей любого возраста, которых принято называть как «трудный ученик (воспитанник)», родителями как «трудный ребенок», а социологами как «несовершеннолетний из группы риска», принадлежат именно к этой категории [32].

А.В. Запорожец отмечает, что «многочисленные исследования свидетельствуют о том, что дошкольный возраст является периодом наиболее интенсивного физического и духовного развития человеческого индивида. От того, какие педагогические и гигиенические условия создаются для этого раннего развития, во многом будет зависеть будущее ребенка, зависеть, насколько он будет физически крепок и здоров, какими

умственными качествами он будет обладать, когда станет зрелым взрослым человеком» [18].

Эту же точку зрения разделяют И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. Они считают, что начиная с детского сада необходимо выявлять этих детей и консультировать родителей о необходимости коррекции нарушений до поступления в школу. По их мнению, именно возраст 5-6 лет является наиболее благоприятным для компенсации нарушенных функций внимания, двигательного контроля, саморегуляции [4].

В свою очередь А.Э. Лицева, Т.Н. Осипенко, О.И. Политика, Э.Г.Симерницкая, И.А.Скворцов и др. в свою очередь подчёркивают, что дошкольный возраст является наиболее критическим периодом детства.

В этот период ребёнок находится в состоянии ожидания обучения в школе, происходит активная подготовка к чтению, письму, счёту. Все это предполагает, что центральная нервная система должна перестроиться на всех уровнях интеграции [13, с. 66-69].

В этом возрасте, как подчёркивает А.А. Люблинская, успешно формируются привычки, которые являются основой характера. В этот период уровень в освоении навыков и привычек позволяет ребёнку самому применять их в порученном деле, ребёнок начинает переносить их в новые условия в соответствии с новыми задачами [20].

Таким образом, анализ и обобщение изученной литературы по проблеме исследования позволяет нам определить основные особенности гиперактивности:

- дефицит активного внимания
- двигательная расторможенность
- импульсивность

Наиболее яркое проявление признаков расстройства наблюдается еще в дошкольном и младшем школьном возрастах, а максимально проявлять себя синдром начинает в период подготовки ребёнка к школе и начало обучения [11].

1.2. Особенности СДВГ у детей дошкольного возраста

Многие дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) посещают дошкольные образовательные учреждения, а затем продолжают обучение в общеобразовательной школе. Этим детей отличают от сверстников специфические особенности развития психики и поведения. Педагогам часто приходится сталкиваться с низким уровнем готовности к обучению в школе у таких детей, сложностями в усвоении учебного материала, с отчуждением со стороны сверстников, поэтому в работе с такой категорией детей просто необходима специально организованная психолого-педагогическая помощь.

Как показывает практика, дети дошкольного, а впоследствии и школьного возраста, попадают в группу риска детей с асоциальным поведением. Такие дети часто врут, воруют, проявляют агрессию к сверстникам, мучают и животных. Им очень сложно устанавливать близкую длительную связь с другими детьми. В силу своих поведенческих особенностей (импульсивность, вспыльчивость, расторможенность) у них, как правило, нет настоящих друзей, а только временные приятели. Если такой ребенок попадает в неблагоприятную семейную обстановку, где терпит насилие, то его диагноз только может усугубиться, и наоборот, в эмоционально благоприятной семье, с адекватным воспитанием дети с СДВГ могут контролировать свою агрессию.

Характерной особенностью детей дошкольного возраста с СДВГ является их эмоциональная отзывчивость, которая приобретает новые черты. Это трудные для окружающих дети, и если не знать о диагнозе, то они могут восприниматься как невоспитанные, не умеющие себя вести. Так думают окружающие, но зачастую так думают и родители. В свою очередь это может сформировать негативное отношение к таким детям и способствовать предъявлению таких требований, которые для них, в силу заболевания, являются просто невыполнимыми. Несомненно, это приводит к ухудшению

самооценки ребенка, к появлению сопутствующих расстройств, что утяжеляет симптомы СДВГ.

Плодотворными являются исследования, связанные с изучением специфики взаимодействия педагогов с детьми с диагнозом СДВГ. Можно сказать, что дошкольное образовательное учреждение играет ведущую роль в процессе формирования личности ребенка, потому что является первой ступенькой в социализации и самосознании ребенка. Роль взаимоотношений педагога с детьми дошкольного возраста играет важную роль в становлении личности ребенка, особенно важно это влияние на развитие его эмоциональной сферы.

Как отмечают исследования, последнее время наблюдается большое количество детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ), поступающих в детские образовательные учреждения. Признаки и наличие СДВГ у ребенка провоцируют его неадекватное поведение на занятиях, в группе, в общении со сверстниками и взрослыми. Такие дети очень раздражительные, не способны длительное время сконцентрировать своё внимание на выполнении заданий или игре. Они очень рассеянные, берутся за одно занятие и тут же начинают новое. Постоянно отвлекаются, невнимательные. Все это делает проблемной социализацию таких детей в условия ДОУ.

В связи с вышесказанным возникла острая необходимость комплексного подхода в решении данной проблемы именно в детском саду. Это в первую очередь связано с тем, что максимальное проявление синдрома приходится на критические периоды становления центральной нервной системы у детей в возрасте 3-х и 6-7 лет.

Как известно, что в дошкольном возрасте происходит интенсивное формирование личности ребенка. В этот период компенсаторные возможности мозга настолько велики, что предоставляется возможным предотвратить формирование стойких патологических проявлений. В данный период времени очень важно не запустить ребенка в педагогическом плане.

При работе с такими детьми необходимо учитывать все особенности ребёнка. Таким детям свойственна быстрая переключаемость. В связи с этим на занятиях ребёнку необходимо давать больше упражнений небольших по времени, так ребёнок быстро утомляется и не способен выполнять долгие и монотонные задания.

В комплексном решении данной проблемы просто необходимо понимание родителями своих детей. Важно поддерживать психоэмоциональное состояние ребёнка, потому что ребёнок часто бывает раздражительным, проявляет неадекватную реакцию все, что его окружает.

В работе с ребёнком с СДВГ для достижения максимально положительного результата необходимо постоянное взаимодействие педагога – психолога и родителей. Будет недостаточным, если ребёнок будет заниматься с психологом и воспитателем только в детском саду. Результативность работы будет гораздо выше, если психологическое сопровождение детей будет включать работу всех участников воспитательного процесса.

Многие исследователи изучали особенности поведения у детей с СДВГ дошкольного и младшего школьного возраста.

Тамбиев А.Э. и Медведева С.Д. при изучении свойств внимания у детей младшего школьного возраста с СДВГ пришли к выводу, что концентрация внимания у этих детей не улучшается вплоть до десяти лет, что является результатом взаимосвязи с нейрофизиологическим или анатомическим дефектом передних ассоциативных отделов коры больших полушарий мозга. Ученые утверждают, что таким детям свойственна импульсивность, их действия часто носят необдуманный характер.

Во время занятий такие дети выкрикивают ответ, не дослушивают вопроса до конца, перебивают, они могут даже без разрешения педагога встать с места. Они не могут дождаться своей очереди во время игр и занятий, им свойственны необдуманные поступки. Эти дети находятся в постоянном движении – бегают, прыгают, пытаются куда-то залезть. У них

наблюдаются нарушения координации движения, несформированность мелкой моторики. Ребёнку с СДВГ трудно удерживать равновесие, у него недостаточно развита зрительно-пространственная координация, что проявляется в неспособности к спортивным занятиям [33, с. 334-335].

Чаще всего у таких детей наблюдаются проблемы во взаимоотношениях с окружающими – родителями, родственниками, учителями, сверстниками. Несмотря на чрезмерную общительность, они не способны устанавливать дружеские и близкие отношения со сверстниками. Препятствием для этого служат импульсивность и постоянная отвлекаемость во время занятий или игр.

