Министерство Образования и науки Российской Федерации

Федеральное агентство по образованию РФ

ГОУ ВПО «Ивановский государственный университет»

Социолого-психологический факультет

Кафедра психологии

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

ТЕМА: **«ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ ГИПЕРАКТИВНЫХ ДЕТЕЙ»**

Студент(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Шахова Н.С.

Научный руководитель:

к. псх.н., доцент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Круглова Е.А.

Зав. кафедрой:

к. псх.н., доцент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Турчин А.С.

Допущена к защите:

Иваново 2008г.

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

Введение

1. Проблема гиперактивности в психологических исследованиях

1.1 История изучения детской гиперактивности

1.2 Причины формирования и проявления гиперактивного поведения

1.3 Опасности первых лет жизни

1.4 Особенности развития гиперактивных детей

1.5 Возрастная динамика гиперактивного поведения

1.6 Виды готовности к школьному обучению

2. Организационно-методологические основы эмпирического исследования

2.1 Цель, задачи, объект, предмет, гипотеза, выборка исследования

2.2 Методики эмпирического исследования

2.3 Процедура эмпирического исследования

3. Результаты эмпирического исследования

3.1 Результаты изучения зрелости детей, поступающих в первый класс

3.2 Диагностика особенностей мышления испытуемых

3.3 Результаты диагностики наличия внутренней позиции школьника

3.4 Диагностика и формирование мотивации учения дошкольников

3.5 Результаты диагностики самооценки испытуемых

Выводы и рекомендации

Заключение

Список литературы

Приложение 1

Приложение 2

Приложение 3

Приложение 4

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность исследования*.*** Начало школьного обучения – закономерный этап на жизненном пути ребёнка: каждый дошкольник, достигая определенного возраста, идёт в школу.

На протяжении двух десятков лет актуальным остается вопрос: «В каком возрасте лучше начать систематическое школьное обучение: в шесть или семь лет, а может быть в восемь? Справится ли ребёнок со школьной нагрузкой? Как подготовить его к школе? Как помочь маленькому школьнику, когда он столкнётся с первыми школьными трудностями? Эти вопросы беспокоят родителей и воспитателей, будущих первоклассников, с ними они обращаются к практическим психологам, работающих в детских садах и начальной школе. Озабоченность родителей и педагогов понятна: ведь от того насколько успешным будет начало школьного обучения, зависит успеваемость ученика в последующие годы, его отношение к школе, учению и, в конечном счете, благополучие в его школьной и взрослой жизни.

Так как путь развития каждого ребёнка очень индивидуален, то к школьному возрасту, дети приходят с совершенно разным багажом опыта – знаниями, умениями, навыками и привычками.

Обычно, когда говорят о готовности к школьному обучению, имеют ввиду такой уровень физического, психического и социального развития ребёнка, который необходим для успешного усвоения школьной программы без ущерба для его здоровья. Следовательно, понятие «готовность к обучению в школе» включает: физиологическую готовность к школьному обучению, психологическую готовность и социальную или личностную готовность к обучению в школе.

Все три составляющие школьной готовности тесно взаимосвязаны, недостатки в формировании любой из её сторон, так или иначе, сказываются на успешности обучения в школе. Развитие основных функциональных систем организма ребёнка и состояние его здоровья (физиологическая готовность) составляют фундамент школьной готовности.

Особую проблему составляет готовность к школьному обучению гиперактивных детей. Детская гиперактивность в настоящее время очень распространенный синдром, вызванный расстройствами нервной системы ребенка вследствие неблагоприятных факторов беременности и родов. Главной проблемой гиперактивных детей в школе является несоответствие их интеллектуального развития уровню успеваемости. При этом практически все педагоги причину данного явления видят в недостаточной готовности данной группы детей к школе. Изучению особенностей этого феномена посвящена данная дипломная работа.

**Целью** данной работы является изучение особенностей интеллектуальной и личностной готовности гиперактивных детей к школьному обучению.

**Объект исследования –** синдром гиперактивности.

**Предмет исследования:** особенности готовности гиперактивных детей к школе.

**Гипотеза исследования:** Психологическая готовность гиперактивных детей к школьному обучению обладает определенными особенностями; гиперактивные дети обладают более низким уровнем готовности к школе.

**Задачи исследования:**

1. Теоретический анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования.
2. Выбор теоретического основания и подбор методик для изучения особенностей социальной и личностной готовности к школе детей 5-7 летнего возраста.
3. Организация и проведение эмпирического исследования.
4. Обработка полученных данных.
5. Выявление особенностей готовности к школе гиперактивных детей.
6. Формулировка выводов и рекомендаций по работе с гиперактивными детьми.

