Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Факультет клинической психологии

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом ПО

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

Исследование проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста

Студент 402 группа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ткачева Е.В.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Живаева Ю.В.

Красноярск 2015

СОДЕРЖАНИЕ:

Введение…………………………………………………………………………3

1 Синдромом дефицита внимания с гиперактивностью как психолого-педагогическая проблема………………………………………………………..7

1.1 Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: причины, механизмы …………………………………................................................ ….......7

1.2 Основные проявления синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста…………………........................................14

1.3 Особенности психологического сопровождения детей младшего школьного возраста с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью ………………………………………………………… ………20

2 Эмпирическое исследование проявлений синдрома дефицита внимания у детей младшего школьного возраста …………................27

2.1 Организация и методы исследования ……………………………… ……. 27

2.2 Результаты диагностического исследования……………………............. 33

Заключение……………………………………………………………………… 43

Список использованных источников………………….......................................45

Приложение………………………...............................................................................49

Введение

В последнее время все большую актуальность приобрета­ет синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), который в процессе онтогенеза может фасадно измениться в девиантность или делинквентность.

Анализ литературы выявил широкую вариабельность данных по распростра­ненности СДВГ. Л.А. Ясюкова приводит следующие статистические данные. Ежегодные обследования психологами учащихся, поступающих в школы свидетельствуют о том, что дети с высокой вероятностью СДВГ составляют около 30% популяции. Причем мальчиков среди них в 9 раз больше, чем дево­чек.

Симптомокомплекс СДВГ включает в себя невнимательность, гиперактивность, импульсивность, трудности в обучении и межличностных отношениях. Поэтому этот синдром относится к категории пограничных расстройств и находится в центре внимания медицинских, психологических, педагогических и других исследований.

Синдрому дефицита внимания и гиперактивности ча­сто сопутствуют запаздывание процессов созревания выс­ших психических функций и, как следствие специфи­ческие трудности обучения. У детей с СДВГ проявляются трудности планирования и организации, слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах, низкая самооценка, упрямство, лживость, вспыльчивость, аг­рессивность. Кроме того, у них возникает неуверенность в себе и проблемы в коммуникациях.

Родители детей далеко не сразу решаются обратиться за помощью не только к неврологу, но и к психологу. Этот шаг они делают вынужденно, под напором нарастающих учебных проблем ребенка, исправить которые из-за запущенности ситуации бывает уже достаточно трудно. А ведь ранняя и непрерывная терапия в детстве, и организация грамотного психолого-педагогического сопровождения дает не только непосредственный эффект, но и способствует формированию нормального поведения в будущем.

Известно, что проведение групповых обследований в детских садах и начальных классах позволяет надежно выявлять проблемных детей и своевременно направлять их на консультацию к психоневрологу. Данный подход и обусловил выбор темы нашего исследования « Изучение проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста».

Цель нашего исследования:изучение в теоретическом и эмпирическом аспектах проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста.

Объектом исследованияявляется синдром дефицита внимания с гиперактивностью как психологический феномен, а предметом исследования: проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста.

Для достижения поставленной выше цели, мы определили следующую группу задач:

1) проанализировать литературу по проблеме исследования, отобрать психодиагностические методики;

2) провести диагностическое исследованиепроявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста;

3) разработать рекомендации родителям, педагогам и психологу;

4) обобщить изученный материал и оформить исследование.

Теоретической и практической основой исследования послужили работы: Л.С. Выготского , Н.Н. Заваденко [7-8], А.Л. Сиротюк [25-27], Л.А. Ясюковой [40].

Для проведения нашего исследования мы использовали следующие методы *:*

1. Анализ литературы по теме исследования.
2. Сбор эмпирических данных осуществлялся с помощью теста Тулуз-Пьерона, игровой методики «Съедобное - несъедобное» (Кривцова И.И.), метода экспертного опроса учителей и родителей (Диагностические критерии синдрома дефицита внима­ния с гиперактивностью по классификации DSM — IV).

Метод количественной и качественной обработки данных.

Экспериментальная работа, осуществляемая нами, состояла из трех этапов исследования:

Первый этап ( 2014 г.) – анализ научных публикаций и основных концепций по теме исследования, отработка понятийного аппарата исследования, постановка цели, определение объекта, предмета и задач исследования, выбор методов исследования.

Второй этап (2014 г.) – организация диагностического исследования.

Третий этап (2014 г.) – количественный и качественный анализ результатов исследования, разработка рекомендаций, оформление исследования.

Экспериментальная работа проводилась на базе школы № 18 города Красноярска . В диагностическом исследовании приняло участие 23 ребенка, учитель и родители детей.

Практическая значимость работы: В ходе обследования выявлена группа детей с высокой вероятностью СДВГ и направлена на консультацию к психоневрологу. Разработаны рекомендации родителям, учителям по организации сопровождения этих детей.

Структура и объём работы: курсовая работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы (35 наименований), приложения. Общий объём работы составляет 54 страницы.

1 Синдромом дефицита внимания с гиперактивностью как психолого-педагогическая проблема

* 1. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: причины, механизмы

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью, или СДВГ – это состояние, вызывающее постоянную невнимательность, гиперактивность и (или) импульсивность. СДВГ начинается в детстве и может сохраняться во взрослом состоянии [10].

Этиология и патогенез [35] (причины и механизмы развития) синдрома дефицита внимания окончательно не выяснены, несмотря на большое количество исследований. В настоящее время существуют нейроморфологические, генетические, нейрофизиологические, биохимические, социально-психологические концепции, которые пытаются объяснить механизмы развития синдрома. Существует также развернутая биопсихосоциальная патологическая модель, которая включает в себя различные факторы возникновения СДВГ. Кроме того, к гипотезам, описывающим механизмы СДВГ, относятся концепция диффузной церебральной дезрегуляии О.В. Халецкой и В.М. Трошина, генераторная теория Г.Н. Крыжановского, теория задержки нейроразвития 3. Тресоглавы [цит. по: 29 с.64].

Однако на современном этапе исследования СДВГ считаются доминирующими три группы факторов в развитии синдрома:

- генетические факторы;

- повреждение центральной нервной системы во время беременности и родов;

- негативное действие внутрисемейных факторов [12].

По результатам исследования Н. Н. Заваденко [8] возникновение СДВГ из-за раннего повреждения центральной нервной системы в период беременности и родов встречается в 84% случаев, генетические причины — в 57% случаев, негативное действие внутрисемейных факторов - в 63% слу­чаев.

Характерные проявления генетического фактора прослеживаются в нескольких поколениях одной семьи, значительно чаше среди родственников мужского пола. Влияние биологических факторов играет существенную роль в младшем возрасте, затем возрастает роль социально-психологических факторов, особенно внутрисемейных отношений.

Причинами раннего повреждения центральной нервной системы во время беременности и родов могут служить недостаточное питание, отравление свинцом, органические повреждения мозга, внутриматочные дефекты, наркотическое отравление плода (например, кокаином) во время перинатального развития, кислородная недостаточность в период развития плода или в процессе родов [12]. Многие дети с симптомами неспособности к обучению появились на свет при осложненных родах, а среди недоношенных детей эти симптомы обычны. По результатам многочисленных исследований одной из самых распространенных причин отклонений в обучении и поведении является родовая травма шейных отделов позвоночника, которая не диагностируется своевременно, что приводит к возникновению синдромов несформированности или дефицитарности головного мозга в онтогенезе.

В настоящее время специалистами многих стран ведутся нейрофизиологические, нейропсихологические и биологические исследования детей с СДВГ [27]. Проводимые электроэнцефалографические исследования выявляют изменения биоэлектрической активности головного мозга, нарушения структурно-функциональной организации левого полушария, незрелость системы регуляции внимания, незрелость системы коркового торможения и т. д. Нейропсихологические исследования гиперактивных детей выявляют их низкий психический статус, повышенную истощаемость, трудности в освоении чтения и письма.

Исследования, проведенные A.J.Zametkin и J.L.Rapoport в институте умственного здоровья (США), продемонстрировали связь между дисфункцией лобной доли и гиперактивностью: уровень активности мозга у гиперактивных детей в экспериментальной группе был на 84% ниже, чем у обычных детей в контрольной. Следовательно, гиперактивных детей снижена активность мозга в зоне лобных долей [25-27].

R.A.Barkley отмечает, что от 25 до 50% гиперактивных детей «перерастают» этот синдром. Однако у 6—8% детей симптомы расстройства приводят к задержке психического развития, а в подростковом возрасте способствуют возникновению психопатологических расстройств и асоциальны состояний. В результате проведенных R.A.Barkley нейрофизиологических исследований у детей с СДВГ также выявлены отклонения в развитии фронтальных отделов коры больших полушарий, базальных ганглиев и мозжечка. Данные нарушения приводят к задержке созревания функциональных систем мозга, ответственных за моторный контроль, внимание и саморегуляцию поведения [26].

