Департамент образования и науки Кемеровской области

ГПОУ «Профессиональный колледж г. Новокузнецка»

**Тема: Психокоррекция гиперактивности и дефицита внимания в условиях**

**современного образования**

Выполнил: преподаватель,

Чубарова Ольга Владимировна

Новокузнецк, 2019г.

**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение……………………………………………………………………………...3

Глава 1. Особенности СДВГ у детей в условиях современного образования…...6

1.1. Понятие о СДВГ у детей в концепции современного образования………. ..6

1.2. Классификация и причины СДВГ………………………………………….......9

1.2.1. Классификация СДВГ………………………………………………………...9

1.2.2. Причины СДВГ ……………………………………………………………...11

1.3.Задачи психокоррекции детей с СДВГ в условиях современного образования…………………………………………………………………………12

Глава 2**.** Диагностика и методы психокоррекции СДВГ (на примере группы студентов ПР15-04)………………………………………………………………...14

2.1. Первичная диагностика и анализ по определению СДВГ…………………14

2.2. Методы психокоррекции применяемые на уроках………………………….18

2.2.1. Поведенческая психотерапия……………………………………………….18

2.2.2.Методика «Стирания стрессовой информации из памяти (визуализация)»……………………………………………………………………..19

2.2.3. Методики развития устойчивости внимания……………………………..20

2.2.4. Коррекционно-развивающая техника «Скорая помощь»…………………20

2.2.5. Упражнение «Алгоритм»……………………………………………………21

2.3. Итоговая диагностика определения СДВГ и сравнительный анализ ……..22

2.4. Рекомендуемые методики психокоррекции СДВГ………………………….24

2.5. Практические рекомендации преподавателям и родителям в обучении и воспитании подростков с СДВГ …………………………………………………27

2.5.1. Практические рекомендации преподавателям в обучении и воспитании подростков с СДВГ…………………………………………………………………27

2.5.2. Практические рекомендации родителям в обучении и воспитании подростков с СДВГ…………………………………………………………………29

Заключение………………………………………………………………………….30

Список использованных источников……………………………………………...32

Приложение 1. Слабые и сильные стороны детей с СДВГ……………………..34

Приложение 2. Диагностические критерии СДВГ………………………………35

Приложение 3. Первичная диагностика определения СДВГ…………………...36

Приложение 4. Итоговая диагностика определения СДВГ……………………..38

Приложение 5. Свод показателей диагностики СДВГ………………………….40

Приложение 6. Цели семейной терапии и пути их реализации…………………41

Приложение 7.Лабиринты, нарисованные американским художником

Айзеком Тэйером…………………………………………………………………...42

Приложение 8. Практические рекомендации родителям подростков с СДВ…..45

**ВВЕДЕНИЕ**

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) - это одна из форм минимальных мозговых дисфункций, снижающая не только качество познавательных процессов ребенка, но и приводящая к нарушению эмоционально-волевой сферы, нарушению межличностных отношений с близкими людьми и сверстниками, проявлению школьной дезадаптации. [3]

В последние годы возрастает число детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, и этому есть множество причин.

Долгое время школьную неуспеваемость детей с СДВГ объясняли их умственной неполноценностью, а их недисциплинированность пытались скорректировать сугубо дисциплинарными методами. Причиной нарушений поведения выступает дисбаланс процессов возбуждения и торможения в нервной системе.

У детей с СДВГ проявляются трудности планирования и организации сложных видов деятельности. Большинству из них присущи слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах, низкая самооценка, упрямство, лживость, вспыльчивость, агрессивность, неуверенность в себе и проблемы в коммуникациях.

Подросткам с СДВГ свойственно отрицание авторитетов, незрелое и безответственное поведение, нарушение семейных и общественных правил. Они не могут поддерживать определенную поведенческую реакцию на протяжении длительного времени. Из-за непонимания со стороны окружающих у ребенка формируется трудно исправляемая агрессивная модель защитного поведения.

Проявления СДВГ с возрастом могут меняться. Если в раннем детстве отмечается незрелость двигательных и психических функций, то в подростковом возрасте проявляются нарушения адаптационных механизмов, что может стать причиной правонарушений. У детей рано развивается тяга к алкоголю и наркотическим веществам. В связи с этим данная патология представляет серьезную социальную проблему.

Неадекватность поведения, социальная дезадаптация, личностные расстройства могут стать причиной неудач и во взрослой жизни. Гиперактивные люди суетливы, нетерпеливы, непоследовательны, импульсивны, вспыльчивы, им трудно сосредоточиться на предмете деятельности. У них часто меняется настроение. Трудность планирования деятельности и неорганизованность мешают им в продвижении по службе, в устройстве семейной жизни. Проявления СДВГ сильной степени выраженности могут в более зрелом возрасте смениться рядом аффективных и личностных расстройств. [8]

В связи с тем, что психологические проблемы детей с СДВГ носят системный характер и сохраняются практически на всю жизнь, необходимо говорить о коррекционных мерах.

Поэтому актуальность этой темы не вызывает сомнения.

Целью данной работыявляется изучение проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у подростков и практическое применение психокоррекционных методов.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи:

1. рассмотреть особенности СДВГ у детей в условиях современного образования;
2. изучить диагностику СДВГ (на примере группы студентов ПР15-04);
3. применить методы психокоррекции на уроках (на примере группы студентов ПР15-04);
4. проанализировать динамику снижения симптомов;
5. сформулировать общие практические рекомендации родителям и педагогам, работающим с гиперактивными подростками.

**ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ СДВГ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**1.1. Понятие о СДВГ у детей в концепции современного образования**

В середине 19-го века немецкий врач-психоневролог Генрих Хоффман первым описал чрезмерно подвижного ребёнка и дал ему прозвище Непоседа Фил. С 60-х годов 20-го века врачи стали выделять такое состояние как патологическое и назвали его минимальные мозговые дисфункции (минимальное расстройство функций мозга). С 80-х годов двадцатого века состояние чрезмерной двигательной активности (гиперактивность) стали выделять как самостоятельное заболевание и занесли в Международную классификацию болезней (МКБ) под названием синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). [9]

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – самое распространенное психоневрологическое расстройство. В настоящее время распространенность СДВГ среди школьников от 3 до 20%. В 30-70% случаев синдромы расстройства переходят во взрослый возраст.

*Нарушение внимания*  проявляется преждевременным прерыванием выполнения заданий и начатой деятельности. Дети легко теряют интерес к заданию, так как их отвлекают другие раздражители.

*Двигательная гиперактивность*  означает не только выраженную потребность в движениях, но и чрезмерное беспокойство, которое особенно выражено тогда, когда ребенку требуется вести себя относительно спокойно. В зависимости от ситуации это может проявляться в беганье, прыжках, во вставании с места, а также в выраженной болтливости и шумном поведении, раскачивании и вертлявости.

*Импульсивность,* или склонность к слишком быстрым, необдуманным действиям, проявляется как в повседневной жизни, так и в ситуации обучения. В школе и в любой учебной деятельности у таких детей наблюдается “импульсивный тип работы”: они с трудом ждут своей очереди, прерывают других и выкрикивают свои ответы, не отвечая на вопрос полностью. Некоторые дети из-за своей импульсивности легко попадает в опасные ситуации, не задумавшись о последствиях. Эта склонность к риску часто становится причиной травм и несчастных случаев. Импульсивность, часто сочетаясь с агрессивным и оппозиционным поведением, приводит к трудностям в контактах и социальной изоляции.

*Трудности в контактах и социальная изолированность* являются частыми симптомами, затрудняющими отношения с родителями, учителями и сверстниками. Такие дети зачастую не чувствуют дистанцию между собой и взрослым (педагогом, психологом), проявляют панибратское отношение к нему. Им трудно адекватно воспринимать и оценивать социальные ситуации, строить свое поведение в соответствии с ними.

Основные симптомы СДВГ: нарушение внимания (его дефицит), импульсивность и гиперактивность. Дети с СДВГ часто и легко отвлекаются, слишком много и зачастую невпопад говорят, находятся в постоянном движении и действуют, не задумываясь о последствиях. Эти особенности присущи многим детям. Однако у детей с СДВГ они выражены чрезмерно, в степени, не соответствующей возрасту, наблюдаются постоянно, в любой обстановке и значительно осложняют жизнь ребенка в семье, общение со сверстниками и учебу в школе.