В кругу семьи и близких такие дети также зачастую не находят взаимопонимания, потому что родителей раздражает их беспокойность, навязчивость, эмоциональная неустойчивость, недисциплинированность, непослушность, неаккуратность. Они не способны ответственно относиться к выполнению повседневных поручений, при этом замечания и наказания не дают желаемых результатов.

Таким детям свойственно психо-эмоциональная неустойчивость, которая проявляется неожиданными переходами от смеха к слезам. Окружающим это кажется странным и ненормальным.

Помимо всего прочего, у таких детей могут наблюдаться депрессия и страхи, которые могут сопутствовать СДВГ или существовать сами по себе [12, с. 2-4].

Шевченко Ю.С., Кошелева А.Д., Алексеева Л.С. [14, с. 7-9] считают, что детей с СДВГ отличает небогатая эмоциональная сфера – их рисунки абсолютны невыразимые в цветовом отношении, их отличают стереотипные и поверхностные образы, неглубокие эмоциональные проявления по отношению к другим людям.

У детей с СДВГ зачастую проявляются речевые расстройства. Они проявляются в неспособности в зависимости от возраста собеседника вести беседу и менять свой стили речи. В своей речи они используют недостаточно

местоимений и союзов, у таких детей нет понимания выраженных в речи эмоций, реакций, юмора.

Как уже было отмечено ранее, несмотря на большое количество отклонений в поведении, большинство детей с СДВГ отличают хорошие интеллектуальные способности. Тем не менее, они практически не способны достичь высоких результатов в школе вследствие своей невнимательности, невыполнения указаний учителя. Письменные работы таких детей отличаются неряшливостью, большим количеством ошибок из-за невнимательности. Навыки чтения, письма и счета у детей с СДВГ значительно ниже, по сравнению со сверстниками.

Выводы по главе 1

1. Проанализировав имеющуюся психолого-педагогическую литературу по проблеме исследования, мы можем прийти к выводу о существовании множества подходов по теме исследованию данного синдрома. Наиболее распространенным подходом является медицинская точка зрения. Предполагается, что СДВГ является не проблемой в поведении и не является результатом плохого воспитания, а представляет собой медицинский и психологический диагноз, который может быть поставлен только специалистами по достижению ребенком возраста 5 лет. Для более точной постановки диагноза требуется специальная диагностика и наблюдение за ребенком в течение 6 месяцев.

2. Следующий подход в изучении проблемы СДВГ рассматривается с точки зрения психолого-педагогического взаимодействия. Исходя из этой точки зрения, в старшем дошкольном возрасте общение с родителями и педагогами являются эталоном поведения для детей и оказывает очень сильное эмоциональное влияние на детей с гиперактивностью. Поэтому взаимодействие ребенка с близкими ему людьми, влияние семейной атмосферы являются условием закрепления, а в некоторых случаях даже и

причиной возникновения гиперактивности у ребёнка. В настоящее время в силу неудовлетворительного воспитания и жизненных условий проявление гиперактивности у детей распространено и представляет собой способ реагирования детей на неблагоприятные условия.

3. В период интенсивного формирования высших психических функций активно начинают проявляться нарушения в поведении ребенка. Такие изменения значительно влияют на дальнейшую социальную адаптацию ребенка, и, соответственно, на качество его жизни в целом. Возникает необходимость в профилактике нарушений развития детей, основанной на взаимодействии детских неврологов и психиатров, психологов, педагогов-воспитателей.

4. Гиперактивность проявляется в виде целого комплекса нарушений, которые отмечаются у детей с СДВГ. Причиной этому является недостаточная сформированность механизмов внимания и тормозящего контроля. В связи с этим подобные нарушения следует более точно классифицировать как «синдром дефицита внимания».

5. Важным условием для своевременной диагностики и лечения данного синдрома является его раннее диагностирование. С этой целью необходимо создать условия для квалифицированного и внимательного наблюдения за детьми специалистами различного уровня: психологов, медицинских работников детских садов. Остается актуальным вопрос создания и подбора диагностических методик, что в свою очередь даст возможность диагностировать СДВГ у детей дошкольного возраста в наиболее ранние сроки, а также позволит отличать данный синдром от похожих заболеваний.

6. В старшем дошкольном возрасте критериями диагностирования и последующей успешной коррекции СДВГ служат диагностика гиперактивности, дефицита внимания и импульсивности на максимально ранних сроках. Обязательным условием является комплексный подход в диагностике и дальнейшей коррекции поведения ребенка, включающий

педагогический, психологический, социологический и медицинский подходы. Также следует отметить, что успешность коррекции зависит от комплексной работы в трех основных направлениях – это ребенок, родители, педагоги.

7. Наблюдается отсутствие дошкольных развивающих и коррекционных программ, которые можно было бы эффективно применять при работе с детьми с СДВГ. Определено недостаточное методическое и материально-техническое обеспечение для изучения и решения данной проблемы. В настоящее время недостаточное количество разработанных коррекционных программ для детей дошкольного возраста с СДВГ, которые в совокупности с медикаментозным лечением позволили эффективно снижать проявление данного заболевания.

8. Вышеуказанные противоречия являются достаточным основанием для создания программы психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ. В основе программы должны применяться три основных направления – работа с детьми, родителями и педагогами, а также включать в себя основные блоки: диагностический, психокоррекционный и педагогический.

Глава 2. Эмпирическое исследование психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ

2.1. Организация и методы исследования

Целью исследования является разработка и обоснование комплекса оптимальных условий психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.

Опираясь на исследование М.Р. Битяновой [3], психологическое сопровождение можно определить как систему профессиональной деятельности психолога, направленную на создание социально-психологических условий для успешного обучения, воспитания и психического развития ребенка на всех этапах его детства.

Психологическое сопровождение строится на ряде принципов.

Выделяют четыре основных принципа:

- безусловная ценность внутреннего мира ребенка, ведущее место его потребностям, целям и ценностям его развития;
- создание необходимых условий для самостоятельного освоения детьми отношений с миром и самим собой, совершение ребенком значимых для развития его личности жизненных выборов;
- вторичность его форм и содержаний по отношению к социальной и учебно-воспитательной среде жизнедеятельности ребенка;
- сопровождение должно реализовываться не только психологическими, но и педагогическими средствами.

Некоторые авторы отмечают, что некоторые принципы сопровождения детей могут носить рекомендательный характер, быть «на стороне» ребенка, отмечают непрерывность сопровождения, мультидисциплинарность (предполагает согласованность в работе специалистов, которые используют единые ценности, включены в единую организационную модель и владеющие единой системой методов), а также его автономность.

Индивидуальное сопровождение развития ребенка представляет собой всестороннее развитие задатков и способностей ребенка.

От уровня знаний педагогом своих воспитанников, умения осуществлять дифференцированный подход к ним напрямую зависит, насколько будет эффективным образовательный процесс. Здесь в необходимым является всесторонняя диагностика, которая позволит получить данные о характере и динамике психического развития ребенка, его личностных особенностях, состоянии его здоровья и социального благополучия.

Первый этап по сопровождению развития ребенка предполагает сбор максимальной информации о ребенке. Для решения этой задачи проводится первичная диагностика соматического, психического, социального здоровья ребенка. Эффективными будут следующие диагностические методики: тестирование, анкетирование и опрос родителей и педагогов, могут применяться наблюдение, беседа, анализ продуктов разных видов творчества и деятельности ребенка, документации образовательного учреждения.

Второй этап представляет собой анализ полученной информации. В результате определяется количество детей, которым требуется психолого-педагогическая поддержка.

На третьем этапе проводится совместная разработка рекомендаций для ребенка, родителей, специалистов. В результате составляется план комплексной помощи для каждого нуждающегося воспитанника.

На четвертом этапе проводится консультирование всех участников психолого-педагогического сопровождения о путях и способах решения проблем каждого ребенка, разрабатывается программа психолого-педагогического сопровождения.

Пятый этап – это уже непосредственное выполнение рекомендаций каждым участником сопровождения, реализация программы.

