# Министерство образования и науки Российской Федерации

# Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

# «КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**(ФГБОУ ВО «КубГУ»)**

**Кафедра педагогики и методики начального образования**

|  |  |
| --- | --- |
| Рег. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Оценка по результатам  защиты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Секретарь комиссии  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. |  |

# КУРСОВАЯ РАБОТА

# теоретические основы ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С ГИПЕРАКТИВНЫМИ ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО

# ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Работу выполнила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Д.О. Гусакова

(подпись, дата)

Факультет педагогики, психологии и коммуникативистики, II курс ОФО

Направление подготовки 44.03.01 Педагогическое образование

Направленность (профиль) «Начальное образование»

Научный руководитель

ст. преп. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Г.Б. Мардиросова

(подпись, дата)

Нормоконтролер

ст. преп. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Г.Б. Мардиросова

(подпись, дата)

Краснодар 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 3

1 Проблема гиперактивности детей младшего школьного возраста в научных исследованиях 5

1.1 Психолого-педагогические основы гиперактивности 5

1.2 Классификация синдрома дефицита внимания с гиперактивностью 8

1.3 Трудности взаимодействия с гиперактивными детьми младшего школьного возраста 11

2 Эмпирическое исследование необходимости организации специального взаимодействия с гиперактивными учащимися начальных классов 15

2.1 Диагностические методики выявления гиперактивных учащихся на констатирующем этапе эксперимента 15

2.2 Анализ программ обучения гиперактивных учащихся начальных классов 23

Заключение 28

Список использованных источников 30

Приложение А 33

ВВЕДЕНИЕ

Одной из проблем современной системы школьного образования являются учащиеся с выраженной гиперактивностью, поскольку такие дети неосознанно нарушают процесс обучения, мешают учителю планомерно выполнять поставленные учебно-воспитательные задачи, не могут в полной мере воспринимать учебный материал, не имеют возможности долгое время концентрировать внимание на учебе и сложнее осваивают учебную программу. Безусловно, гиперактивность является проблемой не только для окружающих: учителей, родителей, сверстников, но и для самого ребенка.

На данный момент проблема гиперактивности у детей младшего школьного возраста является актуальной и социально значимой. Труды многих ученых подтверждают данное положение: портрет Непоседы Фила (Генрих Хоффман); синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) (З. Тржесоглава, В.М.Трошин, А.М. Радаев, Ю.С. Шевченко, Л.А. Ясюкова); психологические аномалии среди учащихся (Жан Филипп, Поль Бонкур); гиперактивный или сверходаренный, как помочь нестандартным детям (Симоне Харланд); гиперактивный ребенок – это навсегда? (Лев Кругляк, Лидия Горячева); гиперактивный ребенок: нейропедагогика саморегуляции (Андрей Цветков); гиперактивный ребенок: развиваем саморегуляцию (Андрей Цветков); агрессивный, гиперактивный, раздражительный ребенок, что делать (Рудигер Пентин); синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и характер самоконтроля (Рассел Баркли).

Анализ исследований по проблеме гиперактивности у младших школьников показывает, что практически половина детей школьного возраста страдает синдромом гиперактивности. Количество таких детей постоянно растет как в России, так и во всем мире, и если не оказывать своевременную помощь гиперактивным детям и не корректировать их поведение, то мы будем иметь асоциального человека, не способного нормально контактировать с другими людьми, не принятого окружением.

**Актуальность исследования** обусловлена потребностью учителей начальных классов в необходимости уточнения способов взаимодействия с гиперактивными детьми младшего школьного возраста.

**Проблема исследования** заключается в выявленном противоречии между необходимостью организации целенаправленного взаимодействия с гиперактивными учащимися начальных классов и недостаточным вниманием в практике школы к особенностям таких учащихся.

**Цель исследования:** выявить особенности гиперактивности учащихся начальных классов и на их основе структурировать способы взаимодействия с гиперактивными учащимися.

**Объект исследования:** процесс взаимодействия с гиперактивными школьниками.

**Предмет исследования:** способы взаимодействия с гиперактивными детьми младшего школьного возраста.

**Гипотеза исследования:** в основе взаимодействия с гиперактивными школьниками, вероятно, лежат определенные устойчивые особенности, свойственные всем детям с данным синдромом.

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать литературные источники по исследуемой проблеме.
2. Структурировать методологические приемы корректировки поведения гиперактивных учащихся.

**Методы исследования:** анализ литературы по проблеме исследования, естественный педагогический эксперимент, тестирование, математическая обработка данный.

**База исследования:** МАОУ СОШ №62 поселка Индустриальный города Краснодар, учащиеся 2 «Г» класса (28 чел.). Всего – 28 учащихся.

1 Проблема гиперактивности детей младшего школьного возраста в научных исследованиях

1.1 Психолого-педагогические основы гиперактивности

Если рассматривать значение слова «гиперактивность», то в переводе с греческого «гипер» означает превышение нормы, а в переводе с латинского «активный» значит деятельный или действенный. Гиперактивность является комплексным нарушением поведения и познавательных процессов, которое проявляется невнимательностью, импульсивностью, отвлекаемостью и повышенной двигательной активностью[21].

Кроме понятия «гиперактивность» также используют термины «синдром дефицита внимания (СДВ)» или «синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)», которые порой употребляются как синонимы. По мнению американских ученых, синдром дефицита внимания с гиперактивностью или СДВГ – это состояние вызывающее постоянную импульсивность, гиперактивность и невнимательность, которое начинается в детстве и может продолжаться в течение всей жизни, кроме того требует постоянного психологического и врачебного наблюдения, а также медикаментозного лечения. Впервые термин «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» был введен и использован в начале 80-х гг.Под СДВГ понимался агрессивный ребенок с нарушениями поведения и эмоциональными нарушениями, с «дефектами морального контроля». Данный термин был выведен из более обширного понятия «минимальной мозговой дисфункции». Это было связано с тем, что термин ММД не в полной мере отражал клинические проявления, имеющиеся при данном состоянии[18]. Первым ярким примером ребенка с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью был Степка-растрепка, который отличался отвлекаемостью внимания и являлся персонажем одноименной сказки Г. Гофмана-Донера[24].