**Методы исследования.** В соответствии с целями и задачами работы нами использовались следующие методы:

1. Теоретический анализ психолого – педагогической литературы по проблеме исследования.
2. Метод тестирования с целью выявления готовности к школе гиперактивных и негиперактивных детей.
3. Беседы с испытуемыми.
4. Наблюдение.
5. Статистический анализ полученных эмпирических данных.

**Теоретическая значимость исследования** состоит в обобщении и систематизации теоретического материала по проблеме гиперактивности, причин и особенностей данного феномена у детей дошкольного возраста.

**Практическая значимость исследования:** результаты исследования и предложенные нами рекомендации могут использоваться практическими психологами в консультировании, а также родителями и учителями в процессе воспитания и обучения гиперактивных детей.

**Выборка исследования:** в качестве испытуемых были привлечены дошкольники в возрасте от 5,5 до 7 лет. Эмпирическое исследование проводилось на базе школы будущего первоклассника общеобразовательной школы №2, г. Тейково. Группа дошкольников, являющихся гиперактивными (группа 1) состояла из 30 испытуемых, из них 20 мальчиков и 10 девочек. Группа дошкольников, не являющихся гиперактивными (группа 2), так же состояла из 30 человек, из них 18 мальчиков и 12 девочек.

**Достоверность результатов,** полученных в дипломной работе, обеспечена целостностью использованных психологических концепций, а также использованием современных методов математической обработки результатов исследования.

**Структура работы:** Дипломная работа состоит из введения, из трех глав, заключения, списка литературы и приложений.

**1. ПРОБЛЕМА ГИПЕРАКТИВНОСТИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ**

**1.1 История изучения синдрома гиперактивности**

История изучения этого заболевания - недлинный, но насыщенный фактами период, составляющий около 150 лет. Впервые описал чрезвычайно подвижного ребенка, который ни секунды не мог спокойно усидеть на стуле, немецкий врач-психоневролог Генрих Хаффман. Он дал ему прозвище Непоседа Фил [1,14,16,23].

Несмотря на то, что изучение невротических отклонений поведения и учебных трудностей занимались многие ученые, долгое время не существовало научного определения таких состояний. Были периоды спада и повышенного внимания к этой проблеме. В 1947 г. педиатры попытались дать четкое клиническое обоснование так называемым гиперподвижным детям, у которых часто возникали проблемы с учебой. Однако вопрос о терминологии этого состояния остался нерешенным.

До настоящего времени не было единой точки зрения в отношении названия этого заболевания. Порой авторы вкладывали в один и тот же термин самое различное содержание.

Что такое гиперактивность?

"Гипер…" - (от греч. Hyper - над, сверху) - составная часть сложных слов, указывающая на превышение нормы. Слово "активный" пришло в русский язык из латинского "activus" и означает "действенный, деятельный".

Немного существует заболеваний, имеющих столь многочисленные названия. Мы приведём лишь некоторые из них: "легкая дисфункция мозга", "гиперкинетический хронический мозговой синдром", "легкое повреждение мозга", "легкая детская энцефалопатия", "гиперкинез", "гиперактивность", "гиперкинетические импульсивные нарушения", "минимальная мозговая дисфункция" и многие другие.

Переход к массовому школьному обучению заставил внимательно рассмотреть этот вопрос. Были выделены особые категории детей, плохо справляющихся с учебной деятельностью. Традиционные формы воспитания и обучения оказывались здесь неэффективными, поэтому таких учащихся стали именовать исключительными (в негативном аспекте), подчеркивая болезненную природу их ума и характера.

Французские авторы Ж.Филипп и П.Бонкур в книге "Психологические аномалии среди учащихся" (в переводе на русский язык эта книга вышла в 1911 году) среди "психически ненормальных учеников" наряду с отсталыми, эпилептиками, астениками, истериками, выделяли и так называемых неустойчивых учеников [7].

Термин "легкая дисфункция мозга" появился в периодической медицинской печали в 1963 г. после совещания международных экспертов-неврологов, проводившегося в Оксфорде.

По крайней мере, 100 клинических проявлений входило в понятие "легкая дисфункция мозга", включая дисграфию (нарушение письма), дизартрию (нарушение артикуляции речи), дискалькулию (нарушение счета), гиперактивность, недостаточную концентрацию внимания, агрессивность, неуклюжесть, инфантильное поведение и другие.

Термин "легкая дисфункция мозга" нелегко вводился в медицинскую среду. Были направлены анкеты 10 зарубежным педиатрам с вопросам: "Что Вы понимаете под термином "Легкая дисфункция мозга"?". Ответы были самыми разными. Подразумевалась и умственная отсталость, и нарушение координации, и другие отклонения вплоть до начальной стадии олигофрении.