На шестом, заключительном этапе, подводится итоговый анализ проведенной работы всех участников сопровождения по истечении определенного времени.

Несомненно, что все вышеперечисленные этапы являются условными и могут как увеличиваться, так и уменьшаться в зависимости от проблем каждого ребенка.

Эмпирическую базу нашего исследования составило 16 детей, которые посещают Муниципальное автономное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад с. Бессоновка, Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад с. Чемодановка, Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад с. Грабово.

В процессе написания работы было проведено всестороннее исследование детей с СДВГ среднего дошкольного возраста, а также разработана программа сопровождения по снижению гиперактивности у детей старшего дошкольного возраста.

Основной задачей нашего исследования является создание оптимальных психолого-педагогических условий, обеспечивающих каждому ребенку необходимый психологический комфорт и полноценное развитие.

В связи с этим нами были проведены следующие этапы исследования:

1. На первом этапе проводился анализ психолого-педагогической и научной литературы по проблеме исследования.
2. На этапе была проведена медицинская и психолого-педагогическая диагностика.
3. На третьем этапе была составлена программа психолого-педагогического сопровождения детей в условиях ДОУ.
4. На четвертом этапе осуществлялась реализация программы психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.
5. На пятом, итоговом этапе, проведен анализ и интерпретация полученных данных в результате реализации программы.

На первом этапе исследования нами была изучена психолого-педагогическая и научная литература по проблеме исследования.

На втором исследовательском этапе для того, чтобы точно определить диагноз у ребенка, назначить соответствующее лечение и составить программу сопровождения, была проведена комплексная диагностика таких детей – это медицинское и психолого-педагогическое обследование. Дети с признаками данного синдрома проходят общее обследование в медицинском учреждении, где врач проводит оценку состояния ребенка.

Для постановки первичного диагноза врач изначально проводит беседу с матерью ребенка с целью сбор анамнестических данных. Также важными являются сведения об окружении ребенка: состояние взаимоотношений между родителями и другими членами семьи, наличие вредных привычек, психических заболеваний.

В свою очередь, педагоги и другие сотрудники дошкольного учреждения (психолог, помощник воспитателя, музыкальный руководитель и другие) также ведут целенаправленное наблюдение за такими детьми. Для этого применяются опрос, анкетирование педагогов и родителей.

Следует особо отметить, что диагноз СДВГ непосредственно ставит невропатолог, и у некоторых детей он отмечается в медицинской карте.

Обследование детей с СДВГ обязательно включает в себя методы оценки их психического развития. С этой целью проводится исследование основных психических функций у детей (внимание, память, мышление, речь).

Для решения поставленных задач в констатирующей части исследования было важно изучить поведенческие особенности детей данной категории, а также особенности познавательной сферы.

С этой целью были применены различные диагностические методики.

Например, при исследовании внимания у испытуемых применялась методика «Найди и вычеркни» и является вариантом «корректирующей пробы» (общий принцип которой был разработан Б. Бурдоном в 1895 г.).

Применяемая методика позволяет оценить степень переключения и распределения внимания ребенка. Она адаптирована для детей дошкольного возраста и проводится в виде игры. В данной методике используются знакомые детям изображения.

Методика «10 слов» (А.Р. Лурия) направлена для изучения развития речевой, кратковременной, непосредственной механической памяти, динамики запоминания. Методика может применяться при обследовании детей с 5 лет. Диагностика проводится индивидуально.

В методику включены инструкция, стимульный материал, бланк для фиксирования ответов.

Методики «Раздели на группы» и «Исключение лишнего» применялась для оценки образно-логического мышления ребенка. Во время применения методики «Раздели на группы» ребенку предлагается посмотреть картинку с изображением на ней разнообразных геометрических фигур по форме и цвету. Одна и та же фигура при классификации может войти в несколько разных групп.

Методика «Исключение лишнего» представлена серией картинок с разными предметами. Инструкция к методике следующая: «Посмотри внимательно – на каждой картинке нарисовано четыре предмета, один из этих предметов лишний. Подумай и определи, какой это предмет. Объясни, почему ты выбрал именно его».

Для исследования наглядно-действенного мышления применяется методика «Обведи контур».

Детям предлагается бланк с рисунком и дается следующая инструкция: «Как можно быстрее и точнее воспроизведи на правой половине этого рисунка тот контур, который нарисован в его левой части. Линии нужно стараться делать прямыми и точно соединить углы фигур. Желательно, чтобы контуры фигур были нарисованы в тех же местах, где они изображены на рисунках в левой части».

Проба на реципрокную координацию (А.Р. Лурия) позволяет выявить сформированность механизмов серийной организации движений и межполушарного взаимодействия, а также координации движений. Пробу можно проводить с детьми с возраста 4-х лет, она понятна детям, проводится очень быстро в форме игры.

Во время диагностики взрослый кладет на стол обе кисти руки, одна из которых сжата в кулак, а у другой распрямлены пальцы. Затем, не меняя местоположения рук на столе, диагност одновременно одну кисть разжимает, а другую при этом сжимает в кулак. После нескольких показов ребенку предлагается выполнять такие же движения вместе. В 5 лет после нескольких совместных движений ребенок может выполнять пробу на реципрокную координацию самостоятельно.

На данном исследовательском этапе применялись методы опроса и анкетирования для родителей и педагогов.

Анкетирование родителей и педагогов позволило выявить признаки СДВГ и малой мозговой дисфункции у исследуемой группы детей.

С целью выявления признаков СДВГ и минимальных мозговых дисфункций у детей проводится опрос родителей и педагогов, который представлен в виде таблиц. Предлагается ответить на 76 вопросов по симптомам, которые наблюдаются при различных формах СДВГ и ММД. Такая форма опроса позволяет не только зафиксировать те или иные симптомы, но и оценить степень их выраженности в баллах. Кроме балльной оценки отдельных симптомов дается количественная оценка поведения по специальным шкалам (путем суммирования баллов за несколько сочетающихся друг с другом симптомов).

Анкеты для родителей и педагогов представлены также в виде таблицы и содержат перечень вопросов в количестве от 10 до 14.

Целью анкетирования явилось определение у ребенка различных признаков СДВГ, а также наблюдение их в течение 6 и более месяцев.

В анкете для педагогов требовалось определить степень выраженности нижеперечисленных признаков у ребенка, а также выявление признаков СДВГ у ребенка.

2.2. Программа психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ

По результатам диагностического исследования детей, опроса и анкетирования родителей и педагогов на третьем этапе нашей работы была составлена программа психолого-педагогического сопровождения детей в условиях ДОУ.

Цели программы:

- в условиях ДОУ создание эффективных условий для развития внимания, контроля над импульсивностью и управления двигательной активностью;
- коррекция эмоционально-личностных и познавательных нарушений у детей среднего и старшего дошкольного возраста с СДВГ;
- обеспечение социально-психологических условий успешной адаптации, реабилитации и личностного роста гиперактивного ребенка и его ближайшего окружения в образовательной среде

Задачи программы:

- совершенствовать произвольность и самоконтроль;
- способствовать развитию внимания и воображения;
- создать условия для снятия нервно-мышечного напряжения;
- содействовать развитию эмоционально-выразительных движений;
- совершенствовать коммуникативные навыки;
- развивать эмоционально-волевою и познавательную сферу дошкольника;

- осознавать свое отношение к миру, научиться выражать свое эмоциональное состояние;
- повысить уровень психологических знаний о СДВГ педагогов и родителей;
- оказать методическую и консультативную помощь специалистам ДООУ и родителям в построении диагностической, организационной, коррекционно-развивающей помощи в работе с гиперактивным ребенком;

Методы и формы реализации программы

Большинство детей с диагнозом гиперактивность и СДВГ обладают высокими компенсаторными возможностями. Но для успешного их включения необходимы следующие условия:

- ребенок должен развиваться в условиях умеренных интеллектуальных нагрузок, при обязательном соблюдении режима, в спокойной (или ровной) эмоциональной атмосфере;

- развитие и обучение ребенка должно проводиться с использованием программы психолого-педагогического сопровождения;

Работа с гиперактивным ребенком должна вестись в следующих направлениях:

1. во-первых, это развитие внимания, контроля за своим поведением, а также включает в себя двигательный контроль. Работа в данном направлении должна проводиться поэтапно, начиная с развития одной отдельной функции, и только при получении положительного результата можно переходить к развитию двух и более функций. Это является обязательным условием, потому что ребенок с таким диагнозом не способен быть одновременно внимательным и спокойным, неимпульсивным.