У подростков с СДВГ появляется ранняя тяга к алкоголю, курению, наркотикам, отмечается игровая зависимость. Они часто совершают правонарушения, попадают в асоциальные компании, составляют существенный процент контингента исправительных учреждений. В дальнейшем у них возникают сложности с профессиональным самоопределением и трудоустройством, которые также сопровождают и сам процесс профессиональной самореализации на предприятии. Это связано с особенностями поведения, возможными вредными привычками, а также неизбежными в данном случае пробелами в образовании. Педагоги нередко называют такого ребенка «трудным учеником», родители – «неуправляемым, сложным ребенком», а социологи – ребенок/подросток из «группы риска», тем самым они констатируют имеющиеся проблемы в поведении, при этом, не всегда зная, как нужно их решать и к кому обращаться.

Для профилактики подростковой преступности, алкоголизма, наркомании необходимо своевременно выявлять и корригировать детей с СДВГ. У таких детей есть ряд недостатков, которые могут навредить как самому ребенку, так и окружающим, но при правильном отношении и коррекции можно развить сильную и творческую личность. Сильные и слабые стороны детей с СДВГ рассмотрены в таблице 1. (Приложение 1) [10]

У детей с СДВГ присутствуют проблемы с успеваемостью, это так называемые “качели успеваемости”. Сегодня ребенок “приносит” домой одни пятерки и четверки, а завтра по тем же предметам может получить два. Это очень расстраивает родителей и удивляет учителей. Учителя предполагают, что ребенок не подготовился сегодня к уроку или попросту не захотел ответить хорошо.

На самом же деле причиной таких результатов может быть нарушение режима дня и ребенок попросту не выспался. Обычный ученик даже если и не выспался, то к середине урока может собраться и ответить, а ребенок с СДВГ в течение всего дня будет несобран, импульсивен и капризен. Вследствие этого показывает результаты хуже, чем мог бы.

Ребенок с СДВГ при выполнении каких-либо заданий сильно отвлекается на посторонние раздражители, например, звуки. В итоге ни одно из дел не доводится до конца или делается поверхностно. Постоянно перескакивает с одного занятия на другое, невозможно чем-то увлечь его на длительное время. В этом кроется и причина неуклюжести, проявляющаяся в том, что они постоянно что-то роняют, сбивают, натыкаются на мебель.

В настоящее время в специальной психологии и коррекционной педагогике интенсивно обсуждается проблема интеграции детей с отклонениями в развитии в общеобразовательную среду. В то же время в современном образовании важным признается тот факт, что усилия школы должны быть направлены не только на обучение, воспитание, развитие учащихся, но и на обеспечение сохранения физического и психического здоровья школьников. Степень эмоционального неблагополучия учащегося, одной из форм которого является повышенная личностная тревожность, может свидетельствовать, в том числе и о влиянии системы обучения на психическое здоровье школьника.

Одной из задач любого типа школы является максимально возможная коррекция имеющихся нарушений и ни в коем случае не усугубление их. По отношению к этой категории детей в наибольшей степени, возможно, проследить влияние дифференцированного и интегрированного обучения на эмоциональное благополучие школьников, так как на современном этапе развития образования именно они находятся в трех различных условиях обучения: в специальной (коррекционной) школе VII вида, в общеобразовательной массовой школе, в классах коррекционно-развивающего обучения (КРО), а также обучаются совместно в одних классах с нормально развивающимися сверстниками. [6]

**1.2. Классификация и причины СДВГ**

**1.2.1. Классификация СДВГ**

СДВГ может быть, как первичным, так и возникать в результате других заболеваний, то есть иметь вторичный или симптоматический характер (генетически детерминированные синдромы, психические заболевания, последствия перинатальных и инфекционных поражений центральной нервной системы).

Согласно международной классификации (DSM-IV) выделяют три формы СДВГ в зависимости от преобладающих клинических симптомов:

* В первой форме гиперактивность сочетается с нарушениями внимания. (По распространенности — это самая частая форма СДВГ).
* Во второй форме преобладают нарушения внимания (однако нарушения внимания, как правило, имеют место и у детей с неврозами и невротическими состояниями, в этом состоит трудность диагностики).
* В третьей форме преобладает гиперактивность. Последняя форма встречается наиболее редко. В большинстве случаев, если у ребенка есть только гиперактивность, это связано с его индивидуальными особенностями, в частности с темпераментом, и здесь не всегда можно говорить о патологии. [11]

В медицине СДВГ делится на три подтипа, в соответствии с основными функциями, связанными с расстройством: невнимательность, импульсивность и гиперактивность:

* Комбинированного типа;
* Невнимательного типа;
* Гиперактивно - импульсивного типа.

Это означает, что некоторые дети могут быть усидчивыми, но невнимательными, а некоторые не могут сфокусироваться на предмете именно из-за неумения усидеть на месте. Наиболее распространенный подтип -комбинированный, когда дети имеют признаки всех трех характеристик.

В МКБ-10 патология занесена в раздел «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения детства и подросткового возраста» в подраздел «Нарушение внимания и активности» (F90.0), «Гиперкинетические расстройства поведения» (F90.1). [11]

Чтобы поставить точный диагноз, помимо наблюдения за поведением, необходимо проводить ряд функциональных исследований: МРТ — магнитно- резонансную томографию и функциональное сканирование кровотока мозга (FMRI). Эти исследования четко показывают состояние мозга и мозжечка, в частности.

**1.2.2. Причины СДВГ**

Природа СДВГ гетерогенна, в его этиологии и патогенезе играют роль раннее органическое поражение головного мозга в перинатальном периоде, а также генетические и социально-психологические факторы. [7]

* 1. *Пренатальные и перинатальные патологические факторы.*

Считается, что в основе развития СДВГ лежат повреждения развивающегося мозга в периоды беременности и родов, приводящие к нарушениям морфофункционального онтогенеза нервной системы (асфиксия новорождённых, употребление матерью во время беременности алкоголя, некоторых лекарственных препаратов, курение) в 84% случаев. Особенно значимыми считаются нейропсихиатрические нарушения, алкоголизация и отклонения в сексуальном поведении у матери.

* 1. *Генетические факторы.*

Важной причиной этого заболевания является наследственная предрасположенность – 57% случаев, роль которой подтверждается клинико-генеалогическими исследованиями, а также выявлением нескольких регулирующих обмен дофамина в мозге кандидатных генов, которые могут детерминировать синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

В семьях детей с СДВГ нередко имеются близкие родственники, имевшие в школьном возрасте аналогичные нарушения.

Для выявления наследственной отягощенности необходим длительный и подробный расспрос, так как трудности обучения в школе взрослыми людьми сознательно или бессознательно «амнезируются».

* 1. *Влияние неблагоприятных факторов внешней среды.*

Антропогенное загрязнение окружающей человека природной среды, во многом связано с микроэлементами из группы тяжелых металлов, может иметь негативные последствия в первую очередь для здоровья детей. Выхлопные газы автотранспорта служат одним из основных источников загрязнения окружающей среды свинцом.

Целенаправленные исследования показали, что увеличение уровня свинца в крови до 5-10 мкг/дл. взаимосвязано у детей с возникновением проблем со стороны нервно-психического развития и поведения, нарушения внимания двигательной расторможенности, а также к снижению коэффициента интеллекта.

* 1. *Роль пищевых факторов.*

Существуют теории, согласно которым факторами риска для формирования гиперактивности являются воздействия пищевых токсинов или аллергенов. Наиболее широкую известность получила концепция, согласно которой гиперактивность обусловливается церебральным раздражением, вызванный искусственными красителями и естественными пищевыми салицилатами.

* 1. *Социально-психологические факторы.*

По данным исследования анамнеза, у 55,6% детей с СДВГ выявлены психогении детского возраста, включающие драматические ситуации (потеря близких, телесные наказания), злоупотребление алкоголем и постоянные конфликты в семье, нарушение эмоционального контакта с родителями, окружающими детьми и преподавателями в школе. Также к семейным факторам относят низкое социальное положение семьи, наличие криминального окружения, тяжелые разногласия между родителями.

Таким образом, совокупность генетических, экологических, социально-психологические факторов приводит к развитию СДВГ.

**1.3. Задачи психокоррекции детей с СДВГ в условиях современного образования**

Выбор методов психокоррекции детей сСДВГ должен носить индивидуальный характер с учетом степени выраженности основных проявлений СДВГ и наличия сопутствующих ему нарушений.

Коррекционная работа ребенком должна быть направлена на решение следующих задач:

1. Нормализация обстановки в семье ребенка. Важно научить членов семьи избегать новых конфликтных ситуаций.

2. Достичь у ребенка послушания, привить ему аккуратность, навыки самоорганизации и развить у него чувство ответственности за собственные поступки.