В 1966 г. S.D. Clemens дал следующее определение этого заболевания у детей: "заболевание со средним или близким к среднему интеллектуальному уровнем, с нарушением поведения от легкой до выраженной степени в сочетании с минимальными отклонениями в центральной нервной системе, которые могут характеризоваться различными сочетаниями нарушений речи, памяти, контроля внимания, двигательной функции" [4, с.15]. По его мнению, индивидуальные различия у детей могут быть результатом генетических отклонений, биохимических нарушений, инсультов в перинатальном периоде, заболеваний или травм в периоды критического развития центральной нервной системы или других органических причин неизвестного происхождения.[4, с.11]

Значительно позднее начали изучать эту проблему отечественные врачи. Наш известный педиатр Ю.Ф. Домбровская в выступлении на симпозиуме, посвященном роли психогенного фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней, который состоялся в 1972 г., выделила группу "трудновоспитуемых" детей, которые доставляют больше всего проблем родителям и педагогам.[8, c.25]

С годами бессилие педагогических методов коррекция гиперактивности становилось все более очевидным. Ведь явно или неявно эти методы опирались на старое представление об изъянах воспитания как источнике данной проблемы, тогда как ее психопатологическая природа требовала иного подхода. Опыт свидетельствовал, что школьную неуспеваемость гиперактивных детей несправедливо относить на счет их умственной неполноценности, а их недисциплинированность невозможно скорректировать сугубо дисциплинарными методами. Источники гиперактивности следовало искать в нарушениях нервной системы и в соответствии с этим планировать коррекционные мероприятия.

Исследования в этой области привели ученых к выводу, что в данном случае причиной нарушений поведения выступает дисбаланс процессов возбуждения и торможения в нервной системе. Был локализован и "участок ответственности" за данную проблему - ретикулярная формация. Этот отдел центральной нервной системы "отвечает" за человеческую энергию, за двигательную активность и выраженность эмоций, воздействуя на кору больших полушарий и другие вышележащие структуры. Вследствие различных органических нарушений ретикулярная формация может находиться в перевозбужденном состоянии, и поэтому ребенок становится расторможенным.

Непосредственной причиной нарушения называли минимальную мозговую дисфункцию, то есть множество микроповреждения мозговых структур (возникающих вследствие родовой травмы, асфиксии новорожденных и множества подобных причин). При этом грубые очаговые повреждения мозга отсутствуют. В зависимости от степени поражения ретикулярной формации и нарушений со стороны близлежащих отделом мозга возникают более или менее выраженные проявления двигательной расторможенности. Именно на моторном компоненте этого нарушения и сосредоточили внимание отечественные исследователи, назвав его гипердинамическим синдромом [12, с. 4]

После множества изменений в терминологии заболевания специалисты, наконец, остановились на названии, несколько сложном для понимания читателя, но более точно отражающем его сущность: "синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)". Именно под этим названием данная патология вошла в американскую классификацию заболеваний [4, c.11].

Значительным событием была публикация американскими учеными в 1987 г. ревизии (пересмотра) третьего издания "Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям (DSM-III-R)", что внесло большой вклад в диагностические критерии и даже изменило название заболевания, о чем говорилось выше.

Строгие критерии позволяют стандартизировать методику диагностирования детей с риском такого заболевания и дают возможность сравнивать данные, полученные исследователями в разных странах.

В последние годы этому заболеванию начинают уделять все больше внимания во всех странах, в том числе и у нас. Об этом свидетельствует растущее число публикаций по данной теме. Если в 1957-1960 гг. их было 31, то в 1960-1975 гг. - 2000, а в 1977 -1980 гг. - 7000. В настоящее время ежегодно по этой проблеме публикуется 2000 и более статей и книг [23,27].

**1.2 Причины формирования и проявления гиперактивного поведения**

Существует много теорий относительно того, что вызывает у ребенка синдром дефицита внимания с гиперактивностью, проверены и проанализированы сотни тысяч больных, однако сказать, что картина очевидна до конца, пока нельзя. Белые пятна еще остаются. Но врачи и в Европе, и в Америке, и в России работают над решением проблемы, работают успешно, и многие причины уже можно назвать.

Существуют различные мнения о причинах возникновения гиперактивности:

* *Наследственность.*

По данным некоторых специалистов, у 57% родителей, чьи дети страдают этим заболеванием, в детстве отмечались такие же симптомы. Многие на приеме у врача рассказывают про свое трудное детство: как непросто было им в школе, сколько приходилось лечиться, и вот теперь те же проблемы возникают у собственных детей.