Среди всевозможных причин возникновения синдрома на нейропсихологическом и биологическом уровнях, также отмечают снижение процессов метаболической активности в определенных участках мозга, дефицитарность нейромедиаторных сетей, обеспечивающих функциональные взаимосвязи на уровне среднего мозга и лимбической системы, а также дисфункцию неспецифических активационных механизмов.

Кроме того, у детей, состояние которых диагностируют как дефицит внимания и гиперактивностъ, наблюдается дефицитарная работа ретикулярной формации и вестибулярного аппарата. Функциональные нарушения ретикулярной формации и стволовых отделов мозга приводят к изменениям болевой чувствительности. Такие дети часто не чувствуют боли и, следовательно, не могут сочувствовать другим. Этим объясняется их безжалостное отношение к сверстникам и животным. Они могут ударить, толкнуть, укусить, другим способом проявить агрессию. Кроме того, они способны совершать агрессивные действия и по отношению к себе.

В сложную систему организации и контроля крупных движений и мелкой моторики входят премоторные и теменные ассоциативные области коры, базальные ганглии, мозжечок, ретикулярная формация [33]. У детей с СДВГ нарушения двигательного контроля связано с дисфункцией префронтальной области лобных отделов головного мозга. Для детей с этим диагнозом характерны не только недостаточность в координаторной сфере, но и нарушения динамического и кинестетического праксиса [35].

Большое разнообразие причин возникновения СДВГ связано, прежде всего, с разнообразием клинической картины синдрома. Наряду с основными характеристиками ля иного расстройства повышенной двигательной активностью, импульсивностью и дефицитом внимания отмечается широкий спектр эмоциональных и когнитивных нарушений.

Е.А. Осиновой и Н.В. Панкратовой проведено лонгитюдное исследование 28 детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивности в возрасте от 5 до 9 лет и предпринята попытка определения их нейропсихологического статуса. Нейропсихологическое обследование строилось на методике А.Р. Лурия с включением ряда дополнительных тестов. Авторы выделили четыре варианта отклонений высших психических функций у детей с СДВГ [27].

Первый вариант встречался в 42% случаев и был связан с дефицитарностью базальных структур мозга, задержкой становления функциональной левополушарной доминантности и недостаточностью корково-подкорковой регуляции. В процессе взросления для детей с таким типом СДВГ характерны уменьшение симптомов и нормализация поведения. В онтогенезе отмечалось запаздывание латерализации мануального предпочтения (определения ведущей руки). Выявлялись полимодальные

нарушения мнестической деятельности (памяти) в звене избирательности и первичная недостаточность базальных структур, обеспечивающих составляющие выполнения двигательных программ. При реципрокных (перекрестных) движениях дети демонстрировали дефицит тонической регуляции (тонус мышц), но в процессе специального обучения разнонаправленным движениям результат достигался быстро. Однако успешное выполнение простейших двигательных программ опиралось на механизмы вербального (речевого) программирования и контроля. При исключении последнего (прикусывание языка) автоматизация движений происходила с большим трудом. Сохранялись ошибки зеркальности в написании отдельных букв и поисках правых и левых частей тела, в то время как копирование целостных геометрических фигур происходило успешно. Это свидетельствует об опережающем развитии структурно-топологического компонента по отношению к координатной составляющее дети показывали недостаточную сформированность функций произвольной регуляции и контроля, что проявлялось в большом количестве ошибок, из-за невнимательности и импульсивности; ускорение темпа работы и трудность возврата к первоначальному темпу после ускорения. Включение мотивационных факторов (ответственность за что-либо назначение старшим в группе, ведущим в игре, дежурным в классе и т.д.) способно существенно мобилизовать ресурс произвольной регуляции поведения [2,8,12].

Второй тип возникновения СДВГ в онтогенезе, выявленный у 20% обследованных, характеризуется дисфункцией правого полушария в сочетании с дефицитарностью базальных (подкорковых) структур мозга. Этот вариант онтогенеза отличается выраженной неустойчивостью возрастной динамики. Развитие детей и овладение когнитивными и соци­альными навыками сопровождается периодическими сбоями и усилением гиперактивности. Пик гиперактивности и нарушение взаимодействия со сверстниками у этой группы; детей приходится на 5-летний возраст. В возрасте 7—8 лет отмечается положительная динамика, в 9 лет - нарастание симптомов. У детей прослеживается полимодальные нарушения мнестической деятельности. При выполнении двигательных проб нарушения чаще отмечаются в левой руке. При копировании графических фигур правой и левой рукой сохраняются выраженные различия, при этом стратегия копирования левой рукой запаздывает в развитии. Фрагментарность восприятия проявляется при составлении рассказа по картинкам: отсутствует целостное описание; главная сюжетная линия вытесняется второстепенными деталями. В отличие от первого варианта онтогенеза СДВГ сформирована произвольная регуляция и самоконтроль в структурированных ситуациях. Внимание при повторяющихся действиях не снижается. Однако в ситуации без установленных правил происходит провокация возникновения гиперактивности с элементами импульсивности. Включение мотивационных факторов (ответственность за что-либо, назначение старшим в группе, ведущим в игре, дежурным в классе и т. д.) мало влияет на поведение и мобилизацию ресурсов произвольной регуляции [2,8,12].

Третий вариант онтогенетического развития СДВГ отменился у 29% обследованных характеризуется первичной функциональной дефицитарностью базальных структур мозга, что замедлило формирование пространственных функций (задние отделы правого полушария) и функций блока программирования и контроля (лобные доли левого полушария). Снижены интеллектуальные показатели. Однако у детей этого типа часто отмечается замедленная, но положительная возрастная динамика. Кроме того, у них прослеживаются первичная недостаточность фоновых составляющих обеспечения системы праксиса, нарушения мнестической деятельности в звене избирательности, недостаточное развитие структурно-топологической и координатной составляющих пространственных представлений, целостное восприятие при составлении рассказа по сюжетной картинке, выражены нарушения функции регуляции и контроля. Для успешного выполнения последовательных серийных действий таким детям требуется речевой контроль. Недостаточно сформирована мелкая моторика.

Четвертый вариант онтогенетического развития СДВГ выявлен в 9% случаев и характеризуется сохранностью базальных структур мозга при выраженной несформированности регуляторных структур (лобные доли левого полушария). Выражены нарушения регуляторных механизмов тре­тьего (по А.Р. Лурии) структурно-функционального блока мозга. Отмечена недостаточность речевого программирования и контроля (левая височная область) в обеспечении последовательного выполнения серийных действий. Кроме того, у детей проявляется инертность при воспроизведении заучиваемого материала, персеверации, неустойчивость социальных контактов, агрессия, слабая управляемость поведением. Ускорение темпа при серийных движениях не отмечалось. В возрасте 7—8 лет прослеживается положительная динамика в когнитивной сфере и поведении на фоне дефицитарности мотиваций. Достаточный словарный запас и сохранные процессы непроизвольного запоминания [27,28].

Дети с синдромом гиперактивности имеют достаточно развитые компенсаторные механизмы, для включения которых должны соблюдаться определенные условия:

- обеспечение родителями и учителями эмоционально-нейтрального развития и обучения;

- соблюдение режима, достаточное время для сна;

- обучение по личностно-ориентированной программе без интеллектуальных перегрузок;

- соответствующая медикаментозная поддержка;

- разработка индивидуальной помощи ребенку со стороны невролога, психолога, педагога, родителей;

- своевременная нейропсихологическая коррекция [27].

Таким образом, гиперактивность ребенка является лишь внешним проявлением нарушений его нейропсихологического развития и может возникнуть по причине несформированности или дефицитарности мозговых структур. Прежде всего, возникновение СДВГ связано с недостаточной зре­лостью лобных отделов коры головного мозга, особенно левого полушария. Изучение механизмов, формирования синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, актуальная задача, которая требует дальнейших междисциплинарных исследований [8,12].

* 1. Основные проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста

Ю.С. Шевченко [36], Н.Н. Заваденко [6] отмечают три основных блока проявления СДВГ: гиперактивность , нарушения внимания, импульсивность.

Гиперактивность проявляется избыточной двигательной активностью, беспокойством и суетливостью, многочисленными посторонними движениями, которых ребенок часто не замечает. Для детей с этим синдромом характерны чрезмерная болтливость, неспособность усидеть на одном месте, продолжительность сна всегда меньше нормы. В двигательной сфере у них обычно обнаруживаются нарушения двигательной координации, несформированности мелкой моторики и праксиса. Это неумение завязывать шнурки, застегивать пуговицы, использовать ножницы и иголку, несформированный почерк. Исследования польских ученых показывают, что двигательная активность детей с СДВГ на 25—30% выше нормы. Они двигаются даже во сне.

Любой психический процесс может быть полноценно развит только при условии сформированности внимания. Л.С. Выготский [4] писал, что направленное внимание играет огромную роль для процессов абстракции, мышления, мотивации, направленной активности.