3. Научить ребенка уважению прав окружающих людей, правильному речевому общению, контролю собственных эмоций и поступков.

4. Установить контакт со школьными педагогами.

5. Добиться повышения у ребенка самооценки, уверенности в собственных силах за счёт усвоения им новых навыков, достижений успехов в учёбе и повседневной жизни.

Необходимо 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.

**ГЛАВА 2. ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ПСИХОКОРРЕКЦИИ СДВГ**

**(НА ПРИМЕРЕ ГРУППЫ СТУДЕНТОВ ПР15-04)**

**2.1. Первичная диагностика и анализ по определению СДВГ**

Для изучения уровня нарушения внимания, гиперактивности и импульсивности были использованы стандартные диагностические критерии, которые предложены в таблице 2. (Приложение 2) [10]

Целью исследования стало изучение особенностей эмоционально-волевой сферы и межличностных отношений студентов группы ПР15-04 по специальности [09.02.03](http://ivo.garant.ru/document?id=70458310&sub=90203) «Программирование в компьютерных системах», определение основных методов психокоррекционной работы с ними.

Исследовалась группа подростков в количестве 27 человек. Средний возраст студентов 16–18 лет. Дисциплина «Основы экономики». Исследование проводилось в течение трех месяцев.

В процессе изучения дисциплины использовались различные методы:

1) объяснительно-иллюстративные (объяснение, лекция, работа с учебником, демонстрация слайдов, видеофильмов);

2) репродуктивные (выполнение упражнений по образцу);

3) проблемные (решение проблемных ситуаций при выполнении практических работ);

4) частично-поисковые (эвристическая беседа, реферирование литературы);

5) исследовательские методы (групповая исследовательско- практическая работа).

*Инструкция диагностики* *СДВГ.*

Диагностика проводится по двум измерениям: нарушения внимания и гиперактивность/импульсивность.

Для постановки диагноза СДВГ должны быть подтверждены все три группы симптомов, в том числе не менее 6 проявлений невнимательности, не менее 4 - гиперактивности, хотя бы 2 импульсивности.

При наличии повышенной невнимательности присутствие 6-ти и более признаков из 1-го измерения.

При частичном соответствии критериям гиперактивности и импульсивности используют диагностическую формулировку «Синдром дефицита внимания с преобладанием нарушений внимания».

При наличии повышенной реактивности и импульсивности (6-ть и более признаков из 2-го измерения).

При наличии более 6-ти признаков из 2-го измерения и частичном соответствии критериям нарушений внимания – дается формулировка «Синдром дефицита внимания с преобладанием гиперактивности и импульсивности».

В случае полного соответствия клинической картины одновременно всем перечисленным в таблице 2 критериям ставится диагноз «Сочетанная форма СДВГ».

В ходе диагностической работы важно учитывать, что СДВГ может иметь внешнее сходство с рядом других состояний.

Поведение гиперактивных детей может быть внешне похожим на поведение детей с повышенной тревожностью, поэтому педагогу важно знать основные отличия поведения одной категории детей от другой. Критерии первичной оценки проявлений гиперактивности и тревожности рассмотрены в таблице 3. [10]

Таблица 3.

Критерии первичной оценки проявлений гиперактивности и тревожности

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерии оценки | Гиперактивный подросток | Тревожный подросток |
| Контроль поведения | Постоянно импульсивен | Способен контролировать поведение |
| Двигательная активность | Постоянно активен | Активен в определенных ситуациях |
| Характер движений | Лихорадочный, беспорядочный | Беспокойные,  напряженные движения |

СДВГ следует разграничивать с нормальной, свойственной многим детям высокой двигательной активностью, проявлением индивидуальных черт темперамента. В других случаях особенности поведения подростка могут оказаться реакцией на кризисную ситуацию в семье, развод родителей, плохое отношение к подростку, педагогическую запущенность, иногда гиперопеку. Причиной также могут быть нарушения адаптации к образовательному учреждению, конфликт между подростком и учителем, подростком и родителями.

Поведение тревожного подростка социально не разрушительно, а гиперактивный часто является источником разнообразных конфликтов, драк и просто недоразумений.

*Анализ исследования студентов группы ПР15-04*

*на предмет выявления СДВГ*

Для диагностирования СДВГ проводилось наблюдение за *студентами* группы ПР15-04в течение двух месяцев, затем была проведена первичная диагностика, которая показана в таблице 4. (Приложение 3)

Проведенное исследование показало, что полное соответствие клинической картины одновременно всем критериям отдельно по каждому студенту отсутствует, т.е. ставить диагноз «Сочетанная форма СДВГ» мы не можем.

У двух человек (7,41%) выявлены значительные нарушения устойчивости внимания, эффективность работы снижена, выражена запоздалое влияние в деятельность, делают ошибки фактически в каждой серии заданий, на занятиях постоянно отвлекаются и разговариваю. Высокий уровень проявления гиперактивности и импульсивность поведения проявляется в повышенной раздражительности, импульсивности, несдержанности. Они с трудом приспосабливаются к новым требованиям, не доводят до конца выполняемые задания, не могут самостоятельно организовать свою деятельность, не склонны к соблюдению установленных социальных норм. По данным можно предположить, что все критерии диагностики этих студентов соответствуют для постановки диагноза СДВГ (должны быть подтверждены все три группы симптомов, в том числе не менее 6 проявлений невнимательности, не менее 4 - гиперактивности, хотя бы 2 импульсивности).

В группе обучается один студент (3,7%) (предположительно) с диагнозом «Синдром дефицита внимания с преобладанием нарушений внимания» (присутствие 6-ти и более признаков из 1-го измерения и частичном соответствии критериям гиперактивности и импульсивности). У подростка выявлено устойчивое нарушение внимания, не может быстро сосредоточиться,

делает много ошибок из-за невнимательности при выполнении заданий, легко отвлекается на посторонние стимулы, не доводит до конца выполняемые задания, не может самостоятельно организовать свою деятельность.

В группе отсутствуют студенты с наличием повышенной невнимательности (присутствие 6-ти и более признаков из 1-го измерения), при наличии повышенной реактивности и импульсивности (6-ть и более признаков из 2-го измерения).

У девяти студентов (33,33%) выявлены нарушения внимания, не могут сосредоточиться, делают много ошибок при выполнении заданий, легко отвлекаются на посторонние стимулы, не доводят до конца выполняемые задания.

В некоторых студентах иногда проявляется гиперактивность и импульсивность (возможно из-за повышенной тревожности или других факторах, указанных в работе). Они суетливы, много двигаются (крутятся, ерзают на своём месте), не могут тихо, спокойно выполнять задания, болтливы, часто начинают отвечать, не подумав и даже не дослушав вопрос, нетерпеливы, в разговоре часто прерывают, мешают окружающим. В межличностном общении некоторые студенты проявляют недоверчивость, равнодушие.

Большинство студентов отличаются эмоциональной устойчивостью, уверенностью в себе, стабильностью в поведении, оптимистичностью, не склонны к эмоциональной напряженности. В межличностном общении открыты и доброжелательны, хорошо понимают социальные нормативы, успешно овладевают требованиями окружающей жизни, учитывают интересы других. Проявляют умеренную склонность к самоутверждению и лидерству, реалистичность, практичность, умеренную зависимость от других, благоразумны и рассудительны.

По результатам первичной диагностики определения СДВГ, мною были проведены психокоррекционные мероприятия в течение одного месяца, с целью развития познавательных процессов, устойчивости внимания, словесно-логического мышления, умения сосредотачиваться на материале, нормализации психоэмоционального состояния.

Наиболее эффективными психокоррекционными методами работы на уроках (в мотивационной части) со студентами группы ПР15-04 в количестве 27 человек являются поведенческая психотерапия, методики развития устойчивости внимания, коррекционно-развивающая техника «Скорая помощь», методика «Стирания стрессовой информации из памяти (визуализация)»,упражнение «Алгоритм». Методики рассмотрены в пункте 2.2.

**2.2. Методы психокоррекции применяемые на уроках**

**2.2.1. Поведенческая психотерапия**

Среди психолого-педагогических методов коррекции гиперактивного поведения главная роль отводится поведенческой психотерапии.  **Поведенческая психотерапия** акцентируется на тех или иных поведенческих шаблонах, либо формируя, либо гася их с помощью поощрения, наказания, принуждения и вдохновения.