Правда, довольно часто в таких семьях, кроме симптомов СДВГ, наблюдаются и другие проблемы: употребление алкоголя, наличие асоциальных психопатий, аффективных расстройств; многие матери имеют серьезные аллергические заболевания, такие как астма, сенная лихорадка, экзема или же страдают мигренью. Ученые-генетики пытаются найти точный ответ, какой все-таки ген несет ответственность за столь тяжелые испытания, выпавшие на долю безвинных детей.

И кое-что уже известно. Например, имеются данные о наличии изменений генетического характера при СДВГ, локализованных в 11-й и 5-й хромосомах. Большое значение придается гену рецептора дофамина D4 и гену - переносчику дофамина. Специалисты выдвинули гипотезу о причине заболевания, в основе которой лежит взаимодействие вышеназванных генов. И оно вызывает снижение функций нейромедиаторной системы головного мозга. Но поиски продолжаются.

* *Здоровье матери.*

Гиперактивные дети часто рождаются у матерей, страдающих аллергическими заболеваниями, например сенной лихорадкой, астмой экземой или мигренью.

* *Беременность и роды.*

По одной из теорий считается, что СДВГ связано с органическим поражением головного мозга, которое может возникнуть во время беременности, родов, а также в первые дни жизни ребенка.

Большую опасность в данном случае вызывает внутриутробная гипоксия (кислородное голодание плода), к которой особенно чувствителен развивающийся мозг. Вот почему очень важно, чтобы беременность протекала нормально, без патологий, чтобы будущая мать соблюдала все требования, предъявляемые врачом. Ведь эти требования придуманы не просто для осложнения жизни молодой женщины. Известно, что потребность в кислороде у беременных повышается на 25-30% за счет того, что ребенок забирает его из крови матери. Поэтому нужно много гулять, дышать свежим воздухом, ездить на природу все девять месяцев. А самое главное - отказаться от сигарет и алкоголя.[11,14].

Никотин, спазмируя артерии матки, лишает ребенка питания и кислорода, кроме того, он чрезвычайно вреден для нервных клеток. Алкоголь, проникая через плаценту в кровь, наносит мощный удар по формирующемуся мозгу. Как здесь не нарушиться его функциям! Серьезную угрозу представляют и некоторые лекарства, особенно в первой половине беременности, а потому, прежде чем принять любой, даже самый безобидный препарат, необходимо проконсультироваться с лечащим врачом. Очень важно также правильно питаться.

Вообще, любые проблемы во время беременности и родов - какими бы незначительными они ни казались непросвещенному человеку - могут иметь различные отрицательные последствия, которые обычно проявляются не сразу после рождения ребенка, а спустя некоторое время. Речь идет об угрозе выкидыша, токсикозах, обострениях хронических заболеваний у матери, перенесенных инфекциях.

Замечено, что если ребенок в утробе ведет себя очень буйно, то это может быть признаком будущей гиперактивности, что, в общем-то, и понятно: обычно детки шумят, когда им не хватает кислорода. На языке медицины это называется "хроническая внутриутробная гипоксия". Очень опасны во время беременности травмы в области живота. Впрочем, страшны травмы не только физические, но и психологические, различные стрессы, а также, что отмечают многие специалисты, нежелание матери иметь данного ребенка. Мы уже не говорим о неудавшихся попытках прервать беременность.

Большое значение имеют и иммунологическая несовместимость по резус-фактору, и возраст родителей. Исследования показали, что риск развития патологии велик, если возраст матери во время беременности был меньше 19 или больше 30 лет, а возраст отца превышал 39 лет.

На развитие заболевания влияют и осложнения при родах: преждевременные, скоротечные или затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, отравление наркозом при кесаревом сечении, длительный (более 12 часов) безводный период. Родовые осложнения, связанные с неправильным положением плода, обвитие его пуповиной, помимо асфиксии, могут повлечь за собой внутренние мозговые кровоизлияния, различные травмы, в том числе плохо диагностируемые легкие смещения шейных позвонков.  
 Все это может отрицательно сказаться на развитии ребенка, его мозговой деятельности. Но, как отмечают врачи, если лечение данных патологий начать в раннем возрасте, то синдром дефицита внимания с гиперактивностью может не случиться, а если и появятся его признаки, то они будут куда слабее, чем при отсутствии лечения.

* *Дефицит жирных кислот в организме*.

Исследования показали, что многие гиперактивные дети страдают от нехватки основных жирных кислот в организме. Симптомами этого дефицита является постоянное чувство жажды, сухость кожи, сухие волосы, частое мочеиспускание, случаи аллергических заболеваний в роду (астма и экзема).

* *Окружающая среда.*

Можно предположить, что экологическое неблагополучие, которое сейчас переживают все страны, вносит определенный вклад в рост количества нервно-психических заболеваний, в том числе и СДВГ.