Гиперактивность занимает особое место в детской психиатрии, прежде всего в связи с обусловленной ею школьной дезадаптацией – учебной несостоятельностью и (или) поведенческими расстройствами. Двигательная гиперактивность описывается в детской психиатрии под разными названиями: синдром двигательной расторможенности, гипердинамическим синдромом, гиперкинетическим синдромом, синдромом детской гиперактивности, синдромом нарушения активного внимания, синдромом дефицита внимания. Многие исследователи идентифицируют указанные синдромы с минимальной мозговой дисфункцией. В описаниях этих синдромов разными авторами обнаруживаются определенные различия, что порождает некоторую терминологическую путаницу. Согласно DSM – III, длительное состояние у ребенка, характеризующееся способностью удерживать внимание лишь на короткий период из-за невозможности сосредоточиться, импульсивности и гиперактивности, классифицируется как «расстройство в виде гиперактивности с дефицитом внимания», а согласно МКБ – 10, как «гиперкинетические расстройства», по существу приравниваемые к «гиперактивности с дефицитом внимания» [10].

Стандартом для оценки поведения как «гиперкинетического» служит комплекс следующих признаков:

1. двигательная активность является чрезмерно высокой в контексте ожидаемого в этой ситуации и оп сравнению с другими детьми того же возраста и интеллектуального развития;
2. имеет раннее число (до 6лет);
3. большую бдительность (или постоянство во времени);
4. обнаруживается более чем в одной ситуации (не только в школе, но и дома, на улице, в больнице и пр.)
5. Данные о распространенности гипекинетических расстройств варьируются в широких пределах – от 2 до 23% детской популяции[9,11].

Гиперкинетическое расстройство, как правило, проявляется уже в раннем детском возрасте. На первом году жизни ребенок обнаруживает признаки двигательного возбуждения, постоянно вертится, совершает массу лишних движений, из-за которых его, оказывается, трудно уложить спать, накормить. Формирование двигательных функций у гиперактивного ребенка происходит быстрее, чем у сверстников, в то время как становление речи не отличается от обычных сроков или даже отстает от них. Когда гиперактивный ребенок начинает ходить, он отличается быстротой и чрезмерным количеством движений, безудержностью, не может усидеть на месте, всюду лезет, пытается достать разные предметы, не реагирует на запреты, не чувствует опасности, края. Такой ребенок очень рано (с 1,5 – 2 лет) прекращает спать днем, а вечером его трудно уложить в постель из-за нарастающего во второй половине дня хаотического возбуждения, когда он совсем не может играть в свои игрушки, заниматься одним делом, капризничает, балуется, бегает. Засыпание нарушено: даже удерживаемый физически, ребенок непрерывно двигается, пытается выскользнуть из под рук матери, вскочить, открыть глазки. При выраженном дневном возбуждении может иметь место глубокий ночной сон с длительно непрекращающимся энурезом[23,35].

Впрочем, гиперкинетические расстройства в младенческом и раннем дошкольном возрасте часто расцениваются как обычная живность в рамках нормальной детской психодинамики. Тем временем постепенно нарастают и начинают обращать на себя внимание неусидчивость, отвлекаемость, пресыщаемость с потребностью в частой смене впечатлений, невозможность без настойчивой организации взрослых играть самостоятельно или с детьми.

Эти особенности становятся уже очевидными в старшем дошкольном возрасте, когда ребенка начинают готовить к школе, - дома, в подготовительных группах, общеобразовательной школы[5].

Нарушения внимания могут проявляться в трудностях его удержания, в снижении избирательности и выраженной отвлекаемости с частыми переключениями с одного занятия на другое. Такие дети характеризуются непоследовательностью в поведении, забывчивостью, неумением слушать и сосредоточиться, частой потерей личных вещей. Они стараются избежать заданий, требующих длительных умственных усилий. Однако показатели внимания таких детей подвержены существенным колебаниям. Если деятельность ребенка связана с заинтересованностью, увлеченностью и удо­вольствием, то они способны удерживать внимание часами.

Импульсивность выражается в том, что ребенок часто действует не подумав, перебивает других, может без разрешения встать и выйти из класса.

Кроме того, такие дети не умеют регулировать свои действия и подчиняться правилам, ждать, часто повышают голос, эмоционально лабильны (часто меняется настроение) [11].

К подростковому возрасту, повышенная двигательная активность в большинстве случаев исчезает, а импульсивности и дефицит внимания сохраняются. По результатам исследования Н.Н. Заваденко [7] поведенческие нарушения сохраняются почти у 70% подростков и 50% взрослых, имевших в детстве диагноз дефицита внимания.

Характерной чертой умственной деятельности гиперактивных детей является цикличность. Дети могут продуктивно работать 5—15 минут, затем 3—7 минут мозг отдыхает, накапливая энергию для следующего цикла. В этот момент ребенок отвлекается и не реагирует на учителя. Затем ум­ственная деятельность восстанавливается, и ребенок готов к работе в течение 5—15 минут. Дети с СДВГ имеют «мерцающее» сознание, могут «впадать» и «выпадать» из него, особенно при отсутствии двигательной стимуляции. При повреждении вестибулярного аппарата им необходимо двигаться, крутиться и постоянно вертеть головой, чтобы оставаться «в сознании». Для того чтобы сохранить концентрацию внимания, дети применяют адаптивную стратегию: они активизируют центры равновесия при помощи двигательной активности. Например, отклоняясь на стуле назад так, что пола касаются только его задние ножки. Воспитатель требует, чтобы дети «сели прямо и не отвлекались». Но для таких детей эти два требования вступают в противоречие. Если их голова и тело неподвижны, снижается уровень активности мозга [12].

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

Перечисленные нарушения приводят к возникновению трудностей в освоении чтения, письма, счета. Н.Н. Заваденко [6] отмечает, что для 66% детей с диагнозом СДВГ характерны дислекция и дисграфия, для 61% детей - признаки дискалькулии. В психическом развитии наблюдаются задержки на 1,5—1,7 года.

Кроме того, гиперактивность характеризуется слабым развитием тонкой моторной координации и постоянными, беспорядочными, неловкими движениями, вызванными несформированностью межполушарного взаимодействия и высоким уровнем адреналина в крови. Для гирперактивных детей также характерна постоянная болтовня, указывающая ни недостаток развития внутренней речи, которая должна контролировать социальное поведение.

Вместе с тем гиперактивные дети часто обладают неординарными способностями в разных областях, сообразительны и проявляют живой интерес к окружающему. Результаты многочисленных исследований показывают хороший общий интеллект таких детей, но перечисленные особенности их статуса не способствуют его развитию. Среди гиперактивных детей могут быть и одаренные. Так, Д. Эдиссон и У. Черчиль относились к гиперактивным детям и считались трудными подростками[23].

Анализ возрастной динамики СДВГ показал два всплеска проявления синдрома. Первый отмечается в 5—10 лет и приходится на период подготовки к школе и начало обучения, второй в 12—15 лет. Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. Возраст 5,5—7 и 9-10 лет - критические периоды для формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память. K 7 годам происходит смена стадий интеллектуального развития , формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности. Активизация СДВГ в 12- 15 лет совпадает с периодом полового созревания. Гормональный всплеск отражается на особенностях поведения отношениях к учебе[19].

По современным научным данным, среди мальчиков 6-12 лет признаки синдрома диагностируются в 2—3 раза чаще, чем среди девочек. Среди подростков это соотношение составляет 1:1, а среди 20—25-летних -1:2 с преобладанием девушек. В клинике соотношение мальчиков и девочек варьирует от 6:1 до 9:1. У девочек более выражены социальная дезадаптация, учебные трудности, личностные расстройства.

Высокая частота распространенности синдрома у мальчиков обусловлена более высокой уязвимостью плода мужского пола к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. У девочек полушария головного мозга менее специализированы из-за большего количества межполушарных связей, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных механизмов по сравнению с мальчиками при поражении центральной нервной системы[16].

В связи с вышесказанным следует отметить, что механизмы формирования девиаций мальчиков и девочек различии. Девиантное поведение мальчиков часто связано с «застреванием» нейропсихологического развития в стволовых отделах мозга, правом полушарии или мозолистом теле. Этим объясняется большее количество девиаций среди мальчиков. Коррекция девиантных мальчиков может быть построена на элиминации дисфункций правого полушария: кинезиологические упражнения, арттерапия и т.д. Девиантность девочек базируется на «застревании» нейропсихологического развития в лобных отделах левого полушария, что гораздо труднее поддается коррекции и компенсации. Так как девиантное поведение часто является проявлением определенного синдрома, то оно не возникает эпизодически. Девиации проявляются в любой ситуации.