Поведенческие программы требуют значительного умения, взрослым приходится прилагать всю свою фантазию и опыт общения с детьми, чтобы во время занятий поддерживать мотивацию постоянно отвлекающегося ребёнка. Успех будет гарантирован при условии поддержания единых принципов в отношении к ребёнку дома и в школе: система «вознаграждения», помощь и поддержка взрослых, участие в совместной деятельности. [6]

Необходимо помнить, что негативные методы воспитания неэффективны у этих детей. Особенности их нервной системы таковы, что порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому они не восприимчивы к выговорам и наказанию, но легко отвечают на малейшую похвалу. Хотя способы вознаграждения и поощрения ребёнка надо постоянно менять. Причём не имеет значения, в каком виде это будет представлено поощрение: материальное вознаграждение или, просто ободряющая улыбка, ласковое слово, повышенное внимание к ребёнку, физический контакт (поглаживание).

При неудовлетворительном поведении рекомендуется лёгкое наказание, которое должно быть немедленным и неизбежным. Это может быть просто словесное неодобрение, временная изоляция от других детей, лишение «привилегий». [6]

**2.2.2. Методика «Стирания стрессовой информации из памяти  
(визуализация)»**

Сядьте и расслабьтесь. Закройте глаза. Представьте перед собой чистый альбомный лист бумаги, карандаши, стирательную резинку. Мысленно нарисуйте на листе негативную ситуацию, которую необходимо забыть. Это может быть реальная картинка, образная ассоциация, символ и т.д. Мысленно возьмите стирательную резинку и начинайте последовательно «стирать» с листа бумаги созданную негативную ситуацию. «Стирайте» до тех пор, пока с листа не исчезнет картинка. Откройте глаза. Произведите проверку. Для этого закройте глаза и представьте тот же лист бумаги. Если картинка не исчезла, снова возьмите стирательную резинку и «стирайте» до ее полного исчезновения. Через некоторое время методику можно повторить. [6]

**2.2.3. Методики развития устойчивости внимания**

1) Цель: развитие способности к произвольному переключению внимания. Чтение алфавита, перемежающегося со счетом. (см. рис.1) [10]

|  |
| --- |
| а, 1, б, 2, в, 3, г, 4, д, 5, е, 6, ё, 7, ж, 8, з, 9, и, 10, и, 11, к, 12, л, 13, м, 14, н, 15, о, 16, п, 17, р, 18, с, 19, т, 20, у, 21, ф, 22, х, 23, ц, 24, ч, 25, ш, 26, щ, 27, ъ, 28, ы, 29, ь, 30, э, 31, ю, 32, я, 33 |

Рисунок 1. Упражнение на развитие устойчивости внимания

2) Построчное прослеживание взглядом листа и последовательное зачеркивание букв «к» и «р». (см. рис.2) [10]

|  |
| --- |
| Асчкльдркбюжхрьоауйчбъхзрсярбюжш щземавчцбртиаскьлрюдзрьтмклюэзьм квуфрнкртчызэюркимрекуырьбдтюхзк ртвсчкитьбджзщроктьдзрьнкмасблдж юркамиьбюджщгнкптрасмжэзьртимкв сакртьоркмитьблркраклшорыцфркмитьорнек |

Рисунок 2. Упражнение на развитие устойчивости внимания

3) Прослеживание взглядом линии от начала до конца, когда она переплетается с другими линиями. Упражнения на развитие внимания, логики и мышления. Например, лабиринты, нарисованные американским художником Айзеком Тэйером, которые предложены в приложении 7. (см. рис. 3, рис.4,рис.5) [10]

**2.2.4. Коррекционно-развивающая техника «Скорая помощь»**

Цель: снятие эмоционального напряжения, развитие межполушарных связей, развитие внимания, самоконтроля, улучшение работоспособности.

Верхняя буква каждой строки проговаривается вслух. Нижняя буква обозначает движение руками:

Л- левая рука поднимается в левую сторону;

П- правая рука поднимается в правую сторону;

В - обе руки поднимаются вверх.

Упражнение выполняется в последовательности от первой буквы к последней, а затем от последней буквы к первой. Можно изготовить плакат или индивидуальные карточки с буквами (см. рис. 6). [10]

  
Рисунок 6. Упражнение на снятие эмоционального напряжения

**2.2.5. Упражнение «Алгоритм»**

Упражнение «Алгоритм» используется для развития способности учащихся анализировать, обобщать, структурировать учебную информацию, для увеличения скорости переработки информации, снижения уровня тревожности по поводу проверки знаний. После объяснения преподавателем нового материала (правила, инструкции и т. д.) учащиеся должны закрепить полученную ими информацию в виде алгоритмов (схем, таблиц и т.д.)

В процессе составления алгоритма ученики могут пользоваться учебником, справочником, записями в тетради, информацией на доске. Через некоторое время преподаватель определяет, кому из них необходима поддержка и какого рода (доска, тетрадь, учебник, дополнительное устное разъяснение и др.).

В целях экономии времени составление алгоритмов можно включить в домашнее задание. Преподаватель должен объяснить, что это индивидуальная работа и алгоритм, составленный другим человеком (одноклассником, родителями) не учитывает особенностей переработки информации.

Алгоритмы понадобятся ученикам при выполнении конкретного задания, что способствует развитию способности к анализу, синтезу, классификации материала. Алгоритмы можно применять в конкретном виде учебной (например при написании контрольной работы). Подобная визуальная поддержка помогает снять напряжение, снизить уровень тревожности и быстрее запомнить материал.

Если учащиеся затрудняются в составлении собственного алгоритма, учитель на первых этапах работы может показать разнообразные способы. Например, он может попросить сразу нескольких учащихся изобразить на доске свои алгоритмы и прокомментировать их. Затем учитель обобщает сказанное, заостряя внимание учащихся на том, что все приведенные алгоритмы отображают одно и то же правило, но разными способами. Каждый ученик выбирает тот способ, который, на его взгляд, подходит для него. [6]

**2.3. Итоговая диагностика определения СДВГ и сравнительный анализ**

С целью развития познавательных процессов, устойчивости внимания, словесно- логического мышления, умения сосредотачиваться на материале, нормализации психоэмоционального состояния, были проведены психокоррекционные мероприятия в течение одного месяца. На уроках использовались психокоррекционные методы такие как: поведенческая психотерапия, методики развития устойчивости внимания, коррекционно-развивающая техника «Скорая помощь», методика «Стирания стрессовой информации из памяти (визуализация)», упражнение «Алгоритм».

Итоговая диагностика определения СДВГ показала положительные изменения в эмоционально-волевой сфере и межличностных отношений студентов группы ПР15-04. Итоговая диагностика определения СДВГ показана в таблице 5. (Приложение 4) Свод показателей диагностики СДВГ показан в таблице 6. (Приложение 5)

Сравнительный анализ показал, что студенты стали более сосредоточены при решении поставленных задач, меньше делают ошибок (снижение на 22,22%), внимательны и аккуратны при решении заданий (снижение на 18,52%), меньше отвлекаются на посторонние стимулы (снижение на 14,82%), стараются до конца выполнять поставленную задачу (снижение на 11,11%), стали более организованы и менее забывчивы (снижение на 11,11%).

Гиперактивность и импульсивность в группе ПР15-04, в среднем, снизилась соответственно на 10,44% ((22,22+ 8,41+ 7,41+3,7): 4) и 6,17% ((11,12+3,7+3,69):3). Произошло повышение эмоционально-волевой устойчивости, снизилась эмоциональная возбудимость, напряженность, тревожность. Значительные улучшения произошли в межличностных отношениях, повысилась способность к установлению доверительных отношений, снизился негативизм, конфликтность, агрессивность.

Итоговая диагностика показала незначительное изменение в эмоционально-волевой сфере и межличностных отношений у двух студентов с предполагаемым диагнозом СДВГ, они стали более организованы, менее забывчивы и вспыльчивы, более усидчивы и терпеливы, но признаки гиперактивности и импульсивности остались. Этим студентам требуется индивидуальная психокоррекционная программа и индивидуальные методы коррекции.

У студента с предположительным диагнозом «Синдром дефицита внимания с преобладанием нарушений внимания» произошли положительные изменения в устойчивости внимания, стал меньше делать ошибок при выполнении заданий, стал более сосредоточен. Но ему также требуется индивидуальная психокоррекционная программа, и индивидуальные методы коррекции.

Итак, повышение эмоционально-волевой устойчивости в рамках коррекционно-развивающей работы с использованием различных методов способствовало гармонизации межличностных отношений.

Для закрепления и улучшения в эмоционально-волевой сфере и межличностных отношениях необходимо продолжать психокоррекционные мероприятия в группе ПР15-04.