Например, диоксины - сверхъядовитые вещества, возникающие при производстве, обработке и сжигании хлорированных углеводородов. Они часто применятся в промышленности и домашнем хозяйстве и могут приводить к канцерогенному и психотропному действиям, а также к тяжелым врожденным аномалиям у детей. Загрязнение окружающей среды солями тяжелых металлов, таких, как молибден, кадмий, ведет к расстройству центральной нервной системы. Соединения цинка и хрома играют роль канцерогенов.

Увеличение содержания свинца - сильнейшего нейротоксина - в окружающей среде может быть причиной появления поведенческих нарушений у детей. Известно, что содержание свинца в атмосфере в настоящее время в 2000 раз выше, чем до времени начала индустриальной революции [4, c.47].

* *Дефицит питательных элементов.*

У многих гиперактивных детей в организме не хватает цинка, магния и витамина В12 [26, с.15].

* *Питание.*

В современной педиатрии существует точка зрения, что одной из причин гиперактивности может стать неправильное питание ребенка. И далеко за примерами ходить не надо, достаточно проанализировать нынешний рост заболеваемости СДВГ и продукты, которые сегодня попадают на стол ребенку. Ведь, как известно, в большинстве из них содержатся различные консерванты, ароматизаторы, искусственные наполнители, пищевые красители, которые негативно влияют на нейрохимические процессы. А гиперактивность, нарушение внимания, беспокойство - все это проявления, в том числе химического дисбаланса мозга. Кроме того, опасным в данном случае может стать любой продукт, который вызывает аллергию у ребенка.

Современные дети неразлучны с бутылками колы, фанты, спрайта и прочих "замечательных" напитков. Помимо большого количества сахара (о вреде которого тоже будет сказано), в них содержится столько пищевых красителей и ароматизаторов, что они просто не успевают выводиться естественным путем. Это вызывает большое скопление шлаков, биохимически отравляющих организм. И ребенок ежедневно подвергается длительной атаке отравляющими веществами - токсикозу. Хорошо, если у него механизмы детоксикации (выведения токсинов) работают нормально. А если нет? Вот и начинаются сбои всех систем. Даже безобидный, казалось бы, апельсиновый баночный сок может нанести серьезный удар по организму.

Американцы, например, установили, что после употребления такого витаминного напитка в моче детей через 24 часа обнаруживается в большом количестве цинк. (Цинк - важнейший минерал, активно участвующий в большинстве процессов и влияющий на умственную деятельность человека, на его способности к обучению и на характер поведения.) Так вот, этот необходимый элемент просто вымывается апельсиновым соком. Почему? А потому, что в консервированном соке содержится популярный пищевой краситель тертазин, который и обладает способностью "выгонять" из организма цинк.

Особенно недопустимо кормить ребенка "взрослыми" консервами. Они перенасыщены солью и консервантами (нитритами, глутаматами и др.), которые, как известно, далеко не безвредны. Они плохо перевариваются, раздражают слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта, способствуют возникновению кишечных заболеваний и аллергии. Нитриты, соединяясь в организме с продуктами неполного распада белков - амидами и аминами, образуют чрезвычайно канцерогенные нитрозосоединения. Замечено, что на гиперактивность ребенка влияют и салицилаты. А они находятся в коре, листьях растений и деревьев (маслины, кофе и др.), в малых количествах - во фруктах (апельсины, земляника, яблоки, слива, вишня, малина, виноград).

Кофе, да и черный чай, для детей младшего возраста вообще следует исключить. И исключить надолго. Известно, что в этих ароматных напитках содержится сильнодействующее вещество - кофеин, который стимулирует возбудимость сосудодвигательных центров головного мозга. Кроме того, он опасен для работы сердца, так как увеличивает силу и частоту сокращений сердечной мышцы (заставляет сердце биться быстрее, чрезмерно напрягая его), способствует повышению артериального давления. Кофеин, содержащийся в кофе и черном чае, разрушает витамины группы В, снижает содержание железа, калия, кальция и цинка, то есть тех элементов, без которых ребенок с синдромом гиперактивности просто не может существовать. В кофе содержатся также смолы и кислоты, которые вредны для пищеварительного тракта.

Что, касается, сахара и углевода, мы считаем, что этим наши дети просто завалены нынче. И промышленность постоянно работает над тем, чтобы их было все больше и больше, чтобы они были все вкуснее и привлекательнее. Мощные юноши и изящные девушки с экранов телевизоров каждую рекламную паузу приглашают "сникерснуть" или окунуться в "райское блаженство с баунти", пухлые детишки настаивают на полезных завтраках, а расторопные мамы - на вкусных блюдах из спагетти. Все это - конфеты, мороженое, прохладительные напитки, булочки, хлопья для завтрака, пицца, макароны, чипсы - пища, которая очень быстро наполняет человека глюкозой.