Таким образом, синдром гиперактивности нередко включает в себя церебрастенические, неврозоподобные, интеллектуально – мнестические нарушения, а также такие психопатоподобные проявления, как повышенная двигательная и активность, импульсивность, дефицит внимания, агрессивность[12,27,33].

1.3 Особенности психологического сопровождения детей младшего школьного возраста с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью

Психологу образовательного учреждения необходимо считать работу с детьми своей первоочередной задачей, так как количество детей с названным диагнозом каждый год возрастает, и они составляют более 50% детей со школьной дезадаптацией.

Направления работы.

1. Тщательно проводить диагностические исследования детей, с целью раннего выявления для оптимального подбора учебных программ и организации условий обучения и воспитания.

2. Регулярно проводить просветительскую и профилактическую работу с родителями и учителями с целью повышения уровня их компетентности в вопросах, связанных с особенностями обучения и воспитания детей.

3. Координировать действия родителей, учителей и врачей для осуществления комплексной медико-психолого-педагогической реабилитации детей.

4. Проводить психокоррекционную работу с детьми.

5. Осуществлять психокоррекционную работу с родителями, оказывать им психологическую помощь при депрессивных состояниях (как следствия переживаний по поводу неуспешности ребенка).

6. Оказывать консультативную помощь родителям и учителям по вопросам обучения и воспитания детей [38].

Помощь учителям, указанным детям заключается в следующем.

1. Способствовать обучению ребенка по оптимальной для него программе.

2. Хорошо знать и учитывать в педагогической деятельности особенности ребенка с СДВГ. Учителю важно понимать: ребенка что-то беспокоит и поэтому он ведет себя так не нарочно, ведь иначе он не может. Особенности ребенка надо учитывать, но не поощрять. Учитель должен осознавать разницу между интеллектуальным потенциалом ребенка и его наличными возможностями в реализации потенциала. Необходимо верить в ребенка, не считать отсутствие стабильности в работоспособности признаком отсутствия способностей к обучению.

3. Внимательно следить за динамикой проявлений СДВГ у ребенка. При необходимости рекомендовать консультацию психолога, врача.

4. Поддерживать постоянный контакт с родителями, держать их в курсе дел.

5. Поддерживать постоянный контакт, с психологом, в целях обеспечения оптимальных условий для обучения и воспитания ребенка.

6. Создавать спокойную, доброжелательную атмосферу сотрудничества.

7. Не требовать от детей идеального соблюдения дисциплины. Не допуская грубых нарушений ее, позволять детям отдельные вольности: например, какую-то часть времени работать стоя или сидя, с подогнутой под себя ногой. Не путать проявления болезни и невоспитанности.

8. В обязательном порядке проводить физкультминутки или релаксационные паузы не позднее чем через 15—20 мин от начала занятия.

9. Находить возможность для детей с СДВГ проявить во время занятия двигательную активность, отдохнуть.

10. Обязательно предоставлять возможность для активного отдыха не только детям с СДВГ, но и всей группе. Желательно направлять активный отдых детей, разумно регулировать его. Особенно это важно для детей с СДВГ, которые иногда успевают так набегаться, что потом от перевозбуждения долго не могут включиться в работу.

11. Если во время занятия учитель видит, что ребенок «отключился», лучше дать ему некоторое время на отдых.

12. По возможности уделяйте детям дополнительное внимание.

13. Не стоит ставить в пример ребенку с СДВГ успехи других, более усидчивых и работоспособных детей.

14. При подборе педагогических технологий и методик желательно развивать мелкую моторику (раскрашивание и пр.) [1,3,20].

Будьте умеренны в использовании яркой эмоциональной информации, красочных наглядных примеров, так как в памяти детей с СДВГ может остаться лишь эта дополнительная, несущественная информация.

Не нагружайте детей изучением и отработкой специальных приемов тренировки памяти, внимания (существуют примеры отрицательного опыта работы в этом направлении).

Уделяйте больше внимания развитию интеллекта, кругозора детей, обходя дефектные функции.

При построении алгоритма занятия организуйте многократное повторение с целью прочного закрепления материала.

По мнению Т.Д. Марцинковской [18], предметом психодиагностики в школе, являются индивидуально-возрастные особенности детей, причины нарушений и отклонений в их психическом развитии.

При организации коррекционной работы с гиперактивными детьми акцент должен делаться на следующих умениях ребенка:

-концентрировать внимание;

-доводить начатое до конца;

-контролировать свои движения;

-снимать мышечное напряжение;

-контролировать свои эмоциональные проявления;

-расширять поведенческий репертуар во взаимодействии с взрослыми и сверстниками [21].

В работе с взрослыми, и прежде всего родителями, важно изменить их отношение к своему ребенку, стиль взаимодействия с ним. Начало работы заключается в объяснении причин поведения на основе сбора анамнеза. Они должны понять, что дисциплинарные меры воздействия на гиперактивного ребенка не действуют. Эмоциональный фон общения с ребенком должен быть ровным, позитивным, но без эйфории от его успехов и отвержения из-за неудач. Тактика вседозволенности также недопустима, так как такие дети очень быстро становятся манипуляторами [14].

Гиперактивным детям должны даваться инструкции, содержащие не более 10-слов. Нельзя просить сделать сразу несколько поручений (убрать игрушки, почистить зубы, умыться и т.д.), так как ребенок просто не запомнит их. Лучше давать следующее задание после выполнения предыдущего. Предполагается обязательный контроль качества выполнения поставленной задачи.

Система ограничений и запретов должна быть четкой и неукоснительно выполняемой, количество запретов должно быть сведено до минимума (они должны касаться исключительно безопасности и здоровья ребенка). Совместно с ним должны быть разработаны санкции, которые последуют в случае нарушения запрета.

Важно обратить внимание родителей на построение фраз в общении с гиперактивным ребенком. Более эффективно давать малышу позитивную альтернативу его негативному поведению, перепроектировать его. Лучше сказать « можно бегать на улице», чем «прекрати беготню»! Но еще более эффективно - включиться в игру ребенка, направить его неконтролируемую энергию в нужное русло [14,32].

Чтобы ребенок мог услышать взрослого и включиться в новую деятельность, необходимо дать ему время на подготовку, предупредить об изменениях. Можно использовать звуковой сигнал.

Гиперактивных детей необходимо приучать к режиму, к четкому распорядку дня. Нежелательно изменять его даже в исключительных ситуациях. При организации предметно-пространственной среды школы необходимо помнить о том, что гиперактивные дети вследствие двигательной расторможенности и отсутствия произвольного внимания характеризуются повышенным травматизмом. Поэтому желательно наличие мягких модулей, сухих бассейнов и т. д. При организации учебных занятий необходимо продумать предлагаемый материал так, чтобы один и тот же алгоритм варьировался в различных видах. Занятия должны проводиться в игровой форме с включением физминуток. Нельзя требовать от гиперактивных детей абсолютной дисциплины, это лишь снизит работоспособность и уровень усвоения материала. Занятия постройте так, чтобы оно включало различные методы (обыгрывание, рассказ, демонстрацию и т. д.). При непосредственном выполнении ребенком задания взрослому лучше находиться рядом с ним, поглаживая его, успокаивающе проговаривая его действия спокойным

голосом. Главное - сохранять спокойствие и помнить, что в основе гиперактивности лежат органические нарушения и ребенок не виноват в этом [29].

Коррекционное воздействие на ребенка с СДВГ должно включать следующие приемы и технологии:

1. Обучение приемам саморегуляции через использование релаксаций, визуализаций.
2. Обучение самомассажу.
3. Игры для развития быстроты реакции, координации движения.
4. Игры для развития тактильного взаимодействия.
5. Пальчиковые игры.
6. Подвижные игры с использованием сдерживающих моментов.
7. Психогимнастические этюды для обучения понимания и выражения эмоционального состояния.
8. Работу с глиной, водой и песком.

Коррекционную работу более эффективно строить поэтапно:

- индивидуальная;

- парная;

-подгрупповая [25].

С такими детьми психологу в основном нужно работать индивидуально. Однако недостаточно оказывать психологическую поддержку ребенку, необходимо организовать его психологическое сопровождение. Оно реализуется:

**.** в продуманной организации жизни детей в школе;

**.** в поддержке воспитателя;

**.** в индивидуальной работе, стимулирующей социальное, эмоциональное и личностное развитие детей;

**.** в поддержке их семей и координации взаимодействия родителей со специалистами.

Дети, страдающие СДВГ, как никакие другие требуют со стороны взрослых терпения и участия. Синдром дефицит внимания с гиперактивностью – это патология, требующая своевременной диагностики и комплексной коррекции: психологической, медицинской, педагогической.

Синдрому дефицита внимания и гиперактивности ча­сто сопутствуют запаздывание процессов созревания выс­ших психических функций и, как следствие специфи­ческие трудности обучения. У детей с СДВГ проявляются трудности планирования и организации, слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах, низкая самооценка, упрямство, лживость, вспыльчивость, аг­рессивность. Кроме того, у них возникает неуверенность в себе и проблемы в коммуникациях.