**2.4. Рекомендуемые методики психокоррекции** **СДВГ**

*1) Арт-терапевтический метод*

Д. Энли (Henley, 1998) разработал специальную программу экспрессивной психотерапии искусством для социализации детей с СДВГ. Он указывает на необходимость структурирования занятий и их деления на три этапа [6]:

* свободную игру с использованием набора изобразительных материалов, деятельность детей при этом не организуется;
* «дружеский круг», когда дети садятся в круг и рассказывают о своих впечатлениях за прошедшую неделю;
* период экспрессивной деятельности, когда ведущий побуждает детей к художественному отображению тех тем, которые были подняты на этапе «дружеского круга».

Д. Энли указывает на то, что дети с СДВГ не могут самостоятельно регулировать свое поведение, поэтому их попытки вступить в общение с другими людьми часто заканчиваются конфликтом. Опираясь на свой опыт работы, он заключает, что «агрессивное или импульсивное поведение, связанное с гиперактивностью и социальной тревогой, благодаря творческой деятельности может быть направлено в иное русло и преобразовано в социально конструктивное поведение».

*2) Антистрессовые упражнения для детей с СДВГ*

Комплекс упражнений рекомендуется выполнять ежедневно в течение 6—8 недель по 15—20 минут в день. Упражнения следует выполнять сидя. Иногда для экстренной помощи при стрессе достаточно выполнения одного упражнения, например, «Фронтально-акцепитальной коррекции», «Дыхательного упражнения Эверли», «Постукивания».

а) «Фронтально- акцепитальная (лобно-затылочная) коррекция».

Цель: активизация стволовых структур мозга и межполушарного взаимодействия, ритмирование правого полушария, энергетизация мозга, визуализация позитивной ситуации.

Одну ладонь расположить на затылке, другую положить на лоб. Закрыть глаза и подумать о любой негативной ситуации. Сделать глубокий «вдох—пауза—выдох-пауза». Мысленно представить себе ситуацию еще раз, но только в положительном аспекте. Обдумать и осознать то, как можно было бы данную проблему разрешить. После появления синхронной «пульсации» между затылочной и лобной частью самокоррекция завершается глубоким «вдохом—паузой—выдохом—паузой». Упражнение выполнять от 30 секунд до 10 минут до возникновения синхронной пульсации в ладонях.

б) «Дыхательное упражнение Эверли».

Цель: активизация работы стволовых отделов мозга, ритмирование правого полушария, энергетизация мозга, снятие мышечного напряжения, ликвидация ощущения тревоги, снижение частоты сердечных сокращений.

Регулярное систематичное (1—2 недели) выполнение данного упражнения сформирует своего рода антистрессовую установку. Последующие стрессовые ситуации будут переживаться более спокойно и менее разрушительно для вас. Закрыть глаза, положить левую руку на пупок, а правую руку сверху так, как вам удобно. Вообразить внутри себя надувной резиновый шарик (визуализация). На вдохе представлять, как воздух входит через нос, идет вниз и надувает шарик. По мере заполнения шарика воздухом руки будут подниматься вверх. Надувание шарика в области живота должно переходить в среднюю и верхнюю часть грудной клетки. Продолжительность вдоха должна составлять 2 секунды. По мере совершенствования навыка ее можно увеличить до 3 секунд. Задержать дыхание (не более 2 секунд). Повторять про себя фразу: «Мое тело спокойно». Медленно начать выдох. Продолжать повторять про себя фразу: «Мое тело спокойно». Продолжительность выдоха должна длиться не менее 3—4 секунд. Повторить это четырехфазовое упражнение не более 3—5 раз. При головокружении необходимо прекратить упражнение, а в следующий раз сократить продолжительность вдоха, паузы и выдоха. Упражнение можно выполнять утром, днем и вечером, а также в стрессовой ситуации.

в) «Постукивание».

Цель: энергетизация мозга, активизация нейрогуморальной регуляции*.*

Сделайте массаж в области вилочковой железы (на грудине) в форме легкого постукивания 10—20 раз круговыми движениями слева направо.

В результате выполнения антистрессовых упражнений восстанавливается

межполушарное взаимодействие и активизируется нейроэндокринный механизм, обеспечивающий адаптацию к стрессовой ситуации и постепенный психофизиологический выход из нее.

*3) Семейная психотерапия*

Основной задачей семейной психотерапии является оптимизация взаимоотношений родителя и ребёнка и в этом помогает психолог.

На сеансахсемейной психотерапии родители начинают понимать, что здоровье их ребенка в значительной мере зависит от доброго, спокойного и последовательного отношения к нему взрослых.

Родителей учат избегать двух крайностей: с одной стороны, проявления чрезмерной жалости и вседозволенности, с другой стороны, постановки завышенных требований, которые ребенок не в состоянии выполнить, в сочетании с излишней пунктуальностью, жестокостью и санкциями (наказаниями).

Родителям объясняют, что частое изменение указаний и колебания их настроений оказывают на таких детей гораздо более глубокое негативное воздействие, чем на других, учат, как с этим справляться.

Замечено, что сеансы семейной психотерапии полезны не только родителям, но и самим детям. Они все вместе пытаются решить проблему, которая самим ребенком и не осознается. Цели семейной терапии и пути их реализации рассмотрены в таблице 7. (Приложение 6) [6]

*4) Занятия физкультурой*

Занятия физкультурой укрепляет здоровье, улучшают работу сердечно-сосудистой и дыхательной системы, улучшают обмен веществ, укрепляют мышцы и ткани, увеличивают кислородный обмен, выводят шлаки, снимают мышечную усталость, насыщают человека дополнительной энергией. Способствует тому, что подросток становится более спокойным. У него вырабатывается правильная координация движений, восстанавливаются поведенческие реакции, нормализуется сон, развивается костно-мышечная система.

Любое занятие с железной дисциплиной — боевые искусства, фигурное катание, гимнастика — становятся спасательным кругом для подростков с синдромом дефицита внимания. Это связано с высокими нагрузками и необходимостью использования сложных двигательных навыков. В результате развиваются моторика, чувство баланса и времени, оценка последствий, навыки исправления ошибок и мышечной координации, уходит депрессия. [10]

**2.5. Практические рекомендации преподавателям и родителям** **в обучении и воспитании подростков с** **СДВГ**

**2.5.1. Практические рекомендации преподавателям в обучении и воспитании подростков с** **СДВГ**

Если в группе учится подросток с СДВГ, ему однозначно следует уделять больше внимания, создать более приятную атмосферу, и впоследствии он может оказаться очень способным и ярким студентом.

В первую очередь, следует организовать рабочее место таким образом, чтобы студент как можно меньше отвлекался.

1) Посадите его впереди или в центре класса, подальше от того, что может его отвлечь.

2) Посадите его возле студента, который может служить положительным образцом для подражания.

3) Используйте как можно больше наглядных средств обучения.

4) Если студент теряет внимание и начинает мешать, займите его (дайте ему прочитать вслух часть учебного параграфа или условие задачи).

5) Если студент отвлекается, незаметно для других подайте ему знак вернуться к заданию или просто подойдите к нему и дотроньтесь до плеча, дав понять, что он неправильно себя ведет, не ругаясь и не крича при этом.

6) Поощряйте стремление к учебе.

7) На определенный отрезок времени давать только одно задание.

8) Дозировать студенту выполнение большого задания, предлагать его в виде последовательных частей и перио­дически контролировать ход работы над каждой из час­тей, внося необходимые коррективы.

9) Во время учебного дня предусматривать возмож­ности для двигательной “разрядки”: занятия физическим трудом, спортивные упражнения.

10) Создайте список правил, которые студенты должны выполнять. Сформулируйте список в позитивной форме: что надо делать, а не то, чего делать не следует.

11) Сообщайте родителям не только об отрицательных сторонах студента, но о положительных.

12) Сократите количество экзаменов и проверочных работ, ограниченных во времени. Подобные экзамены не имеют большой образовательной ценности и не позволяют многим детям с СДВГ продемонстрировать свои знания.

13) Всегда записывайте на доске указания по выполнению заданий. Оставляйте указания на доске до окончания занятий. Есть студенты, которые не могут самостоятельно записать или запомнить устные указания.

14) Позволяйте себе шутить, быть оригинальными. Это может разрядить обстановку.

15) Организуйте творческие уроки, где студент с СДВГ может показать свои творческие способности.