Одно время жуткому гонению врачей, борющихся с синдромом гиперактивности, подвергался рафинированный сахар. Но сейчас доказано, что сахар может быть как опасным, так и абсолютно безвредным. Например, если употреблять его с белками, то никаких нарушений не последует, а вот если с крахмалами (как в кондитерских изделиях), то он может вызвать нарушение поведения даже у спокойных детей.

Как это происходит? Сахар и углеводы в избытке наполняют кровь глюкозой, в результате организм вынужден производить большое количество инсулина, чтобы переработать ее. Происходит резкое падение уровня сахара в крови, подчас слишком сильное - такое состояние называется гипогликемией. Возникает слабость, усталость. Чтобы нейтрализовать это состояние, организм производит мощный выброс гормонов энергии (например, адреналина), сосуды сжимаются, меняется сердечный ритм, может появиться озноб конечностей. Автономная нервная система, отвечающая за непроизвольные физические процессы, в результате подавляется, что проявляется в нервозности, страхах, одышке. Мышцы напряжены и готовы к действию. И они начинают действовать.  
 Внимательно надо относиться и к продуктам, которые могут вызвать аллергию. Обычно это яйца, коровье молоко, помидоры, цитрусовые, экзотические для нашего ребенка фрукты типа киви, манго, ананаса и т. д. И еще один важный момент. Гиперактивность усиливается (это не причина возникновения болезни, но фактор, влияющий на ее течение), если у ребенка наблюдается избыточное образование солей. Именно они резко усиливают возбудимость человека.

Сообщения доктора B.F.Feingolda [1975] о том, то у 35-50% гиперактивных детей наблюдалось значительное улучшение поведения после исключения из их диеты продуктов, содержащих пищевые добавки, вызвали большой интерес. Но эти данные последующими исследованиями не подтвердились". [4, с.46]

* *Отношения внутри семьи.*

Исследования, проведенные Брязгуновым И.П., Касатиковой Е.В. показали, что две трети детей, характеризующихся как гиперактивные - это дети из семей высокого социального риска. К ним относятся семьи:

* с неблагополучным экономическим положением (один или оба родителя безработные, неудовлетворительные материально-бытовые условия, отсутствие постоянного места жительства);
* с неблагоприятной демографической ситуацией (неполные и многодетные семьи, отсутствие обоих родителей);
* семьи с высоки уровнем психологической напряженности (постоянные ссоры и конфликты между родителями, трудности во взаимоотношениях между родителями и детьми, жесткое обращение с ребенком);
* семьи, ведущие асоциальный образ жизни (родители страдают алкоголизмом, наркоманией, психическими заболеваниями, ведут аморальный образ жизни, совершают правонарушения).

В семьях высокого социального риска детям практически не уделяют внимания. Педагогическая запущенность способствует отставанию ребенка в психическом развитии. Такие дети, имея от рождения нормальный уровень интеллекта, на 2-3 году обучения попадают в классы коррекции, потому что родители совсем не занимаются их развитием. У этих детей могут появляться признаки эмоциональной депривации - эмоционального "голода", вследствие недостатка материнской ласки и нормального человеческого общения. Они готовы привязаться к любому человеку, который проявит заботу о них. В подростковом возрасте они часто попадают в асоциальные компании.

Причиной гиперактивности ребенка может стать и неудовлетворение ребенка общением с близкими людьми, отсутствием эмоционального контакта во внешне благополучных семьях (Л.С.Алексеева,1997).

Характерно, что и как гиперактивные дети предают в рисунке своей семьи. Понимая, что такое семья, перечислив всех ее членов, в том числе и себя, они, прежде всего, рисуют предметы: дома, деревья, облака, траву, только потом переходят к изображению людей. А, изобразив членов семьи: папу, маму, тетю, бабушку, очень часто "забывают" найти в этом кругу людей место для себя. На вопрос: "Почему же тебя нет на рисунке?" - ребенок обычно отвечает: "А я на кухне", "А я в детском саду", "А я на улице". То есть через рисунок семьи передается отсутствие теплого, тесного контакта ребенка с близкими взрослыми, чувства других и себя среди этих других, проявятся отдаленностьи отдельность от них, и прежде всего от матери [15, c.13].

Вообще для всех гиперактивных детей любовь матери (любит? - не любит?), ее проявление в разных ситуациях не просто актуальная, а доминирующая тема среди всех других. Это свидетельствует о том, что присущая малышу потребность в эмоциональном контакте с близким взрослым не удовлетворена. Хорошо, если ребенок "достучится" до взрослого, а взрослый услышит этот "крик" души.