Если рассматривать вопрос причины данного заболевания у детей, то в происхождении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью играют определенные факторы. Во-первых, это генетические факторы, такие как наличие генов дофамина D4 (DRD4) и «гена переносчика дофамина» (DAT1). Во-вторых, неблагоприятные факторы в течение беременности и родов, такие как пожилой возраст первородящих матерей, недоедание беременной, недоношенность, гипоксия плода, токсикозы, угрозы прерывания беременности, употребление алкоголя и наркотиков, курение, тревожность беременной, которая носит базальный характер. В-третьих, социально-экономические факторы, такие как повышенная плотность населения, малообеспеченность, поведенческие проблемы окружения, которые носят криминальный характер, стесненные условия проживания. И, в-четвертых, психологические факторы, такие как неподготовленность родителей к семейной жизни, напряженность и частые конфликты в семье, нетерпимость в отношении к ребенку, использование физических методов наказания[18].

В последние годы изучение проблемы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) достигло больших успехов, количество работ, исследований и публикаций, посвященных СДВГ, возросло. Специалистами предложено множество методик и научных разработок, для помощи как учащимся с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), так и педагогам с родителями. Однако, в современном образовании, несмотря на проработанность темы гиперактивности учащихся и большое количество теоретической информации по данной проблеме, по-прежнему не существует на государственном уровне системы, которая оказала бы должное внимание на данную проблему и внедрила бы методики по работе и взаимодействию с гиперактивными детьми в практику.

Некоторые специалисты (И.П. Брязгунов, 2001., М.Б. Штарк, З. Тржесоглавы) утверждают, что для гиперактивных детей необходимы особые условия обучения, такие как специальная программа, сохраняющая общий объем материала, но адаптированная под детей с данной проблемой, специализированные классы с наполняемостью по 10–15 человек, сокращенная продолжительность урока – по 35 минут, отсутствие отвлекающих факторов при оборудовании кабинета и расположение учеников отдельно друг от друга на значительном расстоянии. Все это необходимо для коррекции поведения и состояния учащихся с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Однако большинство авторов(Е.В. Мурашова, 2004 г., Н.Н. Заваденко, 2001 г., И.С. Бердышев, В.В. Яковенко, 2006)придерживаются другой точки зрения. Они считают, что данные специализированные классы только ухудшают ситуацию и создают новые препятствия для социализации гиперактивных детей. Так как изоляция гиперактивных детей в отдельных классах делает их «особенными» и «не такими как все», тем самым лишая их возможности общения со сверстниками, понижает самооценку, дает меньше шансов добиться успехов в учебных достижениях. Поэтому детям с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью необходимо обучаться в обычных условиях, но при этом работать индивидуально с психологом и врачом.

Но также, несмотря на осведомленность по данной проблеме, большое количество информации и методик от специалистов и различных авторов, а также постоянного непосредственного контакта с данными детьми, имеются определенные спорные моменты, как и в любой другой области. Ряд ведущих специалистов в области общественных организаций и медицины, среди которых Гражданская позиция по правам человека, полностью отрицает и игнорирует существование данного заболевания. Они объясняют это особенностью характера и темперамента каждого ребенка, их любознательностью, непоседливостью и подвижностью, а также как реакцию на одиночество или жестокое обращение.

В любом случае, проблема гиперактивности детей, так или иначе, существует, и она однозначно влияет на процесс обучения. Среди детей обнаруживается 18% с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и с каждым годом количество детей с данным заболеванием растет. Но при этом нужно учитывать то, что некоторые родители не признают СДВГ у своих детей и не обращаются за помощью специалистов. Следовательно, процент гиперактивных детей значительно выше официальных данных. От 18% детей до 30% в подростковом возрасте излечиваются, 40% приспосабливаются и учатся жить с данным заболеванием, у других 30% состояние ухудшается и они попадают в группу высокого социального риска в плане формирования различных вариантов отклоняющегося поведения.

Как видим, проблема обучения гиперактивных школьников не является проблемой учителя или отдельно взятой школы. Всей системе образования важно предусмотреть меры по дополнительной работе с такими детьми в виде коррекции их поведения и состояния. В школах либо должны быть созданы специализированные классы для детей с гиперактивностью, либо должна существовать образовательная программа для детей с СДВГ, либо в каждой школе обязательно должны работать психологи в полной мере осведомленные по данной проблеме.

1.2 Классификация синдрома дефицита внимания младших школьников с гиперактивностью

В 1980 г. американской ассоциацией психиатров была разработана рабочая классификация – DSM-IV (диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, IV издание), согласно которой выделяют СДВГ с преобладанием невнимательности и комбинированный тип заболевания. При этом последний тип является наиболее распространенным [18].

Классификацией диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам было проведено исследование. Из наблюдаемой группы, включающей 644 пациента, были выделены пациенты с тремя типами синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, что обобщенно и представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Типы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тип СДВГ | Вид нарушений | Особенности поведения |
| I тип | невнимательность, когнитивные нарушения в сфере памяти, концентрации | постоянно отвлекается на любые раздражители, выглядит крайне рассеянным, имеет затруднения с самостоятельной организацией деятельности |
| II тип | гиперактивность, импульсивность, чрезмерная возбудимость и двигательная активность | повышенная агрессия в младшем возрасте, антисоциальное поведение в подростковом возрасте, излишняя говорливость, несдержанность речи, суетливость движений |
| III тип | гиперактивность, импульсивность, дефицит внимания | рассеянность и заторможенность, чередующиеся с бурной активностью, постоянное перебивание речи других людей, нетерпеливость, преждевременная реакция на вопросы и переменчивость настроения |

Первый тип – СДВГ с преобладанием невнимательности (СДВГ-Н), составляющий 16,6% из общего числа наблюдаемых (107 человек). Этот тип особенно характерен для девочек и все основные когнитивные нарушения при данном варианте происходят в сфере памяти и концентрации. Ребенок в этом случае постоянно отвлекается на любые раздражители, выглядит крайне рассеянным, как будто все время «витает в облаках», имеет затруднения с самостоятельной организацией деятельности. Второй тип – СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности (СДВГ-ГИ), составляющий 21,9%, а именно 141 человек. Данный тип характерен для детей с чрезмерной возбудимостью и двигательной активностью, повышенной агрессией в младшем возрасте, антисоциальным поведением в подростковом, излишней говорливостью, несдержанностью речи и суетливостью движений. Третий тип – комбинированный тип (СДВГ-К), являющийся самым распространенным и составляющий 61,5% (396 человек). При данном типе периоды рассеянности и заторможенности чередуются с бурной активностью. При этом периоды гиперактивности приходятся на социальную деятельность – школа, секции и кружки, а периоды дефицита внимания – на домашнее время. Этот диагноз ставится при обязательном сочетании трех компонентов – гиперактивности, импульсивности и дефицита внимания. Кроме этого детям присущи постоянное перебивание речи других людей, нетерпеливость, преждевременная реакция на вопросы и переменчивость настроения.