Преподаватель и психолог должны объяснить родителям студента, что им необходимо придерживать­ся определенной тактики воспитательных воздействий. Они должны помнить, что улучшение состояния подростка в значительной мере зависит от доброго, спокойного и последовательного отношения к нему. Незнание того, что у него есть функциональные отклонения в работе мозговых структур, и неумение создать ему соответствующий режим обучения и жизни в целом порождают множество проблем в обучении. [10]

**2.5.2. Практические рекомендации родителям в обучении и воспитании подростков с** **СДВГ**

Родителям необходимо нормализовать обстановку в семье подростка, его взаимоотношений с ними и другими взрослыми. Важно научить членов семьи избегать новых конфликтных ситуаций. Установить контакт с педагогами, ознакомить их с информацией о сущности и основных проявлениях СДВГ. Добиться повышения у подростка самооценки, уверенности в собственных силах за счет усвоения им новых навыков, достижений успехов в учебе и повседневной жизни.

Необходим постоянный диалог между родителями и учителем для быстрого и качественного реагирования на изменения в поведении и учебных результатах подростка. Это будет способствовать своевременной коррекции его поведения и поможет ему построить хорошие отношения с одноклассниками.

В воспитании подростка с СДВГ родителям необходимо избегать двух крайностей: проявления чрезмерной жалости и вседозволенности с одной стороны, а с другой – поста­новки перед ним повышенных требований, которые он не в состоянии выполнить, в сочетании с излишней пункту­альностью, жесткостью и наказаниями. Частое изменение указаний и колебания настроения родителей оказывают на подростка негативное воздействие. Ро­дители также должны знать, что существующие у подростка нарушения поведения поддаются исправлению, но про­цесс этот длительный и потребует от них больших усилий и огромного терпения.Конк­ретные рекомендации родителям подростков с СДВГ предложены в приложении 8. [10]

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Проблема распространенности синдрома дефицита внимания с гиперактивностью актуальна не только потому, что является одной из современных характеристик состояния здоровья детского организма. Это важнейшая психологическая проблема цивилизованного мира, доказательством чему является то, что: дети с синдромом плохо усваивают школьную программу; они не подчиняются общепринятым правилам поведения и часто становятся на преступный путь; более 80% криминального контингента составляют лица с СДВГ; с ними в 3 раза чаще происходят различные несчастные случаи, в частности они в 7 раз чаще попадают в автокатастрофы; вероятность стать алкоголиком или наркоманом у этих людей в 5-6 раз выше; нарушениями внимания страдают от 5% до 30% всех детей школьного возраста, т е в каждом классе обычной школы 2-3 человека – дети с нарушениями внимания и гиперактивностью.

Если не проводить психокоррекционные мероприятия у детей с СДВГ, во взрослой жизни их не ждет ничего хорошего. Импульсивность, лень, скандальность не дают человеку развиваться, он часто ищет легкие пути заработка. Такой человек — тяжкое бремя для родителей, семьи и общества.

Объектом исследования стали студенты группы ПР15-04 в количестве 27 человек, возраст 16-18 лет.

Целью исследования стало изучение особенностей эмоционально-волевой сферы и межличностных отношений студентов и определение основных методов психокоррекционной работы с ними.

Для изучения уровня нарушения внимания, гиперактивности и импульсивности были использованы стандартные диагностические критерии, на уроках использовались различные методы обучения.

С целью развития познавательных процессов, устойчивости внимания, словесно- логического мышления, нормализации психоэмоционального состояния, в течение месяца проводились психокоррекционные мероприятия, такие как: поведенческая психотерапия, методики развития устойчивости внимания, коррекционно-развивающая техника «Скорая помощь», методика «Стирания стрессовой информации из памяти (визуализация)», упражнение «Алгоритм».

Результаты диагностического исследования показали, что у большинства студентов группы ПР15-04 (88,88%) уровень эмоционально-волевой сферы и межличностных отношений соответствует возрастной норме. А проявление невнимательности, гиперактивности и импульсивности иногда присутствует на занятиях из-за повышенной тревожности или других причин, которые указаны в работе. Итоговая диагностика показала положительные изменения в эмоционально-волевой сфере и межличностных отношений студентов группы ПР15-04.

У двух студентов все критерии диагностики соответствуют для предполагаемой постановки диагноза СДВГ. В группе обучается один студент с предполагаемым диагнозом «Синдром дефицита внимания с преобладанием нарушений внимания». После проведения психокоррекционных мероприятий произошли незначительные изменения в эмоционально-волевой сфере этих студентов. Им требуется индивидуальная психокоррекционная программа и индивидуальные методы коррекции. Эффективность психокоррекционной работы зависит от систематичности и рациональности ее использования. Для окончательной постановки диагноза необходимо проведение комплексного медико-психологического обследования. Диагноз СДВГ ставится врачом, однако педагоги и психологи также должны быть хорошо знакомы с диагностическими критериями СДВГ, для подтверждения этого диагноза необходимо получить сведения о поведении ребенка не только дома, но и в школе.

Усилия образовательных учреждений должны быть направлены не только на обучение, воспитание, развитие учащихся, но и на обеспечение сохранения физического и психического здоровья детей.

Таким образом, обучение детей с СДВГ требует большого внимания и сил, как стороны родителей, так и со стороны преподавателей.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

Основные источники:

1. **Абрамова, Г.С.** Возрастная психология[Текст]: учебное пособие / Г.С. Абрамова. – М.: Акад. Проект, 2010. - 672с.
2. **Брязгунов, И.П., Касатикова, Е.В.** Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях [Текст]: учебное пособие / И.П. Брязгунов, Е.В. Касатикова. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2006. - 96с.
3. **Брязгунов, И.П., Кучма, В.Р.** Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза) [Текст]: учебное пособие / И.П. Брязгунов,В.Р. Кучма. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2008. - 49 с.
4. **Гамезо, М.В., Герасимова, В.С.** Возрастная психология: личность от молодости до старости [Текст]: учебное пособие / М.В. Гамезо, В.С. Герасимова. – М.: Издательский Дом «Ноосфера», 2005. - 272с.
5. **Дробинская, А.О.** Синдром гиперактивности с дефицитом внимания [Текст]: учебное пособие / А.О. Дробинская. – М.: Дефектология, 1999. - 86 с.
6. **Кузнецова, Л. Э., Гладько, В. В.** Психологические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, условия их психокоррекции [Текст]: учебное пособие / Л. Э. Кузнецова, В. В.Гладько. – М.: Изд-во Молодой ученый, 2016. - 330с.
7. **Кучма, В. Р., Платонова, А. Г.** Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России: распространенность, факторы риска и профилактика [Текст]: учебное пособие / В.Р.Кучма, А.Г.Платонова. –М.: Изд-во Института Психотерапии, 2009. -280с.
8. **Пережогин, Л. О.** Систематика и коррекция психических расстройств у несовершеннолетних правонарушителей и беспризорных: монография. [Текст]: учебное пособие/Л. О. Пережогин.– М.: ФГНУ «ЦПВ и СППДМ», 2010.- 260 с.
9. **Политик, О.И.** «Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью» [Текст]: учебное пособие / О.И.Политик. –М.: Изд-во Речь, 2006. -240с.
10. **Сиротюк, А.Л.** Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам [Текст]: учебное пособие /А.Л. Сиротюк. – М.: ТЦ Сфера, 2012. -125с.
11. **Чутко, Л. С.** Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства [Текст]: учебное пособие /Л. С.  Чутко**.** – М.: Хока, 2007. - 320с.

Периодические издания (журналы):

1. **Громова, О.А., Красных, Л.М., Лиманова, О.А.** Синдром дефицита внимания с гиперактивностью - возможности коррекции [Текст] /О.А. Громова, Л.М. Красных // Российский педиатрический журнал. - 2005.- № 2. - 17-22с.
2. **Заваденко, Н.Н.** Как понять ребёнка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания [Текст] /Н.Н. Заваденко // Лечебная педагогика и психология. Приложение к журналу «Дефектология». Выпуск 5. М.: Школа-Пресс.- 2000. - 112с.
3. **Копытин, А.И., Свистовская, Е.Е.** Арт-терапевтические методы, используемые в работе с детьми и подростками: обзор современных публикаций [Текст] /А.И.Копытин, Е.Е. Свистовская // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2007. − №4.
4. **Карпунина, Н.П.** Возрастная динамика клинических симптомов синдрома дефицита внимания с гиперактивностью [Текст] / Н.П. Карпунина, Т.Г. Сотникова // Научные основы формирования здоровья детей и подростков: Сборник научных трудов. Тверь. Изд-во «Герс». - 2006. - 154-155с.
5. **Чмутова, Ю. С.** Педагогическая поддержка гиперактивных подростков с коммуникативно-личностными нарушениями. Методические рекомендации [Текст] /Ю. С. Чмутова// Молодой ученый. - 2011. - №2. Т.2. - 137-139с.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

Таблица 1.