Рассмотрев теоретические вопросы синдрома дефицита внимания с гипеактивностью, мы переходим к экспериментальному исследованию данного синдрома.

2 Экспериментальное исследование проявлений синдрома дефицита внимания у детей младшего школьного возраста

2.1 Организация и методы исследования

Целью нашей экспериментальной работы явилось: изучение проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста. Экспериментальное исследование проводилось на базе школы № 18 города Красноярска .Выборка представлена детьми младшего школьного возраста, состав диагностируемой группы двадцать три человек. Кроме детей, участие в исследовании приняли учителя этих детей и их родители.

Экспериментальное исследование проходило в период с ноября 2014 г. по декабрь 2014 г. и проводилось в три этапа:

1 этап (ноябрь 2014 г.) – подбор методик для организации диагностического исследования проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста.

2 этап (ноябрь 2014 г.) – проведение диагностического исследования.

3 этап (ноябрь – декабрь 2014 г.) – обработка и анализ полученных результатов, составления рекомендаций для педагогов, родителей детей.

Проявления СДВГ очень разнообразны, но наблюде­ние и диагностика проводятся по трем основным на­правлениям: дефицит внимания и гиперактивность и им­пульсивность [27 с. 68] .

Для выявления проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста нами использовались следующие психодиагностические методики:

1) тест Тулуз-Пьерона (*см. приложение 1*);

2) игровая методика «Съедобное – несъедобное» (Кравцова И.И.) (*см. приложение 2*);

3) опросник для педагогов и родителей (Диагностические критерии синдрома дефицита внима­ния с гиперактивностью по классификации DSM — IV) (*см. приложение 3*).

Ниже опишем предназначение каждой методики, процедуру диагностики.

Одной из психофизиологических методик для иссле­дования свойств внимания (концентрации, устойчивос­ти, переключаемости), психомоторного темпа, волевой регуляции, динамики работоспособности во времени яв­ляется тест Тулуз—Пьерона, который позволяет быстро и первично обследовать детей 6 лет и старше. Он являет­ся одним из вариантов «корректурной» пробы, общий принцип которой был разработан Бурдоном в 1895 году. Суть задания состоит в дифференцировании стимулов, близких по формуле и содержанию в течение длительно­го, точно определенного времени. Применительно к рас­сматриваемой проблеме детей с СДВГ возможно исполь­зование теста для исследования внимания и определения минимальной мозговой дисфункции [27 с. 68].

Необходимые материалы: секундомер, бланк для каждого ребенка, (мел и доска в случае групповой диагностики).

Для детей 6-10 лет применяется упрощен­ный вариант методики — 10 строчек на тестовом бланке и два квадратика-образца. Строчки состоят из различных квадратиков. Обследуемому, необходимо находить и зачеркивать квадратики, анало­гичные образцам. Дети должны работать с двумя типами квадратиков-образцов (они изображены в левом верхнем углу бланка). Время работы с одной строкой — 1 минута.

Обследование может проводиться как групповым спо­собом, так и индивидуально. При групповом тестировании дети сначала слушают инструкцию, сопровождаемую де­монстрацией квадратиков-образцов. При демонстрации на классной доске рисуются квадратики-образцы и часть тре­нировочной строчки (не менее 10 квадратиков), обяза­тельно содержащая все возможные виды квадратов.

Только после того, как дети все поняли, они могут приступить к самостоятельной обработке тренировочных строчек на своих бланках. Тем, кто не понял, необходи­мо индивидуально на бланке показать, как надо рабо­тать. К таким детям обычно относятся кинестетики, ко­торым недостаточно словесно-визуальной инструкции, а также дети с легкой теменной или лобной органикой. Для понимания им необходимо практически опробовать работу под контролем взрослого. Дети с легкой лобной органикой в принципе не в состоянии выполнить инвер­тированные действия, поэтому они зачеркивают не со­впадающие с образцами квадратики и подчеркивают со­впадающие, т.е. действуют по логике «удалить непохожее», а по инструкции работать не могут. Трудности работы при теменной патологии связаны с нарушением зритель­но-двигательной координации.

При выполнении теста необходимо проследить, что­бы у всех детей во время подчеркиваний и зачеркиваний происходила смена ориентации движений с горизонталь­ных на вертикальные. Для упрощения работы дети могут неосознанно приближать друг к другу горизонтальные и вертикальные линии.

Обработка результатов обследования происходит при помощи наложения на бланк ключа, изготовленного из прозрачного материала. На ключе маркером выделены места, внутри которых должны оказаться зачеркнутые квадратики. Вне маркеров все квадратики должны быть подчеркнуты.

Для каждой строчки подсчитывается:

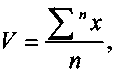
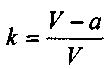
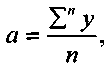
Общее количество обработанных квадратиков (вклю­чая и ошибки).

Количество ошибок.

За ошибку считается неверная обработка, исправле­ния и пропуски. Затем значения переносятся в бланк (см. приложение 1).

К основным расчетным показателям детей с СДВГ от­носятся коэффициент точности выполнения теста (показа­тель концентрации внимания) и показатель устойчивости внимания.

Обработка результатов:

k – показатель концентрации внимания;

V – скорость переработки информации;

а – среднее количество ошибок в строке;

у – количество ошибок в строке.

Если расчетное значение показателя точности выполне­ния теста попадает в зону патологии, то вероятность ММД исключительно велика. В этом случае ребенка необходимо направить к невропатологу. Если расчетный показатель ока­зался в зоне слабого развития точности внимания, то необ­ходимо дополнительно проанализировать скорость выпол­нения теста Тулуз—Пьерона. Если при этом значение скорости попадает в зону патологии илислабого уровня, то ММД тоже вполне вероятна. Однако окончательный ди­агноз ставит невропатолог [27 с. 70].

Следующей методикой используемой нами для изучения проявлений СДВГ у младших школьников была игровая методика «Съедобное – несъедобное». В основе методики лежит метод наблюдения за поведением ребенка в игровой ситуации. Указанная методика позволяет оценить уровень сформированности произвольного поведения младшего школьника, а также позволяет косвенно изучить проявления в игре следующих симптомов СДВГ: дефицита внимания, гиперактивности, импульсивности.

Методика проводится индивидуально с каждым ребенком. Целесообразно использовать второго взрослого (психолога, педагога) чтобы фиксировать основные моменты поведения детей в бланках.

Необходимые материалы: индивидуальные бланки наблюдения, мяч.

Длительность игры 10 минут. После проведения игры заполняется таблица наблюдения, подсчитывается количество баллов для определения уровня произвольного поведения ребенка.

Для изучения проявлений СДВГ нами использовался метод экспертного опроса педагогов и родителей, в основу которого были положены диагностические критерии синдрома дефицита внима­ния с гиперактивностью по классификации DSM — IV.

Инструкция

I) Отметьте из перечисленных признаков невнимательности лишь те, которые сохраняются у ребенка на протяжении как минимум 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельству­ют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам.

1. Часто неспособен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных за­даниях, в выполняемых заданиях и других видах деятельности.

1. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игры.
2. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.
3. Часто оказывается не в состоянии придерживаться предла­гаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание).
4. Часто испытывает сложности в организации самостоятельно­го выполнения заданий и других видов деятельности.
5. Обычно избегает, выражает недовольство и сопротивляется  
   выполнению заданий, которые требуют длительного сохране­ния умственного напряжения.
6. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабо­чие инструменты).
7. Легко отвлекается на посторонние стимулы.
8. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

II) Отметьте те признаки поведения, которые сохраняются у ребенка на протяжении как минимум 6 месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответст­вии нормальным возрастным характеристикам.

1. Часто наблюдаются беспокойные движения кистей и стоп;   
сидя на стуле, крутится, вертится.

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

3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.

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

5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя так,  
«как будто к нему прикрепили мотор».

6. Часто бывает болтливым.

7. Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не дослушав их до конца.

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

9. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

Для постановки невропатологу диагноза СДВГ необходимо констатация родителями 6 и более признаков поведения ребенка, приведенных в каждом из разделах I-II.

В данном параграфе мы описали, как осуществлялся нами сбор эмпирических данных по изучению проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста.

* 1. Результаты диагностического исследования

Следующим этапом нашего экспериментального исследования была математическая обработка результатов. Полученные результаты подвергались качественному и количественному анализу. В данном параграфе проанализируем индивидуальные и групповые результаты, полученные в ходе изучения проявлений СДВГ у младших школьников. В таблице 1 (см. следующую страницу) представлены индивидуальные показатели учащихся, полученные в результате обработки данных по тесту Тулуз-Пьерона.