2. во-вторых, это отработка конкретных навыков взаимодействия с взрослыми и сверстниками. Первоначально такая работа проводится в индивидуальной форме: ребенка учат не только слушать, но и слышать – понимать инструкции, проговаривая их вслух. Ребенка учат самостоятельно формулировать правила поведения во время занятий и выполнения заданий.

На данном этапе взрослый совместно с ребенком разрабатывает систему поощрений и наказаний, которая потом поможет ему взаимодействовать в коллективе. Только после успешного освоения правил, ребенка постепенно вовлекают в групповую работу. На начальном этапе участие в малой группе (2-4 человека), а потом уже в общегрупповых занятиях, различных видах деятельности и играх. При несоблюдении данной последовательности, у ребенка может наблюдаться перевозбуждение, в результате чего ребенок потеряет контроль над своим поведением, может переутомиться. Занятия должны проводиться исключительно в игровой форме. Так же рекомендуется практиковать групповые тренинги родителей и детей для того для лучшего понимания друг друга.

3. в-третьих, при необходимости можно провести работу с гневом.

Коррекционная работа с детьми с СДВГ включает в себя различные растяжки, дыхательные и глазодвигательные упражнения, упражнения для языка и мышц челюсти, массаж и самомассаж, перекрестные (реципрокные) телесные упражнения, упражнения для развития мелкой моторики рук, релаксация и визуализация. Сюда же входят функциональные упражнения и упражнения для развития коммуникативной и когнитивной сферы, а также упражнения и игры с правилами

Растяжки способствуют нормализации повышенного напряжения или, наоборот, снижения мышечного тонуса, которые часто наблюдается у таких детей. Именно оптимизация тонуса мышц представляет собой важнейшую задачу психологической коррекции СДВГ. Даже минимальное отклонение от нормального мышечного тонуса является причиной возникших изменений в психической и двигательной активности ребенка, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на общем ходе его развития. Гипотонус (пониженный тонус мышц) обычно проявляется в виде снижения психической и двигательной активности ребенка. Также гипотонус сочетается с замедленной переключаемостью, эмоциональной вялостью, низкой мотивацией и слабостью волевых усилий.

Гипертонус у таких детей проявляется в форме двигательного беспокойства, эмоциональной нестабильности, также формирование произвольного внимания не соответствует возрасту. Психомоторное развитие происходит неравномерно и может спровоцировать возникновение синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

Все двигательные, сенсорные и эмоциональные реакции на внешние раздражители у гиперактивного ребенка возникают быстро, но так же быстро угасают. Этим детям очень сложно расслабиться. Поэтому в самом начале занятий ребенку просто необходимо дать почувствовать его собственные мышцы, показать варианты работы с ними на простых наглядных примерах.

Благодаря дыхательным упражнениям улучшаются ритмирование организма, развивают самоконтроль и произвольность.

Ребенка просто необходимо научить произвольно контролировать свое дыхание. Благодаря этому у него будет развиваться самоконтроль над поведением.

Использование глазодвигательных упражнений в коррекции СДВГ способствует расширению поля зрения ребенка, улучшает восприятие в целом. Направление движения глаз и языка в одну и разные стороны развивают межполушарное взаимодействие.

Функциональные упражнения рекомендуется проводить по трем основным направлениям:

- коррекция внимания, произвольности и самоконтроля;
- снижение гиперактивности и импульсивности;
- работа с гневом и агрессией

Также очень эффективными являются следующие коррекционные методы:

- игротерапия
- тематическая беседа
- различные этюды

- изотерапия (рисование ладошками, локтями, пятками).
- песочная терапия
- сказкотерапия
- работа с мягким материалом (пластилин, глина)
- игры с водой

Коррекционная работа должна проводиться поэтапно, начиная с одной отдельной функции, потому что гиперактивный ребенок не способен быть одновременно внимательным, неимпульсивным и спокойным.

После того, как будут получены первые устойчивые положительные результаты по развитию одной функции, можно постепенно переходить к развитию одновременно двух функций, а затем уже и трех. Например, развивая произвольное распределение внимания, необходимо снизить нагрузку на самоконтроль импульсивности и не ограничивать двигательную активность.

Для развития произвольности можно использовать движения, которые осуществляются по словесной команде взрослого и должны быть определенным образом осмыслены ребенком. Лучшим способом развития произвольности могут выступать подробные инструкции, благодаря которым у ребенка постепенно будет формироваться способность к построению собственной программы поведения.

Дополнительным организующим моментом при формировании произвольности является четкая повторяющаяся структура занятий и неизменное расположение предметов. Для развития произвольности важным условием является соблюдение детьми правил, ритуалов и временного регламента. Если в процессе занятия определить каждому участнику группы роль лидера, то это автоматически повышает степень превосходства гиперактивного и одновременно уровень его произвольной саморегуляции.

Обязательным элементом каждого занятия является релаксация, которую можно проводить в начале занятия с целью настройки на занятие и в конце с целью восполнения сил, расслабления и подведения итогов.

Релаксация, самонаблюдение, вспоминание событий и ощущений, которые ребенок испытал во время занятия, являются частью единого коррекционного процесса. Необходимо также применять на занятии восполнение в движении и в обсуждении. Благодаря этим компонентам в работе с ребенком создаются необходимые условия для рефлексии ощущений и навыков, которые были приобретены ребенком в ходе занятия.

В коррекционной работе эффективным будет включение различных видов массажа, особенно массаж пальцев рук и ушных раковин.

Для успешной коррекции рекомендуется применять наказания и поощрения, которые разрабатываются всей группой в начале занятий. В виде наказания может быть временное выбывание из игры, лишение роли лидера и другое. В качестве поощрений могут служить различные призы, ведущая роль в игре и т. д.

Необходимо учитывать в коррекционной работе, что гиперактивным детям не свойственно длительное время подчиняться групповым правилам, они быстро утомляются, перестают выслушивать и выполнять инструкции.

Следует отметить, что на первоначальном этапе работы с гиперактивным ребенком следует начинать работу с индивидуальных занятий, затем уже постепенно включать их в групповую деятельность.

Коррекционно-развивающая работа будет наиболее эффективной, если в работу будут включены родители. Они могут принимать участие в проведении занятий как в группе, так и дома.

Дополнительно в коррекционной работе дома родители могут использовать следующие упражнения и приемы:

1. Для ритмирования правого полушария детям рекомендуется заниматься ритмикой, хореографией, лыжами, теннисом, верховой ездой.
2. В целях активизации отделов головного мозга рекомендуется занятия плаванием, прыжки на батуте, дыхательная гимнастика.
3. Развитию межполушарного взаимодействия способствуют восточные единоборства, кинезиологические упражнения, вязание.

4. Для снятия импульсивности и гиперактивности помогут упражнения с песком, водой и глиной; контрастный душ, обливания.

5. Развивать устойчивость внимания можно при помощи сортировки и нанизывании бусинок.

6. Развивать способность к произвольному переключению внимания поможет чтение алфавита, перемежающегося со счетом, а также прослеживать взглядом линии от начала до конца переплетенных линий.

Режим занятий

На начальном этапе работы занятия проводятся в индивидуальной форме с включением разных подвижных и интеллектуальных игр, упражнений, физкультминуток. Также на занятиях рекомендуется использовать аудио записи с гимнастикой и самомассажем.