Кроме типов синдрома дефицита внимания с гиперактивностью выделяют две функциональные формы данного заболевания. Простая форма СДВГ характеризуется симптомами асинхронии развития, а именно невнимательность, гиперактивность, дислексия, дисграфия, первичная форма энуреза. Осложненная форма отличается тем, что к симптомам асинхронии развития присоединяются вторичные симптомы: тики, головные боли, вторичная форма энуреза, энкопрез, заикание, расстройство социального поведения, фобические расстройства и парасомнии[5]. Также следует заметить, что дети с осложненной формой синдрома дефицита внимания с гиперактивностью отличаются более высоким уровнем гиперактивности импульсивности. Кроме того, если у ребенка проявляются симптомы присущие как простой, так и осложненной формам заболевания, то состояние ребенка трактуется как осложненное. Также в 7-летнем возрасте количество пациентов с осложненной формой увеличивается. Это обусловлено тем, что поступление ребенка в школу является одним из факторов, влияющих на переход из одной функциональной формы в другую[18].

Затрагивая тему классификации синдрома дефицита внимания с гиперактивностью нельзя не обратить внимания на такой параметр, как степень тяжести СДВГ. Хотя до сих пор не выделены степени тяжести ни в одной диагностической системе, каждый врач, занимающийся не только врачебной практикой, но и научными исследованиями, выделяет в пределах каждого подтипа степень тяжести и выраженности симптомов. По классификации Л.С. Чутко степень тяжести проявления симптомов гиперактивности делится на умеренную и выраженную. Отдельные же специалисты выделяют легкую, умеренную и выраженную степени тяжести СДВГ.

Итак, мы выяснили, что синдром дефицита внимания с гиперактивностью имеет три классификации. По типам СДВГ: с преобладанием невнимательности, с преобладанием гиперактивности и импульсивности, комбинированный тип. По формам СДВГ: простая и осложненная формы. По степени тяжести: умеренная и выраженная.

1.3 Трудности взаимодействия с гиперактивными детьми младшего школьного возраста

Как родителям, так и педагогам нужно постоянно помнить об особенностях детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Данному заболеванию (СДВГ) присущи определенные клинические проявления, которые влияют на возникновение трудностей взаимодействия между гиперактивным ребенком и окружающими. Данные проявления определяются тремя основными симптомокомплексами: невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью.

Под невнимательностью понимают повышенную отвлекаемость и снижение концентрации внимания. Данный признак оказывает влияние, как на процесс обучения, так и на процесс взаимодействия с гиперактивным ребенком. Ребенок не способен в течение длительного времени поддерживать сосредоточенность на изучении материала, выполнении заданий и получении информации, не способен внимательно слушать учителя или любого другого собеседника и концентрировать внимание на чем-либо. Эти признаки негативно влияют на процесс обучения и изучения материала, на правильность и точность восприятия полученной информации, следствием чего является более низкая успеваемость, нежели у детей без СДВГ. Также данные признаки влияют на процесс коммуникации между окружающими и гиперактивными детьми: детям с СДВГ сложно общаться со сверстниками и взрослыми, они не слушают и перебивают собеседника, постоянно отвлекаются от диалога. В итоге, как замкнутые, так и абсолютно открытые общению гиперактивные дети могут не иметь друзей среди сверстников и чувствовать давление со стороны взрослых.

Под гиперактивностью у детей с СДВГ обычно понимают повышенную двигательную (моторную) активность [18]. Гиперактивность особенно сильно влияет на процесс обучения: дети с СДВГ не могут сидеть во время урока или выполнения задания неподвижно, они постоянно суетятся, снуют, что-то говорят и роняют, соскакивают с места и могут без разрешения начать ходить по кабинету. Впоследствии, дети с преобладающим симптомом гиперактивности половину материала, предоставляемого учителем, воспринимают, а другую половину нет, из-за этого возникают проблемы с успеваемостью. Влияние гиперактивности как симптома на возникновение проблем в общении с одноклассниками выделяют реже. Однако проблемы с обучением и успеваемостью влияют на взаимодействие гиперактивного ребенка с учителем.

И третий симптом – это импульсивность. Под импульсивностью понимают невозможность контроля над своими импульсами [18]. Импульсивные дети отличаются поспешным мышлением, имеют трудности при подавлении реакций, не могут дождаться своей очереди или окончания заданного вопроса, не отвечают на вопросы полностью, выкрикивают ответы на уроке, постоянно прерывают и перебивают других людей. Из-за импульсивности дети склонны к риску из-за чего постоянно попадают в опасные ситуации, повышается вероятность получения травм. Кроме того, импульсивность часто сочетается с оппозиционным и агрессивным поведением [18].

Существуют определенные особенности и правила взаимодействия с гиперактивными детьми, которые должны знать учителя и родители. Процесс обучения, любая интеллектуальная и физическая работа, выполнение домашнего задания с гиперактивным ребенком целесообразней в дневное время, а не вечером. Необходимо уменьшить рабочую нагрузку ребенка, но не облегчать ее, нужно делить работу на более короткие, но более частые периоды. Также желательно использовать физкультминутки. В работе с такими учащимися учитель должен использовать тактильный контакт (прикосновения, поглаживания) и гибкую систему поощрений и наказаний, поощрять ребенка сразу же, не откладывая на будущее, способствовать повышению самооценки ребенка, чаще хвалить его, но так чтобы он знал за что, чаще обращаться к ребенку по имени, договариваться с ребенком о тех или иных действиях заранее, но при этом давать короткие, четкие и конкретные инструкции, а также снизить требования к аккуратности в начале работы, чтобы сформировать чувство успеха. Родители же должны поддерживать ребенка во всех его начинаниях, доверять ребенку, быть с ним честным и принимать его таким, какой он есть, не сравнивая с другими, предоставлять ребенку возможность выбора [16]. Ни в коем случае родители и педагоги не должны унижать, наказывать или кричать на ребенка с СДВГ, дети с данным заболеванием особенно остро реагирую на негатив в их адрес, от этого страдает их психика. «Если вы кричите на ребенка, стоит ждать беды» — именно так говорят психологи и педагоги.