Проанализируем представленные результаты. В ходе обработки данных выявлен высокий уровень скорости выполнения теста у Алеши П., что составило 4% от общего числа испытуемых. Хороший уровень скорости выполнения теста выявлен у 4 человек (Димы В., Леры К., Маши М., Коли Р.), что составило 17% от состава группы.

Средний уровень скорости выполнения теста выявлен у 10 человек (Андрея А., Сергея А., Рафаэля Г., Вити И., Юры К., Максима М., Вари П., Ани С., Кати С., Саши Т.), что составило 44% от числа испытуемых.

Слабый уровень скорости выполнения теста выявлен у 3 человек (Кати И., Вовы С., Иры С.), что составило 13% от общего числа испытуемых. Показатель скорости выполнения теста соответствует зоне развития - патология у 5 человек (Ромы Б., Андрея П., Димы П., Степы П., Валерии Л.), т.е. 22% группы испытуемых.

Проанализируем результаты испытуемых по показателю – точность выполнения теста. В ходе обработки данных выявлен высокий коэффициент точности выполнения теста у Алеши П., что составляет 4% от состава группы. Хороший уровень коэффициента точности выполнения теста выявлен у 4 человек (Димы В., Леры К., Маши М., Коли Р.), что составляет 17% от общего числа испытуемых.

Таблица 1 - Индивидуальные показатели старших дошкольников по тесту

Тулуз-Пьерона (ноябрь 2014 г.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| параметры  Имя Ф. | скорость выполнения теста | | коэффициент точности выполнения теста | |
| показатель | зона развития | Показатель | зона развития |
| 1.Андрей А. | 18 | Средняя | 0,89 | Слабая |
| 2.Сергей А. | 19 | Средняя | 0,90 | Слабая |
| 3.Рома Б. | 14 | Патология | 0,88 | Патология |
| 4.Дима В. | 30 | Хорошая | 0,96 | Хорошая |
| 5.Рафаэль Г | 20 | Средняя | 0,92 | Средняя |
| 6.Витя И. | 23 | Средняя | 0,93 | Средняя |
| 7.Катя И. | 17 | Слабая | 0,90 | Слабая |
| 8.Лера К. | 32 | Хорошая | 0,97 | Хорошая |
| 9.Юра К. | 25 | Средняя | 0,94 | Средняя |
| 10.Валерия Л. | 13 | Патология | 0,82 | Патология |
| 11.Маша М. | 39 | Хорошая | 0,97 | Хорошая |
| 12.Максим М | 19 | Средняя | 0,90 | Слабая |
| 13.Алеша П. | 40 | Высокая | 0,98 | Высокая |
| 14.Андрей П. | 12 | Патология | 0,76 | Патология |
| 15.Варя П. | 21 | Средняя | 0,92 | Средняя |
| 16.Дима П. | 14 | Патология | 0,82 | Патология |
| 17.Степа П. | 14 | Патология | 0,80 | Патология |
| 18.Коля Р. | 33 | Хорошая | 0,96 | Хорошая |
| 19.Вова С. | 17 | Слабая | 0,92 | Средняя |
| 20.Ира С. | 16 | Слабая | 0,92 | Средняя |
| 21.Аня С. | 28 | Средняя | 0,95 | Средняя |
| 22.Катя С. | 24 | Средняя | 0,94 | Средняя |
| 23.Саша Т. | 21 | Средняя | 0,92 | Средняя |

Средний уровень коэффициента точности выполнения теста выявлен у 9 человек (Рафаэля Г., Вити И., Юры К., Вити П., Вовы С., Иры С., Ани С., Кати С., Саши Т.), что составляет 40% от числа группы.

Слабый уровень коэффициента точности выполнения теста выявлено у 4 человек (Андрея А., Сергея А., Кати С., Максима М.), что составляет 17% от общего числа испытуемых.

Показатель коэффициента точности выполнения теста соответствует зоне патология у 5 человек (Ромы Б., Валерии Л., Андрея П., Димы П., Степы П.), что составляет 22% от числа группы.

По результатам исследования мы выявили, что один из основных проявлений СДВГ – дефицит внимания, выявлен у 5 человек (Ромы Б., Валерии Л., Димы П., Андрея П., Степы П.).

В таблице 2 (см. следующую страницу) представлены индивидуальные показатели младших школьников по игровой методике «Съедобное-несъедобное».

Проанализируем представленные результаты в таблице. В ходе обработки данных выявлен высокий уровень произвольного поведения у 2 человек (Маши М., Алеши П.), что составляет 8% от общего числа испытуемых.

Средний уровень произвольного поведения выявлен у 13 человек (Сергея А., Димы В., Рафаэля Г., Вити И., Леры К., Юры К., Вари П., Коли Р., Вовы С., Иры С., Ани С., Кати С., Саши Т.), что составило 57% от числа группы.

Низкий уровень произвольного поведения выявлен у 3 человек (Андрея А., Кати И., Максима М.), что составило 13% от состава группы.

Очень низкий уровень произвольного поведения выявлен у 5 человек (Ромы Б., Валерии Л., Андрея П., Димы П., Степы П.), что составило 22% от общего числа группы.

Проанализируем протоколы наблюдения на данных школьников. Обобщенные данные наблюдений представлены в таблице 3 (см. с. 37).

Таблица 2 - Индивидуальные показатели младших школьников по игровой методике «Съедобное – несъедобное» (ноябрь 2014 г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Имя Ф. | Баллы | уровень произвольного поведения |
| 1.Андрей А. | 10 | Низкий |
| 2.Сергей А. | 11 | Средний |
| 3.Рома Б. | 4 | Очень низкий |
| 4.Дима В. | 12 | Средний |
| 5.Рафаэль Г. | 11 | Средний |
| 6.Витя И. | 11 | Средний |
| 7.Катя И. | 10 | Низкий |
| 8.Лера К. | 11 | Средний |
| 9.Юра К. | 12 | Средний |
| 10.Валерия Л. | 5 | Очень низкий |
| 11.Маша М. | 13 | Высокий |
| 12.Максим М. | 9 | Низкий |
| 13.Алеша П. | 15 | Высокий |
| 14.Андрей П. | 5 | Очень низкий |
| 15.Варя П. | 11 | Средний |
| 16.Дима П. | 4 | Очень низкий |
| 17.Степа П. | 4 | Очень низкий |
| 18.Коля Р. | 12 | Средний |
| 19.Вова С. | 11 | Средний |
| 20.Ира С. | 12 | Средний |
| 21.Аня С. | 12 | Средний |
| 22.Катя С. | 12 | Средний |
| 23.Саша Т. | 12 | Средний |

При оценке принятия ребенком инструкции, по поведению детей (Ромы Б., Валерии Л., Андрея П., Димы П., Степы П.), было неясно, понимают и принимают ли они инструкцию, пришлось объяснять несколько раз. Мы полагаем, что это может свидетельствовать о невнимательности.

Таблица 3- Наблюдения за ребенком в ходе игры «Съедобное-несъедобное» (ноябрь 2014 г.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Выполнение инструкции ребенком | Рома Б. | Валерия Л. | Андрей П. | Дима П. | Степа П. |
| 1.Принятие инструкции | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 2.Качество выполнения инструкции | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 3.Соответствие поведения ребенка инструкции игры | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 4.Контроль и оценка ребенком своего поведения (игрового) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Общее кол-во баллов | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 |

При определении качества выполнения инструкции, по поведению детей (Ромы Б., Валерии Л., Андрея П., Димы П., Степы П.) мы увидели, что они частично выполняли инструкцию, не могли сидеть спокойно. Мы полагаем, что это может свидетельствовать о гиперактивности.

Для определения соответствия поведения ребенка инструкции игры, мы учитывали, что (Рома Б., Валерия Л., Андрей П., Дима П., Степа П.), частично выполняли инструкцию, не замечая и не пытаясь исправить ошибки. Казалось, что эти дети неспособны подумать прежде, чем что-то сделать. Мы полагаем, что это может свидетельствовать об импульсивности.

При определении у ребенка уровня контроля над своим поведением и самооценки в игре, поведение детей (Ромы Б., Валерии Л., Андрея П., Димы П., Степы П.) не соответствовало требованиям инструкции. Мы предполагаем, что это может свидетельствовать о дефиците внимания.

При общем подсчете баллов, нами было выявлено, что Рома Б., Валерия Л., Андрей П., Дима П., Степа П., имеют очень низкий уровень произвольности, у них могут быть серьезные нарушения в области развития произвольного поведения.

Поскольку очень низкий уровень произвольности во многом был обусловлен импульсивностью детей, низким уровнем внимательности, низким качеством выполнения инструкции, то данные факты наблюдения позволяют констатировать об основных проявлениях СДВГ у данной группы детей.

В таблице 4 представлены результаты метода экспертного опроса педагогов и родителей.