Во время занятий у педагога должен быть ровный и позитивный эмоциональный фон, а инструкция должна включать в себя не более 10 слов.

Программа занятий должна быть рассчитана минимум на 16 занятий, и может варьироваться в зависимости от достижения поставленных целей и задач.

Помимо основного цикла занятий программа включает в себя элементы арт-терапии – рисование, песочная терапия.

Режима проведения занятий рассчитан на 2 занятия в неделю, а цикл рассчитан в среднем на 2 месяца.

По результатам промежуточной диагностики принимается решение о завершении работы на данном этапе либо о дальнейшем ее продолжении.

Время проведения каждого занятия – 30-35 минут.

Занятия преимущественно проводятся в первой половине дня.

Структура занятия:

- растяжка – 4-5 минут;
- артикуляционные и дыхательные упражнения – 3-4 минуты;
- упражнение для развития глаз – 3-4 минуты;

- упражнения для развития мелкой моторики рук, развитие тактильных ощущений – 10 минут;
- упражнения на удержание равновесия, развития внимания, произвольности, самоконтроля, коммуникативные и когнитивные упражнения – 20-25 минут;
- релаксационные упражнения – 4-5 минут.

Для отслеживания результативности работы в начале учебного года проводится первичная диагностика (сентябрь), затем в течение учебного года текущая диагностика (середина февраля) и в конце учебного года итоговая диагностика (конец мая).

Работа с родителями в рамках психолого-педагогического сопровождения программы строится следующим образом:

- просвещение по психолого-педагогическим проблемам воспитания;
- обучение приемам и методам конструктивного взаимодействия с ребенком;
- консультирование по проблемам, возникающим у родителей в процессе внутрисемейных отношений, и проблемам ребенка;
- поддержка родителей в кризисных ситуациях;
- изменение модели поведения в воспитании гиперактивного ребенка

Система взаимодействия с родителями также включает:

- ознакомление родителей с содержанием работы ДОУ, направленной на коррекционное, физическое, психическое и социальное развитие гиперактивного ребенка;
- обучение конкретным приемам и методам воспитания и развития ребенка в разных видах детской деятельности на встречах, тренингах, консультациях.

В рамках сопровождения родители и педагоги должны осуществлять свою работу по следующим направлениям:

- избегать психического пресыщения ребенка в контактах с окружающими и деятельностью;
- обязательно проведение игр и занятий на развитие внимания;
- тренировка у детей состояния эмоционального сопереживания в саду и дома;
- упражнения на расслабление и релаксацию;
- организация различных подвижных игр (бег, лыжные прогулки, плавание и другие);
- составление и обеспечение твердого распорядка дня;
- положительное подкрепление действий ребенка, использование системы поощрений»

В содержании психолого-педагогической работы могут быть включены разнообразные формы работы с родителями воспитанников:

- беседы;
- консультативные встречи;
- мастер-классы;
- дни открытых дверей;
- совместные проекты;
- тренинги;
- семинары-практикумы.

Рекомендации по взаимодействию с детьми в рамках психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ отражены в Приложениях к программе.

2.3. Анализ и интерпретация диагностических данных

Рассмотрим данные диагностического исследования детей, а также результаты опроса и анкетирования родителей и педагогов до проведения коррекционной работы.

Для подтверждения или опровержения гипотезы о том, что психолого-педагогическое сопровождение детей с СДВГ в условиях ДОУ будет эффективным, если будут разработаны программы и определены основные критерии психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ, исследовательская работа была разделена на три части:

1. Диагностическое обследование детей с целью определения у них признаков СДВГ, опрос и анкетирование родителей и педагогов.
2. Разработка программа сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.
3. Анализ и интерпретация результатов реализации программы, разработка методических рекомендаций педагогам и родителям для работы с детьми разной двигательной активности.

В исследовании принимали участие 16 детей старшего дошкольного возраста.

Результаты диагностических данных в процентном соотношении отражены в табл. 1-6. Индивидуальные данные диагностического обследования представлены в Приложении в табл. 1-5.

Таблица 1

Диагностические данные по методике «Найди и вычеркни», в %

Уровень развития продуктивности и устойчивости внимания	Продуктивность внимания очень высокая, устойчивость внимания очень высокая	Продуктивность внимания высокая, устойчивость внимания высокая	Продуктивность внимания средняя, устойчивость внимания средняя	Продуктивность внимания низкая, устойчивость внимания низкая	Продуктивность внимания очень низкая, устойчивость внимания очень низкая
	-	-	56	38	6

Из табл. 1 мы видим, что у исследуемой группы детей уровень развития продуктивности и устойчивости внимания имеет различия. Наиболее высокий показатель отмечается по среднему уровню продуктивности и устойчивости внимания. Несколько ниже выражены показатели низкой устойчивости и продуктивности внимания.

Ни у одного ребенка не было выявлено очень высокой и высокой продуктивности и устойчивости внимания, что является характерной особенностью для детей данной группы.

Таблица 2

Диагностические данные по методике «10 слов», в %

Показатель продуктивности запоминания	Уровень патологии (0-1 слово)	Слабый уровень, субнорма (2 слова)	Средний уровень (3-4 слова)	Хороший уровень (5-7 слов)	Высокий уровень (8-10 слов)
	-	50	25	25	-

Анализируя полученные данные в табл. 2, мы можем отметить, что у преобладающего количества детей отмечается средний уровень продуктивности запоминания слов. Одинаковым показателем выражен хороший и высокий уровень продуктивности запоминания слов.

У некоторых детей количество правильно воспроизведенных слов по мере выполнения задания планомерно снижалось, что свидетельствует о

повышенной утомляемости и снижении концентрации внимания. Также у данной группы детей отмечается неустойчивая продуктивность запоминания, зигзагообразная кривая отражает неустойчивость внимания.

Таблица 3

Диагностические данные по методике «Раздели на группы», в %

Уровень развития образно-логического мышления	Очень высокий (10 б.)	Высокий (8-9 б.)	Средний (4-7 б.)	Низкий (2-3 б.)	Очень низкий (0-1 б.)
	-	6	44	13	37

Результаты диагностических данных в табл.3 отражают уровень развития образно-логического мышления детей исследуемой группы. Как мы видим, максимальный показатель отражает средний уровень развития мышления. Из данных таблицы мы также можем видеть достаточно высокий показатель низкого уровня образно-логического мышления у исследуемой группы детей.

Таблица 4

Диагностические данные по методике «Исключение лишнего», в %

Уровень развития образно-логического мышления	Очень высокий (10 б.)	Высокий (8-9 б.)	Средний (4-7 б.)	Низкий (2-3 б.)	Очень низкий (0-1 б.)
	-	13	50	31	6

В табл. 4 также отражены результаты диагностического исследования уровня образно-логического мышления детей экспериментальной группы. По итогам данной методики мы видим, что преобладает средний уровень развития мышления. Низкий уровень также выражен достаточно высоким показателем.

Таблица 5

Диагностические данные по методике «Обведи контур», в %

Уровень развития наглядно-образного мышления	Очень высокий (10 б.)	Высокий (8-9 б.)	Средний (4-7 б.)	Низкий (2-3 б.)	Очень низкий (0-1 б.)
	-	-	38	62	-

Данные табл. 5 отражают уровень развития наглядно-образного мышления. Максимальный результат выражен в средних показателях. Низкий результат также отражает достаточно высокий показатель.

У большинства исследуемых детей вызвало затруднение точное воспроизведение на правой половине этого рисунка контур, который нарисован на его левой части.