Кроме того, имеются данные, что если оставить данное заболевание без внимания, вести себя с гиперактивным ребенком, как с абсолютно здоровым, то СДВГ будет препятствовать учебе, работе, эмоциональному и социальному развитию не только в детском возрасте, но и по мере взросления. Взрослые пациенты с СДВГ характеризуются повышенным числом несчастных случаев, депрессивных, поведенческих, аддиктивных, тревожных и соматоформных расстройств (вегето-сосудистая дистония), неудач в браках, постоянных перемен мест работы, зависимостей к чему-либо (в большинстве своем, отрицательному), совершению преступлений. Вероятность криминального поведения в зрелости возрастает в тех случаях, когда СДВГ сочетается с расстройствами поведения. Прямая связь между СДВГ и совершением преступлений отсутствует. Кроме того, взрослые с СДВГ характеризуются менее выдающимися академическими достижениями и более низким уровнем образования, реже получают высшее образование, занимают более низкие профессиональные должности, они чаще являются виновниками автомобильных катастроф. Однако уровень безработицы среди взрослых с СДВГ значимо не отличается от уровня безработицы в контрольной группе [25].

Итак, любой учитель или родитель, имеющий дело с гиперактивным ребенком должен знать о правилах, моментах и особенностях взаимодействия с детьми с СДВГ, так как это необходимо для коррекции состояния ребенка и его заболевания.

2 Эмпирическое исследование необходимости организации специального взаимодействия с гиперактивными учащимися начальных классов

2.1 Диагностические методики выявления гиперактивных учащихся на констатирующем этапе эксперимента

В рамках исследования было организовано диагностическое обследование учащихся на базе МАОУ СОШ № 62 поселка Индустриальный города Краснодар, учащиеся 2 «Г» класса (28 чел.). Всего – 28 учащихся.

Цель: выявление проявлений гиперактивности у младших школьников.

Для достижения поставленной цели были использованы следующие методики Н.И. Гуткиной:

1. Методика «Вежливость»;
2. Методика «Обведение контура».

Данные методики доступны для детей младшего школьного возраста и используются для диагностики уровня произвольности и концентрации внимания и моторно-двигательного развития детей, что позволяет судить о степени их склонности к гиперактивному поведению.

Ход эксперимента: методика «Вежливость» представляет собой игру, в которой учащиеся должны следовать командам только в том случае, если говорится слово «пожалуйста». Содержание команд связано с физкультурными упражнениями:

1. «руки вперед»;
2. «руки на пояс, пожалуйста»;
3. «присядьте»;
4. «руки в сторону»;
5. «руки к плечам, пожалуйста»;
6. «прыгайте»;
7. «прыгайте, пожалуйста»;
8. «перестаньте прыгать, пожалуйста».

До начала игры необходимо проверить, понимают ли учащиеся, как следует выполнять использующиеся в игре упражнения. Непонятные для младших школьников упражнения лучше всего заменить на знакомые. Успешность выполнения задания зависит от произвольного внимания, памяти, реализации сформированного намерения, то есть всего того, что определяет понятие «подчинение правилу».

Обработка полученных данных: проводится путем подсчета баллов, начисляющихся за ошибки, под которыми понимаются выполнение команды без слова «пожалуйста» и невыполнение команды при слове «пожалуйста». Каждая из них оценивается в 1 балл. За правильно выполненное задание выставляется «0». Баллы суммируются, максимальное количество баллов – 8, минимальное – 0. Чем хуже учащийся справился с игрой, тем выше суммарный балл.

Результаты выявления степени произвольности внимания, позволяющие судить о степени склонности учащихся к гиперактивности представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты исследования по выявлению степени склонности младших учащихся во 2 «Г» классе

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Степень склонности к гиперактивности (число учащихся) | | | | | | | | | |
| Класс | Баллы | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 2 «Г» | 50% | 21,4% | 14,3% | 10,7% | 3,6% | 0 | 0 | 0 | 0 |

Анализ полученных данных показывает, что во 2 «Г» классе:

– 0 баллов получили 50% (14 учащихся);

– 1 балл получили 21,4 (6 учащихся);

– 2 балла получили 14,3% (4 учащихся);

– 3 балла получили 10,7% (3 учащихся);

– 4 балла получил 3,6% (1 учащийся);

– 5, 6, 7, 8 баллов получили 0% учащихся.

Для объективности полученных результатов была использована методика Гуткиной Н.И. «Обведение контура», представленная в приложении А.

Цель: диагностика уровня концентрации внимания и моторно-двигательного развития младших школьников, позволяющего судить о степени склонности учащихся к гиперактивному поведению.

Ход эксперимента: младшим школьникам показывается рисунок и объясняется, что задание к этой методике заключается в том, чтобы с помощью карандаша или ручки как можно быстрее и как можно точнее воспроизвести на правой половине этого же рисунка тот контур, который представлен в его левой части. Все линии необходимо стараться делать прямыми и точно соединить углы фигур. Желательно также, чтобы контуры фигур были воспроизведены в тех же самых местах, где они изображены на рисунках – образцах в левой части.

Критерии оценки: Оцениваться в итоге выполнения задания будут аккуратность, точность и скорость работы. Оценки даются в баллах в зависимости от скорости и качества (точности) выполнения задания.

Оценка результатов теста:

10 баллов – ребенок затратил на выполнение всего задания меньше, чем 90 сек, причем все линии на рисунке прямые и точно соединяют углы фигур. Все линии следуют точно по заданным контурам

8–9 баллов – на выполнение задания ушло от 90 до 105 сек. При этом имеет место хотя бы один из следующих недостатков: одна или две линии не являются вполне прямыми; в двух или в трех случаях начертанные линии не вполне правильно соединяют углы фигур; от двух до четырех линий выходят за пределы контура; от четырех до пяти углов соединены неточно.

6–7 баллов – на выполнение всего задания в целом ушло от 105 до 120 сек. При этом дополнительно обнаружен хотя бы один из следующих недочетов: три или четыре линии непрямые; от четырех до шести углов соединены не вполне точно; от пяти до шести линий выходят за пределы контура; от шести до семи углов соединены не вполне точно.