Можно дополнить картину взаимоотношений гиперактивного ребенка с близким взрослым еще некоторыми особенностями. Так, обследований детей показывает, что во многих семьях гиперактивные дети находятся под неослабным контролем матери, но именно поэтому у них плохо развиваются чувства независимости и самостоятельности. Матери, контролируя, дают больше указаний, но менее ласковы к детям, мало поощряют и хвалят их.[15,c.56]

Результатом же этого становится чаще всего неумеренное ужесточение режима воспитания, иногда жалость, апатия от ощущения безысходности или, наоборот, чувство вины за неправильное воспитание. Создается ситуация, когда в процессе воспитания ребенок получает значительно больше негативных, чем позитивных, воздействий. Его часто наказывают, начинают сомневаться в его способностях, постоянно указывают на ошибки, и иногда начинают считать неполноценными (Е.К.Лютова, 2000).

В некоторых случаях дети с гиперактивностью могут провоцировать родителей к резко агрессивным реакциям, особенно если сами родителя неуравновешенны и неопытны. То есть, с одной стороны, гиперактивность у детей может быть сильно выражена из-за недостаточного или неадекватного воспитания, а с другой стороны, ребенок с гиперактивность сам создает условия, которые становятся причиной трудностей взаимоотношений в семье, вплоть до ее распада.

Гиперактивные дети имеют огромный дефицит физического и эмоционального контакта с матерью. В силу своей повышенной активности они как бы сами "уходят", отстраняются от таких контактов с матерью, но на самом деле глубоко нуждаются в них. Из-за отсутствия этих важных контактов чаще всего и возникают нарушения в эмоциональной сфере: тревожность, неуверенность, возбудимость, негативизм. А они, в свою очередь, отражаются на умении ребенка контролировать себя, сдерживаться, быть внимательным, переключаться на другое.

Чтобы убедиться в значимости эмоционального контакта матери и ребенка, достаточно присмотреться к взаимодействию мам со своими детьми в кабинете психолога во время выполнения задания, например, совместного рисунка на свободную тему. Одну маму, можно определить как отвергающую, "эмоционально-безразличную", другую - как подавляющую, "сверхдинамичную" [13, c.15].

В паре "эмоционально-безразличная мама и ребенок" инициатива в определении сюжета для рисования исходит от самого ребенка, а мама пассивно дает свое согласие. Сам же процесс деятельности совместным назвать трудно, поскольку мама и ребенок "поделили" работу: каждый из участников рисует на своей половине листа, друг с другом они почти не пересекаются. Работают в основном молча или же инициативу общения поддерживает ребенок: могут перекинуться несколькими фразами, касающимися в большей степени технической стороны дела, например, попросить передать карандаш. Ребенок, вдруг ощутивший комфорт от новизны ситуации взаимодействия, начинает активизировать маму, реакция которой выражается либо явным безразличием, либо отказом рисовать. Чаще всего мама первая определяет объем работы, ставит точку и ждет, когда закончит работу ребенок. Вся деятельность проходит при явной угнетенности состояния матери, что в итоге приводит к угасанию интереса и у ребенка.

Взаимодействие "сверхпедантичной", гиперопекающей мамы с ребенком выглядит совсем иначе. Инициатором начала деятельности чаще всего выступает мама. Но если ребенок все же предлагает тему или сюжет, мама обязательно его уточник своим "последним словом". Мама и ребенок работают каждый на своей половине листа. Попытки же ребенка превратить совместную деятельность в игру, в общение (ведь это не запрещено!) часто завершаются для него неудачей: "Не заглядывай!" - говорит мама сыну, когда тот пытается получше разглядеть, что же она нарисовала на своей половине листа. Через некоторое время мама первая заканчивает работу, объясняя это, усталостью и неумением рисовать, а пока ребенок продолжает работать, она выполняет функцию контролера. В данном случае взаимодействие мамы и ребенка эмоционально богаче предыдущего, но эти эмоции не создают более радостную и комфортную обстановку, а чаще выполняют функции оценки и контролера: "Что это у тебя сова на орла похожа, разве это сова?" или "Не вертись, вот сделаешь все, потом будешь вертеться!" - хмурится мама.

Мы считаем, что эти два примера, лишь частичка реальных отношений между мамой и ребенком, однако и они уже дают основания для некоторых прогнозов[13, 15,22,24].