Таблица 6

Проба на реципрокную координацию (в %)

Проба	Балл					
	0	0,5 (один из симптомов)	1 (несколько симптомов одновременно)	11,5	22	33
Плавные двучные движения						
- замедленное вхождение в задание - неполное сжимание и распрямление ладони - замедленное, напряженное, но координированное выполнение		6				
- замедленное вхождение в задание - неполное сжимание и распрямление ладони - замедленное, напряженное, но координированное выполнение			31			
Отставание одной руки или поочередное выполнение с координацией после указания на ошибку				19		
Отставание одной руки или поочередное выполнение с неполной координацией после указания на ошибку					25	
Невозможность выполнения данной пробы, симметричное выполнение (уподобление)						19

В табл. 6 мы видим, что при диагностике ни у одного ребенка не было выявлено плавных двуручных движений. Достаточно высоким показателем выражено замедленное вхождение в задание, неполное сжимание и распрямление ладони; замедленное, напряженное, но координированное выполнение задания.

Чуть менее высоким показателем выражено отставание одной руки или поочередное выполнение с их неполной координацией, после того, как было указано на ошибку. Одинаковыми являются показатели отставания одной руки или поочередное выполнение с координацией после указания на ошибку.

На заключительном этапе нашего исследования была проведена повторная диагностика детей с целью оценки эффективности психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.

С целью определения эффективности проделанной работы, был использован тот же диагностический материал, что и при первичной диагностике.

Результаты диагностических данных в процентном соотношении отражены в табл. 7-12.

Таблица 7

Диагностические данные по методике «Найди и вычеркни», в %

Уровень развития продуктивности и устойчивости внимания	Продуктивность внимания очень высокая устойчивость внимания очень высокая	Продуктивность внимания высокая, устойчивость внимания высокая	Продуктивность внимания средняя, устойчивость внимания средняя	Продуктивность внимания низкая, устойчивость внимания низка	Продуктивность внимания очень низкая, устойчивость внимания очень низкая
	-	-	69	31	-

Исходя из данных табл.7 мы можем сделать первичные выводы о том, что после проведенной работы у исследуемой группы детей значительно вырос уровень развития продуктивности и устойчивости внимания,

снизились показатели низкой устойчивости и продуктивности внимания. В отличие от результатов первоначальной диагностики детей с уровнем очень низкой продуктивности внимания выявлено не было.

Таблица 8

Диагностические данные по методике «10 слов» в %

Показатель продуктивности запоминания	Уровень патологии (0-1 слово)	Слабый уровень, субнорма (2 слова)	Средний уровень (3-4 слова)	Хороший уровень (5-7 слов)	Высокий уровень (8-10 слов)
	-	6	63	31	-

Данные табл.8 показывают, что у исследуемой группы детей произошло изменение данных хорошего, высокого и среднего уровней продуктивности запоминая слов в сторону их увеличения. Значительно снизились показатели слабого уровня запоминая слов.

Таблица 9

Диагностические данные по методике «Раздели на группы» в %

Уровень развития образно-логического мышления	Очень высокий (10 б.)	Высокий (8-9 б.)	Средний (4-7 б.)	Низкий (2-3 б.)	Очень низкий (0-1 б.)
	-	19	43	25	6

Результаты диагностических данных в табл. 9 показывают, что за счет увеличения показателей высокого уровня значительно снизились данные среднего уровня оценки развития образно-логического мышления. Мы можем видеть значительные изменения данных низкого уровня в пользу их снижения в сравнении с данными первичной диагностики.

Таблица 10

Диагностические данные по методике «Исключение лишнего» в %

Уровень развития образно-логического мышления	Очень высокий (10 б.)	Высокий (8-9 б.)	Средний (4-7 б.)	Низкий (2-3 б.)	Очень низкий (0-1 б.)
	-	19	50	25	6

В табл.10 мы видим, что остались на прежнем уровне показатели среднего и очень низкого уровней оценки образно-логического мышления. Незначительное увеличение произошло в показателях высокого уровня развития мышления. Также наблюдается снижение показателей среднего уровня оценки.

Таблица 11

Диагностические данные по методике «Обведи контур» в %

Уровень развития наглядно- образного мышления	Очень высокий (10 б.)	Высокий (8-9 б.)	Средний (4-7 б.)	Низкий (2-3 б.)	Очень низкий (0-1 б.)
	-	13	81	6	-

В табл. 11 мы видим, что по результатам повторной диагностики была выявлена группа детей, показавших высокий результат развития наглядно-действенного мышления. За счет снижения показателя низкого уровня наглядно-действенного мышления произошел рост показателей среднего уровня у исследуемой группы детей.

Таблица 12

Проба на реципрокную координацию (в %)

Проба	Балл					
	0	0,5 (один из симптомов)	1 (несколько симптомов одновременно)	11,5	22	33
Плавные двуручные движения						
- Замедленное вхождение в задание - неполное сжатие и распрямление ладони - замедленное, напряженное, но координированное выполнение		6				
- Замедленное вхождение в задание - неполное сжатие и распрямление ладони - замедленное, напряженное, но координированное выполнение			31			
Отставание одной руки или поочередное выполнение с координацией после указания на ошибку				19		

Проба	Балл					
	0	0,5 (один из симптомов)	1 (несколько симптомов одновременно)	11,5	22	33
Отставание одной руки или поочередное выполнение с неполной координацией после указания на ошибку					13	
Невозможность выполнения данной пробы, симметричное выполнение (уподобление)						19-

Данные табл. 12 показывают, что значительно увеличилось количество детей по показателям пробы на реципрокную координацию, у которых в сумме получилось 0,5 баллов. На том же уровне остался процент детей с показателями 1 и 2 балла. Произошло значительное увеличение показателей детей с оценкой в 1,5 балла. Примечательно, что при повторной диагностике не были выявлены дети с показателями оценки в 3 балла.

Исходя из данных табл. 7-12 мы можем сделать первоначальные выводы о том, что психолого-педагогическое сопровождение детей с СДВГ в условиях ДОУ оказалось эффективным по итогам завершения учебного года.

Для того чтобы провести анализ достоверности полученных данных был применен метод математической статистики. Для обработки полученных результатов применялись методы индуктивной статистики (коэффициента корреляции Спирмена, t-критерия Стьюдента).

Мы сравнивали диагностические данные испытуемой группы детей до начала психолого-педагогического сопровождения и после его проведения в течение учебного года.

При использовании метода ранговой корреляции Спирмена мы смогли определить силу и направление корреляционной связи между двумя признаками, такими как диагностические данные испытуемых до начала психолого-педагогического сопровождения и после проведения психолого-педагогического сопровождения в течение учебного года.

Расчет ранговой корреляции Спирмена представлен в табл. 13.

Таблица 13

Группы	Внимание	Память	Мышление			Координация движения
			образно-логическое	образно-логическое	наглядно-действенное	
r_s	0,894	0,946	0,946	0,835	0,653	0,953

Критические значения для $N = 16$

N	p	
	0.05	0.01
16	0.5	0.64

Анализ данных, приведенных в табл. 13, показывает, что существует статистически значимая положительная связь между результатами диагностических исследований до проведения психолого-педагогического сопровождения и после.

Для расчета с помощью Т-критерия Стьюдента были выделены группы 1, 2, где Группа 1 – это дети до начала психолого-педагогического сопровождения, Группа 2 – это дети после проведенного психолого-педагогического сопровождения в течение учебного года.

Расчет Т-критерия Стьюдента представлен в табл. 14.

Таблица 14

Группы	Внимание	Память	Мышление			Координация движения
			образно-логическое	образно-логическое	наглядно-действенное	
Группа 1	2,13	2,13	2,13	2,13	2,13	2,13
Группа 2	2,95	2,95	2,95	2,95	2,95	2,95
$T_{эмп}$	2,8	6,3	5,1	4,6	5,3	4,3

Критические значения

$t_{кр}$	
$p \leq 0.05$	$p \leq 0.01$
2.13	2.95

Исходя из данных табл. 14, мы можем видеть, что исследуемые показатели, такие как память, мышление и координация движений оказались

в зоне значимости. В зоне неопределенности оказался только такой показатель, как внимание.

Произошли качественные изменения в сторону повышения уровня памяти, мышления и координации движений, что, несомненно, свидетельствует об эффективности психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.