4–5 баллов – на выполнение задания затрачено от 120 до 135 сек. Имеется хотя бы один из следующих недочетов: пять или шесть линий не являются вполне прямыми; от семи до десяти углов соединены не вполне правильно; есть семь или восемь линий, которые не являются вполне прямыми; имеется от восьми до десяти углов, которые соединены не вполне точно.

2–3 балла – на выполнение задания ушло от 135 до 150 сек. Отмечен хотя бы один из следующих недостатков: от семи до десяти линий непрямые; от одиннадцати до двадцати углов соединены не вполне правильно; от девяти до восемнадцати линий выходят за пределы контура; от одиннадцати до семнадцати углов соединены не вполне правильно.

0–1 балл – на выполнение задания ушло более 150 сек. Почти все линии, за исключением одной или двух, не являются прямыми; почти все углы, за исключением одного или двух, соединены неправильно.

Таким образом, выявлены следующие критерии развития наглядно-действенного мышления, позволяющего судить о степени склонности учащихся к гиперактивному поведению:

– очень высокий уровень (10 баллов);

– высокий уровень (8–9 баллов);

– средний уровень (4–7 баллов);

– низкий уровень (2–3 балла);

– очень низкий уровень (0–1 балл).

Результаты развития наглядно-действенного мышления, степени склонности младших школьников к гиперактивному поведению представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Результаты исследования по выявлению развития наглядно-действенного мышления и степени склонности учащихся к гиперактивному поведению во 2 «Г» классе

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Класс | Уровень развития наглядно-действенного мышления, степени склонности к гиперактивности (число учащихся) | | | | |
| очень высокий уровень | высокий уровень | средний уровень | низкий уровень | очень низкий уровень |
| 2 «Г» | 14,3% | 32,1% | 35,7% | 10,7% | 7,2% |

Анализ полученных данных показывает, что во 2 «Г» классе:

* очень высокий уровень развития наглядно-действенного мышления, позволяющего судить о степени склонности учащихся к гиперактивному поведению, имеют 14,3% учащихся;
* высокий уровень развития наглядно-действенного мышления, позволяющего судить о степени склонности учащихся к гиперактивному поведению имеют 32,2% учащихся;
* средний уровень развития наглядно-действенного мышления, позволяющего судить о степени склонности учащихся к гиперактивному поведению имеют 35,7% учащихся;
* низкий уровень развития наглядно-действенного мышления, позволяющего судить о степени склонности учащихся к гиперактивному поведению имеют 10,7% учащихся;
* очень низкий уровень развития наглядно-действенного мышления, позволяющего судить о степени склонности учащихся к гиперактивному поведению имеют 7,2% учащихся.

Таким образом, проведенные методики Н.И. Гуткиной «Вежливость» и «Обведение контура» позволяют сделать вывод о том, что во 2 «Г» классе присутствуют учащиеся с наличием признаков гиперактивности.

Следует отметить, что в связи с тем, что клинические проявления синдрома очень разнообразны, диагностика синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) проводится в критериях DSM-IV, разработанных американской психиатрической ассоциацией и опубликованные в четвёртом издании «Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям» в 1994 году. Для постановки диагноза достаточно соответствия диагностическим критериям DSM-IV (1994), которые представлены в таблице 4. Кроме этого, могут учитываться данные опросников для родителей, результаты психологических и нейрофизиологических исследований, но они носят лишь дополнительный характер.

Таблица 4 – Диагностические критерии DSM-IV (1994)

|  |  |
| --- | --- |
| Параметры гиперактивности | Показатели гиперактивности |
| 1 | 2 |
| Особенности поведения | 1. Появляются до 7 лет. 2. Обнаруживаются, по меньшей мере, в двух сферах деятельности (в школе, дома, в труде, в играх). 3. Не обусловлены психотическими, тревожными, аффективными, диссоциативными расстройствами или психопатиями 4. Вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию |
| Невнимательность | 1. Неспособность выполнить задание без ошибок, вызванных невозможностью сосредоточиться на деталях. 2. Неспособность вслушиваться в обращенную к ним речь. 3. Неспособность доводить выполняемую работу до конца. 4. Неспособность организовать свою деятельность. 5. Избегание нелюбимой работы, требующей усидчивости. 6. Потеря предметов, необходимых для выполнения заданий. 7. Забывчивость в повседневной деятельности.   Отвлекаемость на посторонние стимулы |
| Гиперактивность | 1. Ребенок суетлив, не может сидеть спокойно. 2. Ребенок вскакивает с места без разрешения. 3. Ребенок бесцельно бегает, ерзает, карабкается в неадекватных для этого ситуациях. 4. Ребенок не может играть в тихие игры, отдыхать. |
| Импульсивность | 1. Ребенок выкрикивает ответ, не дослушав вопрос. 2. Ребенок не может дождаться своей очереди |

При диагностике синдрома дефицита внимания с гиперактивностью также следует учитывать то, что минимум 6 перечисленных признаков невнимательности и 4 признака гиперактивности и импульсивности должны сохраняться не менее 6 месяцев [18].

Американские психологи П. Бейкер и М. Алворд, условно разделили признаки гиперактивности на три основных блока, в которых сгруппированы критерии гиперактивного поведения, что представлено в таблице 5.

Таблица 5 – Критерии и признаки гиперактивного поведения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Блоки гиперактивности | Критерии гиперактивности | Проявления гиперактивности |
| Блок 1 | Дефицит активного внимания | Ребенок:   1. непоследователен, ему трудно долго удерживать внимание; 2. не слушает, когда к нему обращаются; 3. с большим энтузиазмом берется за задание, но так и не заканчивает его; 4. испытывает трудности в организации; 5. часто теряет вещи; 6. избегает скучных и требующих умственных усилий заданий; 7. часто бывает забывчив |
| Блок 2 | Двигательная расторможенность | Ребенок:   1. постоянно ерзает; 2. проявляет признаки беспокойств (барабанит пальцами, двигается в кресле, бегает, забирается куда-либо); 3. спит намного меньше, чем другие дети, даже в младенчестве;   очень говорлив |
| Блок 3 | Импульсивность | Ребенок:   1. начинает отвечать, не дослушав вопрос; 2. не способен дождаться своей очереди, часто вмешивается, прерывает; 3. плохо сосредоточивает внимание; 4. не может дождаться вознаграждения (если между действиями и вознаграждением есть пауза); 5. при выполнении заданий ведет себя по-разному и показывает очень разные результаты (на некоторых занятиях ребенок спокоен, на других – нет, но одних уроках он успешен, на других – нет) |

П. Бейкер и М. Алворд говорят о том, что если в возрасте до 7 лет проявляются хотя бы шесть из перечисленных признаков, можно предположить, что ребенок гиперактивен [23].