Таблица 4 - Результаты метода экспертного опроса педагогов и родителей проявлений у ребенка СДВГ (в баллах) (ноябрь 2014 г.)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Имя Ф. | I | | II | | | |
| дефицит внимания | | гиперактивность | | Импульсивность | |
|  | Р | В | Р | В | Р | В |
| 1.Андрей А. | 3 | 3 | 2 | 3 | 0 | 2 |
| 2.Сергей А. | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| 3.Рома Б. | **8** | **9** | 3 | **6** | **3** | **3** |
| 4.Дима В. | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 |
| 5.Рафаэль Г. | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| 6.Витя И. | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 7.Катя И. | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 8.Лера К. | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| 9.Юра К. | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 10.Валерия Л. | 4 | **6** | 2 | 4 | 2 | **3** |
| 11.Маша М. | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 12.Максим М. | 4 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 |
| 13.Алеша П. | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| 14.Андрей П. | **6** | **8** | 3 | **6** | **3** | **3** |
| 15.Варя П. | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| 16.Дима П. | 2 | 7 | 4 | 4 | 3 | **3** |
| 17.Степа П. | **9** | **8** | **6** | **6** | **3** | **3** |
| 18.Коля Р. | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 19.Вова С. | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 20.Ира С. | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 21.Аня С. | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 22.Катя С. | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 23.Саша Т. | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 |

*Условные обозначения:* Р – результаты экспертного опроса родителя; В – результаты экспертного опроса педагога.

*Примечание:* для постановки диагноза психоневрологом необходимо наличие 6 и более симптомов приведенных в разделах I и II.

Проанализируем результаты, представленные в таблице 4.

В ходе обработки данных методом экспертного опроса педагогов и родителей проявлений у ребенка СДВГ, по мнению родителей, дефицит внимания выявлен у 3 детей (Ромы Б., Андрея П., Степы П.), что составляет 13% от общего числа испытуемых.

У 20 детей (Андрея А., Сергея А., Димы В., Рафаэля Г., Вити И., Кати И., Леры К., Юры К., Валерии Л., Маши М., Максима М., Алеши П., Вари П., Димы П., Коли Р., Вовы С., Иры С., Ани С., Кати С., Саши Т.), дефицит внимания, по мнению родителей, не выявлен, что составляет 87% от общего числа группы.

По мнению педагогов у 5 человек (Ромы Б., Валерии Л., Андрея П., Димы П., Степы П.), выявлен синдром дефицит внимания, что составляет 22% от всей группы.

Синдром дефицит внимания не выявлен у 18 человек (Андрея А., Сергея А., Димы В., Рафаэля Г., Вити И., Кати И., Леры К., Юры К., Маши М., Максима М., Алеши П., Вари П., Коли Р., Вовы С., Иры С., Ани С., Кати С., Саши Т.), что составляет 78% от общего числа группы.

По мнению родителей, симптом гиперактивности и импульсивности, выявлен у 4 человек (Ромы Б., Андрея П., Димы П., Степы П.), что составляет 17% от числа испытуемых.

У 19 человек (Андрея А., Сергея А., Димы В., Рафаэля Г., Вити И., Кати И., Леры К., Юры К., Валерии Л., Маши М., Максима М., Алеши П., Вари П., Коли Р., Вовы С., Иры С., Ани С., Кати С., Саши Т.), не выявлен, что составляет 83% от общего числа группы.

По мнению педагогов, синдром гиперактивности и импульсивности выявлен у 5 человек (Ромы Б., Валерии Л., Андрея П., Димы П., Степы П.,), что составляет 22% от числа группы.

Синдром гиперактивности и импульсивности не выявлен у 18 человек (Андрея А., Сергея А., Димы В., Рафаэля Г., Вити И., Кати И., Леры К., Юры К., Маши М., Максима М.,

Алеши П., Вари П., Коли Р., Вовы С., Иры С., Ани С., Кати С., Саши Т.), что составляет 78% от общего числа группы.

В таблице 5 представленные обобщенные результаты исследования проявления СДВГ по всем проведенным нами методикам.

Таблица 5 - Сводная таблица изучения проявлений у ребенка СДВГ (ноябрь 2014 г.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | тест  Тулуз-Пьерона | Методика  «Съедобное-несъедобное» | метод экспертного опроса | | вероятность  СДВГ |
| Р | В |
| 1.Андрей А. | - | - | - | + | - |
| 2.Сергей А. | - | - | - | - | - |
| 3.Рома Б. | + | + | + | + | + |
| 4.Дима В. | - | - | - | - | - |
| 5.Рафаэль Г. | - | - | + | - | - |
| 6.Витя И. | - | - | - | - | - |
| 7.Катя И. | - | - | - | - | - |
| 8.Лера К. | - | - | - | - | - |
| 9.Юра К. | - | - | - | - | - |
| 10.Валерия Л. | + | + | + | + | + |
| 11.Маша М. | - | - | - | - | - |
| 12.Максим М. | - | - | + | + | - |
| 13.Алеша П. | - | - | - | - | - |
| 14.Андрей П. | + | + | + | + | + |
| 15.Варя П. | - | - | - | - | - |
| 16.Дима П. | + | + | + | + | + |
| 17.Степа П. | + | + | + | + | + |
| 18.Коля Р. | - | - | - | - | - |
| 19.Вова С. | - | - | - | - | - |
| 20.Ира С. | - | - | - | - | - |
| 21.Аня С. | - | - | - | - | - |
| 22.Катя С. | - | - | - | - | - |
| 23.Саша Т. | - | - | - | - | - |

*Условные обозначения:* + - выявлено проявление одного или нескольких симптомов СДВГ.

Проанализируем результаты представленные в таблице 5.

По результатам сводной таблицы изучения проявлений у детей СДВГ выявлено, что у 18 детей (Андрея А., Сергея А., Димы В., Рафаэля Г., Вити И., Кати И., Леры К., Юры К., Маши М., Максима М., Алеши П., Вари П., Коли Р., Вовы С., Иры С., Ани С., Кати С., Саши Т.), проявление СДВГ, не наблюдается, что составляет 78% от общего числа группы.

У 5 человек (Ромы Б., Валерии Л., Андрея П., Димы П., Степы П.), выявлена высокая вероятность проявления данного синдрома, что составляет 22% от общего числа испытуемых.

Для детей (Ромы Б., Валерии Л., Андрея П., Димы П., Степы П.), характерно: они невнимательны, неугомонны, у них присутствует волнение, всегда в движении, неспособны подумать, прежде, чем что-то сделать. Родителям этих детей рекомендуем обратиться к врачу-неврологу.

Таким образом, по результатам исследования мы выявили, что один из основных проявлений СДВГ – дефицит внимания, выявлен у 5 человек, что составляет 22 % от общего числа испытуемых. Родителям этих детей рекомендуем обратиться к врачу-неврологу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В курсовой работе рассматривается, проявление синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста. В ходе ее написания было изучено и проанализировано большое количество научно – методической литературы по проблеме исследования, отобраны психодиагностические методики; проведено диагностическое исследованиепроявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей младшего школьного возраста; разработаны рекомендации родителям, педагогам и психологу.

Экспериментальное исследование проводилось на базе школы № 18 города Красноярска .Выборка представлена детьми младшего школьного возраста, состав диагностируемой группы двадцать три человек. Кроме детей, участие в исследовании приняли учителя этих детей и их родители.

СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью – есть заболевание головного мозга ребенка. Сейчас это заболевание достаточно распространено, чтобы мы обратили на него свое пристальное внимание и подробно изучили его. Причины его возникновения могут быть различны – как генетическая предрасположенность, какого либо рода травмы при беременности или родах и другие. Много факторов влияет на течение этой болезни, на ее развитие, укрепление или гашение. Многое еще не изучено, но главное остается неизменным – игнорировать тот факт, что СДВГ возможно вылечить, оставлять без внимания нельзя. Для начала не стоит спешить с определением диагноза, если ребенок активен – это вовсе не значит, что он болен. Необходимо провести качественную диагностику врачом специалистом в этом вопросе. Далее, необходимо рассмотреть свой стиль воспитания ребенка с СДВГ и попытаться понять, что идет во вред ребенку. Неправильный подход к поведению ребенка приведет к нарушению психики, самооценки, самоотношению и как следствие – к поведению. Таким детям и так сложно адаптироваться в обществе в силу своих особенностей. Им трудно принять правила этого мира, а если на них еще оказывать при этом сильное давление – их сознание придет в полную растерянность. Необходимо выстроить концепцию поведения с ребенком и стиль воспитания, подходящий под характер конкретного ребенка. Необходимо наблюдать за поведением ребенка, интересоваться, как он ведет себя в отсутствии родителей. Нет ли у него излишней агрессивности или других последствий неправильного стиля воспитания. Необходимо так же, относится к такому ребенку как ко взрослому, давая понять ему, что он находиться наравне с родителем, полноправный член семьи и вправе принимать участие в решении семейных вопросов. Таким образом, при правильном подходе к воспитанию ребенка с СДВГ, он вырастет полноценной личностью с завидным характером. Задатки лидера в нем будут присутствовать и будут развиты. Самооценка будет адекватной. И в отношениях с другими людьми он всегда сможет найти выход из сложной ситуации. Его активность будет привлекать внимание, а свойства характера позволят не рвать связи с людьми долгое время.