Выводы по главе 2

Целью проведенного исследования была разработка и обоснование комплекса оптимальных условий психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.

В исследовании приняли участие 16 детей старшего дошкольного возраста.

В ходе работы применялись методики «Найди и вычеркни», «10 слов», «Раздели на группы», «Исключение лишнего», «Обведи контур», проба на реципрокную координацию. Также применялись методы опроса и анкетирования для родителей и педагогов.

Диагностические данные испытуемых оказались отличными друг от друга на разных этапах диагностического обследования.

В результате исследования были получены следующие результаты:

1. При сравнении диагностических данных по результатам проведенного исследования с применением методик «Найди и вычеркни», «10 слов», «Раздели на группы», «Исключение лишнего», «Обведи контур», проба на реципрокную координацию были обнаружены значительные изменения практически по всем исследуемым показателям.

2. При анализе полученных данных с использованием метода математической статистики мы убедились в том, что произошло значительное изменение данных по таким показателям, как память, мышление и координация движений.

Также полученные результаты показывают существование статистически значимой положительной связи между результатами диагностических исследований до проведения психолого-педагогического сопровождения и после его окончания.

3. При сравнении полученных данных первичной и повторной диагностик с использованием методик «Найди и вычеркни», «10 слов», «Раздели на группы», «Исключение лишнего», «Обведи контур», пробы на реципронную координацию были выявлены значительные изменения в развитии образно-логического и наглядно-действенного мышления по показателям «очень низкий» и «низкий» в сторону его уменьшения. Также оказалась очевидной тенденция к увеличению уровня развития образно-логического и наглядно-действенного мышления по показателям «средний» и «высокий» уровни.

Значительно изменились в лучшую сторону показатели устойчивости памяти у исследуемой группы детей.

Таким образом, выдвинутая в самом начале нашей исследовательской работы гипотеза о том, что процесс психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ будет эффективным при условии разработанной программы и определения основных критериев психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ, нашла свое подтверждение.

Заключение

На современном этапе наблюдается тенденция к увеличению числа детей, у которых двигательная активность выходит за рамки представлений о просто подвижном ребенке.

Большое количество детей отличает непосредственность, эмоциональность, импульсивность, подвижность, но при этом они способны внимательно слушать взрослого, выполнять его указания. Однако с гиперактивными детьми очень трудно наладить контакт хотя бы потому, что они находятся в постоянном движении, внимание их рассеяно, они импульсивны и непослушны. Большинству гиперактивных детей присущи слабая психо-эмоциональная устойчивость при неудачах, у таких детей низкая самооценка, они имеют проблемы в сфере взаимоотношений и учебной деятельности.

Актуальность изучения СДВГ у детей старшего дошкольного возраста связана, прежде всего, с тем, что данная категория детей приносит массу проблем не только окружающим, но и самому себе. Из-за непонимания со стороны окружающих, гиперактивные дети формируют трудно исправимую агрессивную модель защитного поведения, что способствует их дезадаптации в коллективе сверстников.

В результате исследований многочисленных ученых было выявлено, что СДВГ является наиболее частой причиной обращения к специалистам за психологической помощью в детском возрасте. При длительном проявлении импульсивности и гиперактивности могут сформироваться отклоняющиеся формы поведения.

Накопленный многочисленными исследователями опыт в изучении проблемы СДВГ показывает, что не существует единого названия для данного патологического синдрома. Также нет единого мнения о факторах, которые ведут к возникновению синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Предположительно, что возникновение СДВГ может быть обусловлено биологическими и социальными факторами такими, как асфиксия у новорожденных, угроза прерывания беременности, анемия беременных, переносимость, употребление матерью во время беременности алкоголя и курение, бесконтрольность лекарственных препаратов.

Вместе с биологическими факторами риска СДВГ предполагается, что значительную роль играют социальные факторы, например, такие как педагогическая запущенность.

Нарушения поведения гиперактивных детей оказывают влияние не только на школьную успеваемость, но и определяют характер их взаимоотношений с окружающими людьми. Такие дети испытывают проблемы в общении, потому что не могут устанавливать и поддерживать дружеские отношения с ближайшим окружением, не могут долго играть со сверстниками. Они часто конфликтуют и быстро становятся отверженными среди сверстников.

Поэтому целью нашего исследования явилось изучение специфики и причин возникновения СДВГ у детей старшего дошкольного возраста, а также разработка программы психолого-педагогического сопровождения детей в условиях ДОУ.

В качестве рабочей гипотезы было выдвинуто предположение о том, что процесс психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ будет эффективным, если будет разработана программа и определены основные критерии психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ.

Достоверность полученных результатов была подтверждена с помощью метода математической статистики.

Практическая значимость работы состоит в том, что разработанная и апробированная нами в течение учебного года программа психолого-педагогического сопровождения детей с СДВГ в условиях ДОУ может быть использована педагогами, психологами в качестве методического пособия в

практической работе с гиперактивными детьми старшего дошкольного возраста.

Полученные результаты в конце года подтвердили эффективность работы по психолого-педагогической поддержке дошкольников в условиях ДОУ.

В результате исследования на основе полученных данных нами были сформулированы практические рекомендации для дальнейшей работы педагогов ДОУ и родителей.

Список используемых источников

1. Арцишевская И.Л. Работа психолога с гиперактивными детьми в детском. – М.: Книголюб, 2003. – 55с.
2. Белоусова Е.Д., Никанорова М.Ю. Синдром дефицита внимания / гиперактивности // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – № 3. – С. 39-42.
3. Битянова М.Р. Социальная психология. – М.: Эксмо-пресс, 2001. – 576 с.
4. Брызгунов И.П. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Медпрактика, 2002. – 128 с.
5. Брызгунов И.П. Современные представления о легкой дисфункции мозга у детей (вопросы клиники, этиологии, патогенеза и лечения) // Медицинский реферативный журнал. – СПб.: Питер, 2006. – 87 с.
6. Венар Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 119 с.
7. Выготский Л.С. Педагогическая психология / Под ред. В.В. Давыдова. – М.: Педагогика-Пресс, 1999. – 536 с.
8. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М.: Академия, 2005. – 256 с.
9. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Румянцева М.В. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики. – М., Дефектология, 2003. – № 6. – С. 34.
10. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. – М.: ИД «Школа-Пресс», 2001. – 128 с.
11. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С, Соловьёв О.И. Минимальные мозговые дисфункции у детей. Церебролизин в лечении минимальных мозговых дисфункций. – М.: ЭБЕВЕ, 1997. – 143 с.
12. Заваденко Н., Манелис Н., Успенская Т., Суворинова Н., Борисова Т. Школьная дезадаптация: психоневрологическое и

нейропсихологическое исследование // Вопросы психологии. – 1999. – № 4. – С. 2-4.

13. Запорожец А.В. Роль дошкольного воспитания в общем процессе всестороннего развития человеческой личности // Дошкольное воспитание. – 2005. – № 9. – С. 66-69.

14. Кошелева А.Д., Алексеева Л.С. Гиперактивный ребенок // Первое сентября. – 2002. – № 7. – С. 7-9.

15. Кошелева А.Д., Алексеева Л.С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребёнка. – М.: НИИ семьи, 1997. – 187с.

16. Кучма В.Р., Брызгунов И.П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза). – М.: Олег и Павел, 1994. – 194 с.

17. Лангмейер Й., Матейчик З. Психическая депривация в детском возрасте. – Прага: Авиценум, 1984. – 201 с.

18. Леонтьев А.Н., Запорожец А.В. Вопросы психологии ребенка дошкольного возраста : сб. ст. / Под ред. А.Н. Леонтьева, А.В. Запорожца. – М.: Международный Образовательный и Психологический Колледж, 1995. – 144 с.

19. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. – М.: Педагогика, 1986. – 258 с.

20. Люблинская А.А. Детская психология: Учеб. пособие для студ. пед. ин-тов. – М.: Просвещение, 1971. – 147 с.