Слабые и сильные стороны детей с СДВГ

|  |  |
| --- | --- |
| Слабые стороны детей с СДВГ | Сильные стороны детей с СДВГ |
| - трудности в концентрации внимания (ребенок не способен сконцентрировать внимание на деталях, например, не обращает внимания на изменение указаний в процессе выполнения задания);  - не может сосредоточиться на выполнении заданий, требующих продолжительной концентрации внимания (такие как домашние задания, хотя, занимаясь тем, что ему нравится, ребенок может быть более внимательным);  - слушает, но не слышит (родителям и учителям приходится повторять по несколько раз);  - не выполняет инструкций и не доводит задания до конца;  - часто теряет вещи, необходимые для выполнения заданий и повседневной деятельности;  - может быть неаккуратен (как в выполнении школьных заданий, так и по отношению к своему внешнему виду);  - отвлекается на посторонние раздражители (после того, как отвлекся, вовсе может забыть, чем занимался);  - нередко проявляет забывчивость в повседневных ситуациях;  - ребенок постоянно вертится на стуле или встает со стула;  - ребенок встает тогда, когда должен сидеть (ходит по классу во время урока);  - болтлив;  - начинает отвечать на вопрос, не дослушав до конца;  - ребенок не может дождаться своей  очереди, когда того требует ситуация;  - ребенок мешает другим, вмешиваясь в их разговор или в игру. | - щедрые (даже в ущерб себе);  - отзывчивые (может быть помощником  как дома, так и в школе);  - энергичные (активны в спорте и на физкультуре);  - добрые;  - смелые;  - творческие;  - веселые (могут стать центром внимания в кругу детей);  - дружелюбные;  - непосредственные;  - с повышенным чувством справедливости |

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

Таблица 2.

Диагностические критерии СДВГ

|  |  |
| --- | --- |
| Измерения | Признаки |
| 1.Нарушение внимания | 1. Подросток не может сосредоточиться, делает много ошибок из-за невнимательности.  2. Ему трудно поддерживать внимание при выполнении заданий.  3. Легко отвлекается на посторонние стимулы.  4. Не может до конца закончить поставленную задачу.  5. Слушает, но, кажется, что не слышит.  6. Избегает выполнения задач, требующих постоянного внимания.  7. Плохо организован.  8. Часто теряет личные вещи, необходимые для занятия  9. Забывчив. |
| 2. Гиперактивность/ импульсивность | Гиперактивность:  1. Подросток суетлив.  2. Неспособен усидеть на одном месте.  3. Много, но нецеленаправленно двигается (бегает, крутится, ерзает на своём месте).  4. Не может тихо, спокойно выполнять задания.  5. Всегда нацелен на движение, ведёт себя как «perpetuum mobile».  6. Болтлив.  Импульсивность:  1. Часто начинает отвечать, не подумав и даже не дослушав вопрос.  2. С трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.  3. В разговоре часто прерывает, мешает окружающим. |

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3**

Таблица 4.

Первичная диагностика определения СДВГ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. |  | Критерии нарушения внимания | | | | | | | | | Критерии гиперактивности | | | | | | | Критерии импульсивности | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | | **1** | **2** | **3** |
| 1. | Асылгараев С. А. | |  |  | **+** | **+** |  |  |  |  |  | | **+** |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 2. | Блинков И.А. | |  |  |  |  |  |  | **+** |  |  | |  |  |  |  |  | **+** | | **+** |  |  |
| 3. | Бобин С. А. | | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** |  | **+** | | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | | **+** |  | **+** |
| 4. | Боровский Н. В. | | **+** | **+** | **+** |  | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** |  | | **+** | **+** | **+** |
| 5. | Витовский С.В. | |  | **+** | **+** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 6. | Володин А.А. | | **+** | **+** |  |  |  |  |  |  | **+** | |  |  |  |  |  | **+** | | **+** |  |  |
| 7. | Власов К. А. | |  |  | **+** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 8. | Грищенко А.М. | | **+** | **+** |  |  | **+** |  | **+** |  |  | |  |  |  | **+** |  | **+** | |  | **+** |  |
| 9. | Долматов Р.А. | |  |  |  |  |  | **+** | **+** |  | **+** | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 10. | Давыдов А.К. | |  |  | **+** |  | **+** |  |  |  |  | | **+** |  |  | **+** |  |  | |  |  |  |
| 11. | Завьялов Е.М. | |  |  |  | **+** |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 12. | Иванов А.А. | | **+** |  |  |  |  |  | **+** |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 13. | Кольцова Е.А. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 14. | Крылов С.С. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 15. | Казаков Р.А. | | **+** |  | **+** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 16. | Логинов О.В. | | **+** |  |  |  |  |  | **+** |  |  | | **+** |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 17. | Малютин К.Ю. | | **+** | **+** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | **+** |  |  |
| 18. | Никитин Г. В. | |  |  |  | **+** |  |  | **+** |  |  | | **+** |  |  |  |  |  | | **+** |  |  |
| 19. | Петреев Р.Ю. | | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** |  |  | **+** | | **+** |  |  | **+** |  | **+** | | **+** |  | **+** |
| 20. | Попов Е.Ю. | | **+** | **+** |  |  |  |  |  |  | **+** | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 21. | Регузов Ф.Ю. | |  |  | **+** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | **+** | |  |  |  |
| 22. | Романов И.В. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 23. | Свиридов А. И. | | **+** |  |  |  |  |  | **+** |  | **+** | | **+** | **+** |  |  |  | **+** | |  |  | **+** |
| 24. | Слюньков А.А. | |  |  |  |  | **+** |  |  |  |  | | **+** |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 25. | Тишечко А.В. | |  | **+** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 26. | Чемель Л.В. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 27. | Шайхутдинов Р.Р. | | **+** |  |  |  |  |  |  | **+** | **+** | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |

**+** соответствие критерию

**ПРИЛОЖЕНИЕ 4**

Таблица 5.

Итоговая диагностика определения СДВГ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Ф.И.О. |  | Критерии нарушения внимания | | | | | | | | | Критерии гиперактивности | | | | | | | Критерии импульсивности | | | |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | | **1** | **2** | **3** |
| 1. | Асылгараев С. А. | |  |  | **+** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 2. | Блинков И.А. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | **+** | |  |  |  |
| 3. | Бобин С. А. | | **+** | **+** | **+** |  | **+** | **+** | **+** |  |  | | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | | **+** |  | **+** |
| 4. | Боровский Н. В. | | **+** | + | **+** |  | **+** | **+** |  | **+** |  | | **+** |  | **+** | **+** | **+** |  | | **+** |  | **+** |
| 5. | Витовский С.В. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 6. | Володин А.А. | | **+** | **+** |  |  |  |  |  |  | **+** | |  |  |  |  |  | **+** | | **+** |  |  |
| 7. | Власов К. А. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 8. | Грищенко А.М. | | **+** |  |  |  |  |  | **+** |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  | **+** |  |
| 9. | Долматов Р.А. | |  |  |  |  |  |  | **+** |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 10. | Давыдов А.К. | |  |  |  |  | **+** |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 11. | Завьялов Е.М. | |  |  |  | **+** |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 12. | Иванов А.А. | |  |  |  |  |  |  | **+** |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 13. | Кольцова Е.А. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 14. | Крылов С.С. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 15. | Казаков Р.А. | |  |  | **+** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 16. | Логинов О.В. | |  |  |  |  |  |  | **+** |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 17. | Малютин К.Ю. | | **+** |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | | **+** |  |  |
| 18. | Никитин Г. В. | |  |  |  |  |  |  | **+** |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 19. | Петреев Р.Ю. | | **+** |  | **+** | **+** | **+** |  |  |  | **+** | |  |  |  | **+** |  | **+** | |  |  | **+** |
| 20. | Попов Е.Ю. | |  | **+** |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 21. | Регузов Ф.Ю. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | **+** | |  |  |  |
| 22. | Романов И.В. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 23. | Свиридов А. И. | |  |  |  |  |  |  |  |  | **+** | |  | **+** |  |  |  | **+** | |  |  |  |
| 24. | Слюньков А.А. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **+** |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 25. | Тишечко А.В. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 26. | Чемель Л.В. | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 27. | Шайхутдинов Р.Р. | |  |  |  |  |  |  |  | **+** |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |

+ соответствие критерию

**ПРИЛОЖЕНИЕ 5**

Таблица 6.