Проанализируем полученные результаты :

По результатам сводной таблицы изучения проявлений у детей СДВГ выявлено, что у 18 детей , проявление СДВГ, не наблюдается, что составляет 78% от общего числа группы.

Таким образом, по результатам исследования мы выявили, что один из основных проявлений СДВГ – дефицит внимания, выявлен у 5 человек, что составляет 22 % от общего числа испытуемых. Родителям этих детей рекомендуем обратиться к врачу-неврологу.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Астапов В.М. Психодиагностика и коррекция  детей с нарушениями и отклонениями развития. – СПб.: Питер Пресс, 2008. – 256 с.
2. Белоусова Е.Д., Никифорова М.Ю. Синдром дефицита внимания / гиперактивности. / Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2010. - № 3. - с.39-42.
3. Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребёнок, или все о гиперактивных детях. – М.: Изд-во Института Психотерапии. – 2011. – 96с.
4. Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Медпрактика, 2010. – 128 с.
5. Гилевич И.М., Забара Е.А. Дети с отклонениями в развитии. – М.: Аквариум,
6. Гонеев А.Д. Основы коррекционной педагогики: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. завед. – 3-е изд. – М.: Изд. центр «Академия», 2008. – 272 с.
7. Грибанов А.В., Волокитина Т.В., Гусева Е.А., Подоплекин Д.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Академический Проект, 2008. – 176 с.
8. Дробинский А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания // Дефектология. - 2009. - №1. - с. 31-36.
9. Дробинская А.О. Школьные трудности «нестандартных» детей. – изд. 2-ое – М.: «Школа - Пресс», 2001. – 144 с.10.
10. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Румянцева М.В. “Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики”. Дефектология. - 2008 г.
11. Заваденко Н.Н., “Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: диагностика и лечение”, РМЖ, Москва 2005 г.
12. Заломихина И.Ю., журнал “Логопед”, Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей , 28 мая 2007 г., Рубрика: 2007 г. №3, Исследование.
13. Исаев Д.Н. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. –  СПб.: Спец Лит, 2010. – 463 с.
14. Кошелева А.Д., Алексеева Л.С. Диагностика и коррекция гиперактивности ребёнка. - М.:НИИ семьи, 2007. - 64 с.
15. Кропотов Ю.Д., Пальчик А.Б., Чутко Л.С. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков. – СПб.: Изд. дом СПбМАПО, 2004. – 112 с.
16. Кучма В.Р., Брязгунов И.П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза). М.: Олег и Павел, 2008.
17. Ливинская А.М. “Расстройства развития речи у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью”, Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Санкт-Петербург, 2007г.
18. Лютова Е.К., Монина Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Псикоррекционная работа с гиперактивным, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. - М.: Генезис, 2002. - 192 с.
19. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Просвещение, 2008
20. Максимова А. Гиперактивность и дефицит внимания у детей. – Ростов н/Д.: Феникс, 2006. – 224 с.
21. Немов Р.С. психология: Учеб. Для студентов высш. пед. заведений; В 3 кн. Кн. 1. Общие основы психологии. – 3-е изд. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2007. – 254 с.
22. Основы специальной психологии: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Кузнецова Л.В., Переслени Л.И. – М.: Изд. центр «Академия», 2007. – 480 с.
23. Практикум по общей и экспериментальной психологии: Учеб.пособие / В.Д. Балин, В.К. Гайда, В.А. Ганзен и др.; Под общей ред. А.А. Крылова. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 2007. – 255 с.
24. Практикум по психодиагностике. Психодиагностические материалы / Под ред. А.А. Бодалева, И.М. Карпинской, С.Р. Пантилеева, В.В. Столина. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 2008. – 141 с.
25. Перрон Р. «Трудный» ребенок: что делать? – 6-ое изд. – СПб.: Питер, 2008. – 130 с.
26. Подласый И.П. Курс лекций по коррекционной педагогике. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2010. – 332 с.
27. Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90». М.: Знание, 2009.
28. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. – М.: ТЦ Сфера, 2003 –125 с.
29. Степанова Т.М., “Дети-непоседы. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)”, к.ф.н.
30. Чередникова Т.В.  Проверьте   развитие  ребенка. – СПб.:  Речь, 2010. –  312 с.
31. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте // Ж-л. неврологии и психиатрии им.Корсако-ва. 2008. Т. 98, № 9
32. Шейдер Е. (ред.), “Психиатрия” Пер. с англ., Москва, “Практика”, 2008г.
33. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. - Самара, 2007. - 58 с.
34. Barkley R.A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a handbook for diagnostic and treatment. New York: Guilfred Press. 2010.
35. Zametkin A.J., Rapoport J.L. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder: where have we come in 50 years? // J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry. 2010. Vol. 26.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Тест Тулуз—Пьерона, который позволяет быстро и первично обследовать детей 6 лет и старше. Он являет­ся одним из вариантов «корректурной» пробы, общий принцип которой был разработан Бурдоном в 1895 году.

Необходимые материалы: секундомер, бланк для каждого ребенка, (мел и доска в случае групповой диагностики).

Для детей 6-10 лет применяется упрощен­ный вариант методики — 10 строчек на тестовом бланке и два квадратика-образца. Строчки состоят из различных квадратиков. Обследуемому, необходимо находить и зачеркивать квадратики, анало­гичные образцам. Дети должны работать с двумя типами квадратиков-образцов (они изображены в левом верхнем углу бланка). Время работы с одной строкой — 1 минута.

Обработка результатов обследования происходит при помощи наложения на бланк ключа, изготовленного из прозрачного материала. На ключе маркером выделены места, внутри которых должны оказаться зачеркнутые квадратики. Вне маркеров все квадратики должны быть подчеркнуты.

Для каждой строчки подсчитывается:

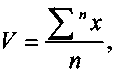
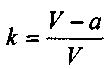
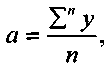
Общее количество обработанных квадратиков (вклю­чая и ошибки).

Количество ошибок.

За ошибку считается неверная обработка, исправле­ния и пропуски. Затем значения переносятся в бланк (см. приложение 1).

К основным расчетным показателям детей с СДВГ от­носятся коэффициент точности выполнения теста (показа­тель концентрации внимания) и показатель устойчивости внимания.

Обработка результатов:

k – показатель концентрации внимания;

V – скорость переработки информации;

а – среднее количество ошибок в строке;

у – количество ошибок в строке.

Если расчетное значение показателя точности выполне­ния теста попадает в зону патологии, то вероятность ММД исключительно велика. В этом случае ребенка необходимо направить к невропатологу.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Игровая методика «Съедобное – несъедобное» (Кравцова И.И.).Описание и приемы проведения игры. В игре может участвовать неограниченное количество детей. Дети садятся на скамейку, а ведущий встает напротив них и держит в руках мяч. Сразу формулируется задание: если ведущий произносит слово, которое называет съедобный предмет, то игроки должны поймать мяч, если не съедобное - игроки должны оттолкнуть мяч. Каждый ребенок, совершивший "неправильные" действия автоматически выбывает из игры. Лучше, если в роли ведущего будет ребенок постарше, так как загадываться должны разнообразные слова, чтобы было интересно играть и дети младше не сразу смогут сориентироваться.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Диагностические критерии СДВГ по классификации DSM-IV

A. НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬ Для постановки диагноза необходимо наличие шести или более из перечисленных симптомов невнимательности, которые сохраняются у ребенка на протяжении как минимум шести месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам:

1. Часто неспособен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.
2. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.
3. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.
4. Часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание).
5. Часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.
6. Обычно избегает вовлечения в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы).
7. Часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты).
8. Легко отвлекается на посторонние стимулы.
9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

B. ГИПЕРАКТИВНОСТЬ. Наличие шести или более из перечисленных симптомов гиперактивности и импульсивности, которые сохраняются на протяжении по меньшей мере шести месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам:

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.
2. Часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.
3. Часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.
4. Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.
5. Часто находится в постоянном движении и ведет себя так, «как будто к нему прикрепили мотор».

6. Часто бывает болтливым.

С. ИМПУЛЬСИВНОСТЬ.

1. Часто отвечает на вопросы не задумываясь, не выслушав их до конца.
2. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
3. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

II. (B.) Некоторые симптомы импульсивности, гиперактивности и невнимательности начинают вызывать беспокойство окружающих в возрасте ребенка до семи лет

III. (C.) Проблемы, обусловленные вышеперечисленными симптомами, возникают в двух и более видах окружающей обстановки (например, в школе и дома).

IV. (D.) Имеются убедительные сведения о клинически значимых нарушениях в социальных контактах или школьном обучении.