21. Малахова А.В. Гиперкинетические расстройства поведения у младших школьников с резидуально-органическим психосиндромом // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2005. – Т. 7. – № 5. – С. 27-30.

22. Мачинская Р.И. Дети с СДВГ: причины, диагностика, комплексная помощь / Р.И. Мачинская, Е.В. Крупская, О.А. Семенова, Т.А. Филиппова, Е.С. Логинова, О.Н. Крысюк, М.М. Безруких. – М.: МПСИ, 2009. – 248 с.

23. Мачинская Р.И. Мозговые механизмы формирования познавательной деятельности в дошкольном и младшем школьном возрасте. – М.: НОУ ВПО «МПСУ»; Воронеж: МОДЭК, 2014. – 440 с.
24. Мачинская Р.И., Крупская Е.В. Созревание регуляторных структур мозга и организация внимания у детей младшего школьного возраста // Новые медицинские технологии. – 2011. – № 3. – С. 38-50.
25. Миролубов А.В., Ярыгина С.В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у ребенка опасность для его будущего // Медработник. – 2008. – № 1. – С. 82-87.
26. Мэш Э. Детская психопатология. – М.: Прайм-Еврознак, 2010. – 560 с.
27. Патопсихологическая диагностика и психолого-педагогическая помощь детям с СДВГ (экспертный доклад). – М.: САФ, 2007. – 42 с.
28. Покровский В.И. СДВГ: исследование, предварительные выводы и рекомендации // Охрана здоровья детей в России: мат-лы форума (Москва, 13-14 апреля 2006 г.). – М., 2006. – 114 с.
29. Политика О.И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. – СПб.: Речь, 2006. – 208 с.
30. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. – М.: ТЦ Сфера, 2002. – 128 с.
31. Скродцки К. Долговременные наблюдения детей с гиперкинетическим синдромом и помощь в решении их повседневных проблем // Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития: Учебное пособие / Под ред. М. Пассольта. – М.: Академия, 2011. – 217 с.
32. Степанов С.С. Большие проблемы маленького ребенка: советы психолога родителям. – М.: Политиздат, 2008. – 156 с.
33. Тамбиев А.Э., Медведев С.Д., Литвиненко О.В. Динамика основных свойств внимания у детей младшего школьного возраста с

синдромом дефицита внимания / Конгресс по детской психиатрии. – М.: РОСИНЭКС, 2001. – С. 334-335.

34. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. – М.: Медицина, 1986. – 255 с.

35. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. – 1998. – Т. 98. – № 9. – С. 44-46.

36. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальные дисфункции мозга в детском возрасте. – Нижний Новгород, 1995. – 201 с.

37. Шарапановская Е.В. Воспитание и обучение детей с ММД и ПШОП. – М.: ТЦ «Сфера», 2005. – 96 с.

38. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. – СПб. : Речь, 2007. – 158 с.

39. Шевченко С.С. Помощь гиперактивным детям // Здоровье детей. – 2010. – № 2. – С. 12-15.

40. Фопель К. Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения: Практическое пособие. В 4-х томах. Т. 1 / Пер. с нем. – М.: Генезис, 1998. – 160 с.

41. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. – СПб.: Хока, 2007. – 386 с.

42. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с минимальными мозговыми дисфункциями. – СПб.: ИМАТОН, 1997. – 197 с.

43. Barkley R.A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnostic and treatment. New York: Guilfred Press. – 1990.

44. Biederman J., Spencer T. Attention-deficit/hyperactivity disorder as a noradrenergic disorder// Biol.Psychiatry. – 1999. – Vol. 46. – № 9.

45. Clements S.D. Minimal brain dysfunction by children // National J. Neurolog. Bull. – 1966. – 130.

46. Castellanos F.X., Giedd J.N., Marsh W.L. Quantative brain magnetic resonance imaging in attentiondeficit/hyperactivity disorder// Arch. Gen. Psychiatry. – 1996. – Vol. 53.

Приложение 1

Таблица 1

Данные диагностирования по методике «Найди и вычеркни»

п/п	Ребенок	Результаты первичного диагностирования	Результаты повторного диагностирования
1	Андрей (1)	Средний	Средний
2	Катя	Очень низкий	Средний
3	Миша	Средний	Средний
4	Олег	Средний	Средний
5	Артем	Средний	Средний
6	Андрей (2)	Низкий	Средний
7	Женя	Средний	Средний
8	Саша	Низкий	Низкий
9	Давид	Низкий	Низкий
10	Оля	Средний	Средний
11	Егор	Низкий	Низкий
12	Вадим	Средний	Средний
13	Тимофей	Низкий	Низкий
14	Глеб	Средний	Средний
15	Соня	Очень низкий	Средний
16	Витя	Средний	Средний

Таблица 2

Данные диагностирования по методике «10 слов»

№ п/п	Ребенок	Результаты первичного диагностирования	Результаты повторного диагностирования
1	Андрей (1)	Хороший	Хороший
2	Катя	Слабый	Слабый
3	Миша	Средний	Средний
4	Олег	Хороший	Хороший
5	Артем	Хороший	Хороший
6	Андрей (2)	Слабый	Средний
7	Женя	Средний	Средний
8	Саша	Средний	Средний
9	Давид	Средний	Средний
10	Оля	Средний	Хороший
11	Егор	Средний	Средний
12	Вадим	Средний	Хороший
13	Тимофей	Слабый	Средний
14	Глеб	Средний	Средний
15	Соня	Слабый	Средний
16	Витя	Средний	Средний

Таблица 3

Данные диагностирования по методике «Исключение лишнего»

п/п	Ребенок	Результаты первичного диагностирования	Результаты повторного диагностирования
1	Андрей (1)	Низкий	Низкий
2	Катя	Средний	Средний
3	Миша	Низкий	Низкий
4	Олег	Очень низкий	Низкий
5	Артем	Средний	Средний
6	Андрей (2)	Средний	Средний
7	Женя	Средний	Средний
8	Саша	Средний	Высокий
9	Давид	Низкий	Низкий
10	Оля	Средний	Высокий
11	Егор	Низкий	Низкий
12	Вадим	Средний	Средний
13	Тимофей	Низкий	Средний
14	Глеб	Средний	Средний
15	Соня	Низкий	Средний
16	Витя	Высокий	Высокий

Таблица 4

Данные диагностирования по методике «Обведи контур»

п/п	Ребенок	Результаты первичного диагностирования	Результаты повторного диагностирования
1	Андрей (1)	Низкий	Средний
2	Катя	Низкий	Средний
3	Миша	Средний	Средний
4	Олег	Низкий	Средний
5	Артем	Низкий	Средний
6	Андрей (2)	Низкий	Средний
7	Женя	Средний	Средний
8	Саша	Низкий	Средний
9	Давид	Низкий	Средний
10	Оля	Средний	Средний
11	Егор	Низкий	Средний
12	Вадим	Средний	Высокий
13	Тимофей	Низкий	Низкий
14	Глеб	Средний	Средний
15	Соня	Низкий	Средний
16	Витя	Средний	Высокий

Таблица 5

Данные диагностирования по методике «Проба на реципрокную
координацию»

п/п	Ребенок	Результаты первичного диагностирования	Результаты повторного диагностирования
1	Андрей (1)	3 б.	2 б.
2	Катя	2 б.	1,5 б.
3	Миша	2 б.	1,5 б.
4	Олег	1,5 б.	1,5 б.
5	Артем	1,5 б.	1 б.
6	Андрей (2)	1 б.	1 б.
7	Женя	0,5 б.	0,5 б.
8	Саша	2 б.	1,5 б.
9	Давид	0,5 б.	0,5 б.
10	Оля	1 б.	0,5 б.
11	Егор	2 б.	1,5 б.
12	Вадим	1 б.	1 б.
13	Тимофей	3 б.	2 б.
14	Глеб	1 б.	1 б.
15	Соня	2 б.	1,5 б.
16	Витя	1 б.	1 б.