Кроме того, существует список диагностических симптомов гиперактивности разработанный Всемирным обществом здравоохранения:

1. Беспокойные движения в кистях и стопах. Сидя на стуле, корчится, извивается.
2. Не может спокойно сидеть на месте, когда этого от него требуют.
3. Легко отвлекается на посторонние стимулы.
4. С трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе (на занятиях, во время экскурсий и праздников).
5. На вопросы часто отвечает, не задумываясь, не выслушав их до конца.
6. При выполнении предложенных заданий испытывает сложности (не связанные с негативным поведением или недостаточностью понимания).
7. С трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.
8. Часто переходит от одного незавершенного действия к другому.
9. Не может играть тихо, спокойно.
10. Болтливый.
11. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в игры других детей).
12. Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.
13. Часто теряет вещи, необходимые в детском саду, школе, дома, на улице.
14. Иногда совершает опасные действия, не задумываясь о последствиях, но приключений или острых ощущений специально не ищет (например, выбегает на улицу, не оглядываясь по сторонам).

Диагноз считается правомерным, если присутствуют, по меньшей мере, восемь из всех симптомов.

Поскольку синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – медицинский диагноз, ни педагог, ни психолог не вправе делать заключение о его наличии или отсутствии. Однако, следуя основному принципу работы с гиперактивными детьми, психологи, как правило, могут провести предварительную диагностику, которая дает право предположить, что ребенок принадлежит к данной категории [12]. Но если ребенок действительно признается гиперактивным, для того, чтобы разработать коррекционные меры, психологу необходимо выяснить возможные причины гиперактивного поведения ребенка.

2.2 Анализ программ обучения гиперактивных учащихся начальных классов

Принимая во внимание неуклонный рост числа детей и подростков с синдромом дефицита внимания во всем мире и мнение специалистов о том, что учащиеся с данным диагнозом часто страдают от школьной дезадаптации, в настоящее время остро встает вопрос о специфике обучения таких детей, о подготовке психологов и педагогов для работы с ними [12].

Уникальные характеристики учащихся с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) могут затруднить для них процесс обучения, но в то же время учет таких особенностей может стать основой для эффективного обучения [11].Несмотря на достаточный для обучения уровень развития и готовности к школе, дети с СДВГ зачастую оказываются, по выражению Майкла Гриндера (1995), выброшенными со «школьного конвейера» [12].

Специфика обучения учащихся с гиперактивностью должна заключаться в реализации таких принципов, как комплексность, системность, поэтапность, и в необходимости осуществления индивидуализации [12]. Основная стратегия обучения школьников с СДВГ заключается в том, что взрослый (психолог, учитель или родитель), предлагая учащимся общее задание, должен давать установку каждому ученику попытаться определить, какую пользу будет приносить ему применение того или иного конкретного приема выполнения задания, то есть давать установку на поиск каждым учеником той существенной для него информации, которая важна именно ему.

В целом процесс коррекционно-развивающего обучения детей младшего школьного возраста с СДВГ можно разбить на несколько основных направлений (блоков) классно-урочной системы занятий. Во-первых, формирование у учащихся мотивационной обусловленности обучения, развитие мотивации: познавательной, достижения, саморегуляции. Необходимо применять задания на осознание учащихся успеха в собственной деятельности, что будет являться фактором формирования интереса. Во-вторых, развитие познавательной сферы учеников, которая непосредственно значима для освоения учебной программы. Нужно давать задания на развитие концентрации, переключаемости внимания, слухоречевой памяти, взаимодействия разных каналов восприятия информации. В-третьих, ориентация учителя на постепенный переход учеников к самоконтролю: учебной деятельности на основе самостоятельного анализа продуктов деятельности – в соответствии с индивидуальным стилем грамотного письма. Следует предоставлять упражнения на развитие элементов исследовательской рефлексии по отношению к оценке эффективности собственных стратегий, на анализ учебной деятельности. Данные блоки (основные направления) обобщены и представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Основные блоки (направления) деятельности учителя

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Блоки классно-урочной системы занятий | Направление деятельности учителя | Система заданий |
| Блок 1 | Формирование у учащихся мотивационной обусловленности обучения | Задания на осознание учащихся успеха в собственной деятельности |
| Блок 2 | Развитие познавательной сферы учеников | Задания на развитие концентрации, переключаемости внимания, слухоречевой памяти, взаимодействия разных каналов восприятия информации |
| Блок 3 | Ориентация учителя на постепенный переход учеников к | Задания на развитие элементов исследовательской рефлексии по отношению к |

Продолжение таблицы 6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 |
|  | самоконтролю | оценке эффективности собственных стратегий, на анализ учебной деятельности |

Несмотря на то, что работа по обучению школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) имеет несколько направлений, однако деление на блоки носит условный характер, поскольку в конкретных видах заданий все они являются взаимосвязанными [18].

На данный момент, вопрос об организации специальных классов неоднозначно обсуждается в литературе. Ряд  авторов  отмечает целесообразность создания таких классов, ссылаясь на зарубежный и отечественный опыт [7], но на государственном уровне педагогических программ обучения гиперактивных детей не существует. Однако в настоящее время в Санкт-Петербурге некоторые учебные заведения (Институт практической психологии «Иматон», Академия управления и экономики, Академия постдипломного педагогического образования, Академия русского балета) включили в план подготовки педагогов и психологов курсы лекций, семинаров и тренингов, посвященных специфике взаимодействия с детьми с СДВГ. В рамках учебного плана студенты (будущие педагоги и психологи), учителя, воспитатели знакомятся с принципами воспитания и обучения гиперактивных детей и подростков, отрабатывают навыки взаимодействия с ними.