Свод показателей диагностики СДВГ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Критерии СДВГ | Первичная диагностика определения СДВГ,  (кол-во.) | % от всего  чел. | Итоговая диагностика определения СДВГ,  (кол-во) | % от всего  чел. | Темп роста (+,-) |
| 1. | *Нарушение внимания* |  |  |  |  |  |
|  | Подросток не может сосредоточиться, делает много ошибок из-за невнимательности | 12 | 44,44 | 6 | 22,22 | -22,22 |
|  | Ему трудно поддерживать внимание при выполнении заданий | 9 | 33,33 | 4 | 14,81 | -18,52 |
|  | Легко отвлекается на посторонние стимулы | 9 | 33,33 | 5 | 18,51 | -14,82 |
|  | Не может до конца закончить поставленную задачу | 5 | 18,52 | 2 | 7,41 | -11,11 |
|  | Слушает, но кажется, что не слышит | 6 | 22,22 | 4 | 14,81 | -7,41 |
|  | Избегает выполнения задач, требующих постоянного внимания | 4 | 14,80 | 2 | 7,40 | -7,40 |
|  | Плохо организован | 9 | 33,33 | 6 | 22,22 | -11,11 |
|  | Часто теряет личные вещи, необходимые для занятия | 2 | 7,40 | 2 | 7,40 | 0 |
|  | Забывчив | 8 | 29,63 | 3 | 11,11 | -18,52 |
| 2. | *Гиперактивность* |  |  |  |  |  |
|  | Подросток суетлив | 9 | 33,33 | 3 | 11,11 | -22,22 |
|  | Неспособен усидеть на одном месте | 3 | 11,11 | 2 | 7,40 | -8,41 |
|  | Много, но нецеленаправленно двигается (бегает, крутится, ерзает на своём месте) | 2 | 7,40 | 2 | 7,40 | 0 |
|  | Не может тихо, спокойно выполнять задания | 5 | 18,52 | 3 | 11,11 | -7,41 |
|  | Всегда нацелен на движение, ведёт себя как «perpetuum mobile» | 2 | 7,40 | 2 | 7,40 | 0 |
|  | Болтлив | 7 | 25,92 | 6 | 22,22 | -3,7 |
| 3 | *Импульсивность* |  |  |  |  |  |
|  | Часто начинает отвечать, не подумав и даже не дослушав вопрос | 7 | 25,92 | 4 | 14,80 | -11,12 |
|  | С трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях | 2 | 7,40 | 1 | 3,7 | -3,7 |
|  | В разговоре часто прерывает, мешает окружающим | 4 | 14,80 | 3 | 11,11 | -3,69 |
|  | **Всего 27 человек** |  | 100 |  | 100 |  |

**ПРИЛОЖЕНИЕ 6**

Таблица 7.

Цели семейной терапии и пути их реализации

|  |  |
| --- | --- |
| Цели социотерапевтического семейного вмешательства | Средства реализации |
| 1. Снижение уровня семейных стрессов, включая стрессы, связанные с поведением ребенка с СДВГ | Семейное консультирование, индивидуальное консультирование ребенка |
| 2. Информационное просвещение родителей о состояниях, протекающих с СДВГ; обмен информацией между родителями, формирование общего опыта разрешения общих проблем | Повышение уровня родительской компетентности:   * обучающий родительский семинар * формирование групп родительской поддержки * тренинг социальных родительских навыков |
| 3. Обучение стратегиям преодоления конфликтов во взаимоотношениях | Организация взаимодействия и сотрудничества групп родительской поддержки |
| 4. Обучение навыкам позитивного взаимодействия с ребенком, страдающим СДВГ, и межличностным взаимодействиям в семье |  |

**ПРИЛОЖЕНИЕ 7**

**Лабиринты, нарисованные американским художником**

**Айзеком Тэйером**

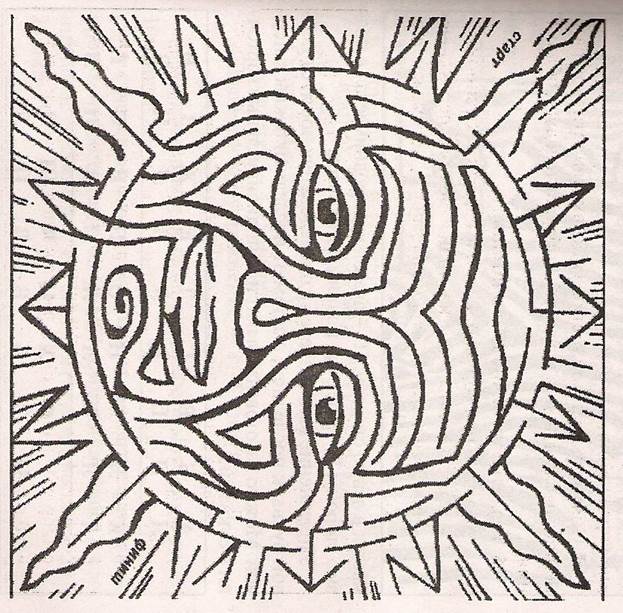
****

Рисунок 3. Лабиринт «Солнце»

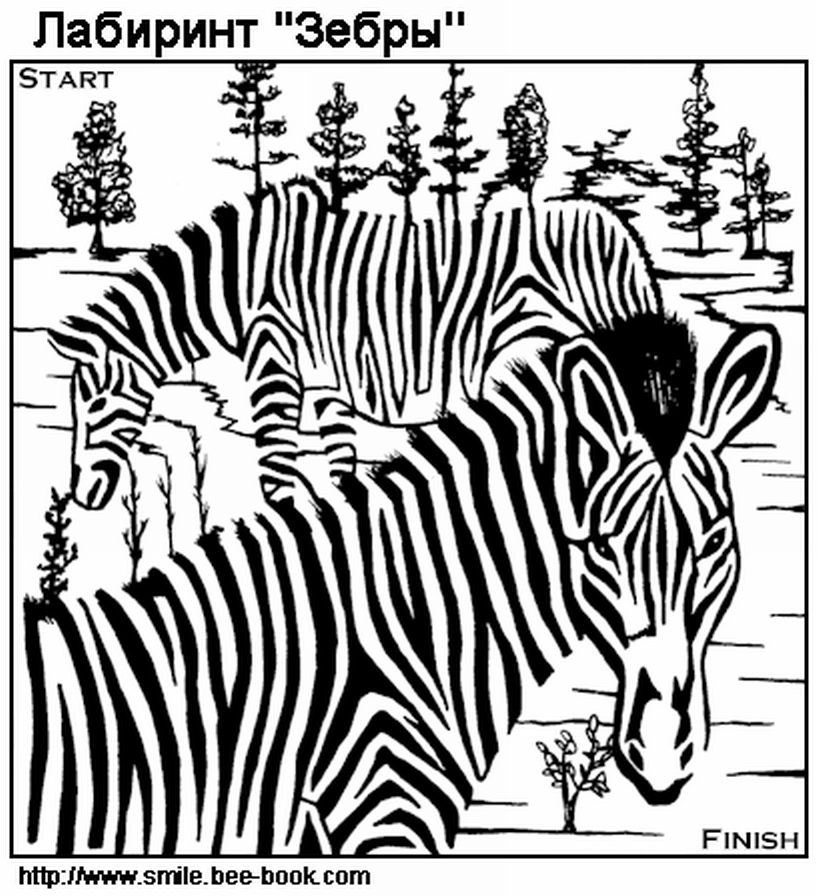
****

Рисунок 4. Лабиринт «Зебры»

****

Рисунок 5. Лабиринт «Филин»

**ПРИЛОЖЕНИЕ 8**

**Практические рекомендации родителям подростков с СДВГ**

1. В своих отношениях с ребенком придерживайтесь “позитивной модели”. Хвалите его в каждом случае, когда он этого заслужил, подчеркивайте успехи. Это поможет укрепить уверенность ребенка в собственных силах.
2. Избегайте повторений слов “нет” и “нельзя”.
3. Говорите сдержанно, спокойно и мягко.
4. Давайте ребенку только одно задание на определенный отрезок времени, чтобы он мог его завершить.
5. Для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию.
6. Поощряйте ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (например, работа с кубиками, раскрашивание, чтение).
7. Поддерживайте дома четкий распорядок дня. Время приема пищи, выполнения домашних заданий и сна должно соответствовать этому распорядку.
8. Избегайте беспокойных, шумных приятелей.
9. Оберегайте ребенка от утомления, поскольку оно приводит к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности.

10) Давайте ребенку возможность расходовать избыточную энергию. Полезна ежедневная физическая активность на свежем воздухе: длительные прогулки, бег, спортивные занятия.

11) Постоянно учитывайте недостатки поведения ребенка.