Анализируя особенности детей с синдромом дефицита внимания, а также методики, исследования и публикации, посвященные проблеме СДВГ, можно выделить некоторые рекомендации педагогов и психологов по обучению и работе с младшими школьниками с данным заболеванием. Во-первых, работа с такими детьми должна строиться на индивидуальной основе, а особое внимание следует уделять их отвлекаемости, слабой саморегуляции и самоорганизации, также целесообразно по возможности игнорировать вызывающие поступки и поощрять хорошее поведение ребенка. Во-вторых, во время уроков важно ограничить до минимума отвлекающие факторы. Этому, в частности, может способствовать оптимальный выбор места для гиперактивного ученика в классе за партой – в центре помещения напротив стола педагога, классной доски. В-третьих, гиперактивному ребенку должна быть предоставлена возможность в случаях затруднений быстро обратиться за помощью к педагогу. Его занятия необходимо строить по четко распланированному и структурированному распорядку. В-четвертых, задания, предлагаемые на занятиях, следует писать на доске, ни в коем случае не сопровождая ироничным объяснением, что делается это специально для «нашего особого мальчика» (девочки). В-пятых, чтобы удерживать внимание гиперактивных детей, учитель может договориться с невнимательными учениками о специальных, известных только им «секретных знаках», которые он использует всякий раз, когда ребенок отвлекается и выключается из работы. И кроме всего вышеперечисленного, педагогу необходимо добиваться повышения у ребенка самооценки, уверенности в собственных силах за счет усвоения им новых навыков, достижений успехов в учебе и повседневной жизни. Педагог должен определить сильные стороны личности ребенка и хорошо развитые у него высшие психические функции и навыки, с тем, чтобы опираться на них в преодолении имеющихся трудностей. Структуризация взаимодействия с гиперактивными учащимися на основе особенностей данного заболевания представлена в таблице 7.

Таблица 7 – Структуризация взаимодействия с гиперактивными учащимися на основе особенностей данного заболевания

|  |  |
| --- | --- |
| Особенности поведения гиперактивных учащихся | Особенности взаимодействия с гиперактивными учащимися |
| Невнимательность, отвлекаемость | Работа должна строиться на индивидуальной основе, ограничить до минимума отвлекающие факторы, по возможности игнорировать вызывающие поступки и поощрять хорошее поведение ребенка |
| Когнитивные нарушения в сфере памяти | Задания, предлагаемые на занятиях, следует |

Продолжение таблицы 7

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | 2 |
|  | писать на доске |
| Нарушения в сфере концентрации | Расположение ребенка на уроках – в центре помещения напротив стола педагога, классной доски |
| Дефицит внимания | Ребенку должна быть предоставлена возможность в случаях затруднений быстро обратиться за помощью к педагогу; педагогу необходимо добиваться повышения у ребенка самооценки, уверенности в собственных силах за счет усвоения им новых навыков, достижений успехов в учебе и повседневной жизни |
| Гиперактивность, импульсивность, чрезмерная возбудимость и двигательная активность | Учитель может договориться с гиперактивными учениками о специальных, известных только им «секретных знаках», которые он использует всякий раз, когда ребенок выключается из работы |

Итак, мы выяснили, что обучение детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) необходимо проводить с учетом всех возрастных и индивидуальных особенностей, повышая их уровень заинтересованности, самооценки и мотивации.

Заключение

Целью настоящего исследования стало выявление особенностей гиперактивности учащихся начальных классов и структурирование на их основе способов взаимодействия с учащимися с данным диагнозом. Анализ теоретических источников позволил выделить, что:

1. Синдромом дефицита внимания с гиперактивностью у учащихся проявляется в трех основных симптомокомплексах: невнимательность, гиперактивность и импульсивность.
2. Особенности гиперактивности учащихся должны проявляться непрерывно не менее полугода для постановки диагноза СДВГ.
3. Особенности СДВГ приводят к возникновению школьных проблем и снижению успеваемости.
4. При обучении гиперактивных детей учитываются возрастные и индивидуальные особенности.
5. Обучение и взаимодействие с гиперактивными детьми основывается на повышении их мотивации, самооценки и заинтересованности.

На основе изученных теоретических основ было определено, что специфика обучения младших школьников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) заключается в реализации таких принципов, как системность, комплексность и поэтапность, и в необходимости осуществления индивидуализации.

В процессе исследования гипотеза о том что, в основе взаимодействия с гиперактивными школьниками, вероятно, лежат определенные устойчивые особенности (невнимательность, когнитивные нарушения в сфере памяти, концентрации, гиперактивность, импульсивность, чрезмерная возбудимость и двигательная активность, дефицит внимания), свойственные всем детям с данным синдромом была подтверждена, цель исследования выявить особенности гиперактивности учащихся начальных классов и на их основе структурировать способы взаимодействия с гиперактивными учащимися достигнута, поставленные задачи решены.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Баркли Р. Ваш непослушный ребенок / Р. Баркли, К. Бентон. – СПб.: Питер, 2004.
2. Белоусова Е.Д. Синдром дефицита внимания (гиперактивности) / Е.Д.Белоусова, М.Ю. Никифорова. – М.: Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2000.
3. Брязгунов И.П. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей / И.П. Брязгунов, Е.В. Касатикова. – М.: Медпрактика, 2002.
4. Брязгунов И.П. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях / И.П. Брязгунов, Е.В. Касатикова. – М.: изд-во Института Психотерапии, 2001.
5. Горбачевская Н.Л. Электроэнцефалографическое исследование детской гиперактивности / Н.Л. Горбачевская, Н.Н. Заваденко, Л.П. Якупова, А.Б. Сорокин, Н.Ю. Суворинова, Н.В. Григорьева, Т.В. Соколова. – М.: Физиология человека, 1996.
6. Дробинский А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания / А.О. Дробинский. – М.: Дефектология, 1999.
7. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: Учеб. пособие / Н.Н. Заваденко. – М.: Академия, 2005.
8. Заваденко Н.Н. Диагноз и дифференциальный диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей / Н.Н. Заваденко. – М.: Школьный психолог, 2000.
9. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания / Н.Н. Заваденко. – М.: Школа пресс, 2001.
10. Заваденко Н.Н. Неврологические основы дефицита внимания с гиперактивностью у детей: Автореф. дис… д-ра мед. наук / Н.Н. Заваденко. – М., 1998.
11. Заваденко Н.Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей / Н.Н. Заваденко. – М.: Мир психологии, 2000.
12. Кошелева А.Д. Диагностика и коррекция гиперактивности ребенка / А.Д. Кошелева, Л.С. Алексеева. – М.: НИИ семьи, 1997.
13. Кучма В.Р. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей в России / В.Р. Кучма, А.Г. Платонова. – М.: РАРОГЬ, 1997.
14. Кучма В.Р. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза) / В.Р. Кучма, И.П. Брязгунов. – М.: Олег и Павел, 1994.
15. Лапшина О.В. Тревожность у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: Мнухинские чтения. СДВГ и родственные формы когнитивных нарушений, эмоциональных дисфункций и когнитивных расстройств / О.В. Лапшина, Л.С. Чутко, Т.И. Анисимова, А.М. Ливинская, С.Ю. Сурушкина. – СПб., 2006.
16. Лютова Е.К. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми / Е.К. Лютова, Г.Б. Монина. – М.: Генезис, 2000.
17. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук. – СПб.: Речь, 2003.
18. Монина Г.Б. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь. Монография / Г.Б. Монина, Е.К. Лютова-Робертс, Л.С Чутко. – СПб.: Речь, 2007.
19. Монина Г.Б. Особенности взаимодействия психолога с гиперактивными детьми. Психокоррекция. Работа психолога с родителями / Г.Б. Монина, Е.К. Лютова-Робертс. – М., 2006.
20. Монина Г.Б. Работа с «особым» ребенком / Г.Б. Монина, Е.К. Лютова. – М.: Первое сентября, 2000.
21. Степанов С.С. Дефектология: Словарь-справочник / под ред. Б.П. Пузанова. – М.: Новая школа, 1996.
22. Степанов С.В. В поисках тормозов / С.В. Степанов. – М.: Школьный психолог, 2000.
23. Уэндер П. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью / П. Уэндер, Р. Шейдер. – М., 1998.
24. Харланд С. Гиперактивный или сверходаренный? Как помочь нестандартным детям / пер. с нем. Л.Д. Старцевой, под ред. канд. мед. наук Г.А. Лаписа. – СПб.: ИГ «ВЕСЬ», 2004.
25. Чутко Л.С. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью у детей и подростков / Л.С. Чутко, А.Б. Пальчик, Ю.Д. Кропотов. – СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2004.
26. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом / Ю.С. Шевченко. – Самара, 1997.

Приложение А

Методика Н.И. Гуткиной «Обведение контура»

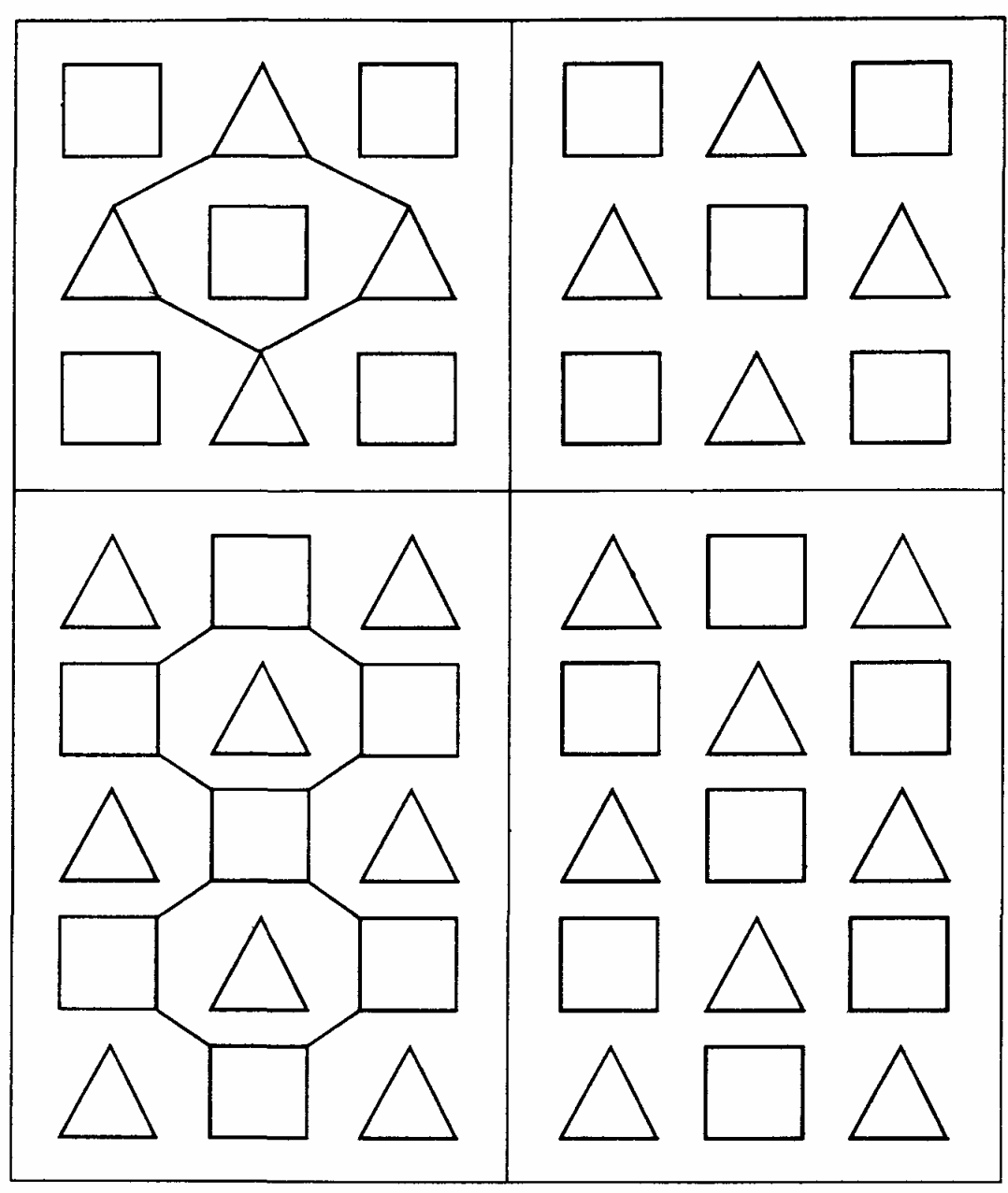


Рисунок А.1 – Стимульный материал исследования гиперактивности   
детей младшего школьного возраста