Однако вышеописанные особенности поведения все же не дают полной характеристики этого типа детей, хотя и лежат на поверхности в виде повышенной двигательной активности и недостаточно сформированных действий самоконтроля. Может быть, не столь ярко выступающими, но имеющими чрезвычайно большое значение и для понимания природы гиперактивного поведения детей, и для коррекции отдельных ее проявлений являются разнообразные симптомы и нарушения эмоциональной сферы. Мы уже говорили о них. И все же напомним снова. Во-первых, дети этого типа часто или возбудимы, или внутренне напряжены. Во-вторых, обследования подтверждают, что эти дети бедны эмоциональными ощущениями: у них не выразительны в цветовом отношении рисунки, стереотипны и поверхностны образы; беден эмоциональный отклик на музыкальные, художественные произведения, не глубоки эмоциональные проявления по отношению с другими людьми. В-третьих, чему следует уделить особое внимание, подобная картина эмоционального поведения школьника младших классов может быть существенно дополнена изучением эмоциональной взаимосвязи между ребенком и близким взрослым, в первую очередь между ребенком и матерью.

1.3 Опасности первых лет жизни

Мозг человека формируется на протяжении первых 12 лет его жизни, и, естественно, в этот период он наиболее уязвим. Любые, казалось бы, малозначительные, удары, ушибы могут впоследствии сказаться на здоровье ребенка. Поэтому призываем родителей быть, в этом плане особенно бдительными. На практике встречается много случаев, когда мама обращается по поводу общего нездоровья ребенка: плачет все время, плохо спит, отказывается от еды. При осмотре малыша, казалось бы, все в порядке: никаких признаков простуды, желудок, сердце - все в норме. После расспросов - где гулял, с кем, как играет и т. д. - выясняется, что несколько дней назад (она даже обычно не помнит точно, когда) малыш упал и, видимо, сильно ударился головой. За этим следует немедленная госпитализация, многочисленные диагностические исследования и длительное лечение. Не всегда, к сожалению, оно приносит максимальный эффект. А ведь все могло бы быть куда проще, обратись родители немедленно к врачу.

Следует помнить, что травмы головы могут нарушить деятельность мозга в любом возрасте, но в период созревания, то есть до 12 лет, они особенно опасны. Отрицательно сказываются на формировании мозга и любые заболевания в младенчестве, если они проходят с длительной высокой температурой, а также прием некоторых сильнодействующих препаратов. Невропатологи считают, что целый ряд хронических заболеваний, таких как бронхиальная астма (тяжелая), нарушение обмена веществ, сердечная недостаточность, а также частые пневмонии, нефропатии, нередко становятся факторами, негативно влияющими на нормальную работу мозга.

Когда ребенок подрастает (где-то после двух лет), на развитие и становление его психики начинает оказывать серьезнейшее влияние окружающая обстановка, в первую очередь, естественно, в семье, характер отношений с взрослыми. Безусловно, если малыш живет среди людей, постоянно конфликтующих друг с другом, отголоски этих конфликтов (как бы взрослые ни старались их скрыть, а зачастую они не очень-то и скрывают) обязательно доносятся до него и каждый раз больно ранят его душу. Даже если ребенок и не очень вникает в ситуацию, обстановка раздора и вражды всегда очень пагубна и болезненна. Совсем плохо, когда все это проходит на фоне бесконечных попоек и бражничества. Из этих наблюдений можно сделать вывод, что значение биологических факторов имеет решающее значение в первые годы жизни ребенка, но затем возрастает роль социально-психологических моментов, и, прежде всего семейной обстановки.

Причиной развития психопатологии может стать и другая крайность, когда ребенок становится в доме центром Вселенной, когда все подчинено его желаниям, когда с ним носятся, постоянно опекают, стараются угодить. Какими бы ни были биологические задатки малыша, при таком воспитании он теряет чувство реальности и контроля. А вот разумное, правильное воспитание может в таком возрасте компенсировать даже серьезную патологию.

К интересному выводу пришли западные ученые Р.Кинг и Д. Ношпич. Оказывается, не последнюю роль в том, как ребенок преодолеет наметившиеся в его психике проблемы, играет материальная обеспеченность и бытовые условия. Они установили, что у многих детей из семей, где достаток выше, последствия патологии, возникшей в течение беременности или во время родов, исчезают к моменту поступления в школу, тогда как у детей из неблагополучных в этом отношении семей они продолжают сохраняться.

**1.4 Особенности развития гиперактивных детей**

Гиперактивные дети – это дети, которым трудно долго сидеть на одном месте, молчать, подчиняться инструкциям. Они создают дополнительные трудности в работе воспитателям и учителям, потому что очень подвижны, вспыльчивы, раздражительны и безответственны.

Гиперактивные дети часто задевают и роняют различные предметы, толкают сверстников, создавая конфликтные ситуации. Они часто обижаются, но о своих обидах быстро забывают. Известный американский психологи В. Оклендер так характеризуют этих детей: "Гиперактивному ребенку трудно сидеть, он суетлив, много двигается, вертится на месте, иногда чрезмерно говорлив, может раздражать манерой своего поведения. Часто у него плохая координация или недостаточный мышечный контроль. Он неуклюж, роняет или ломает вещи, проливает молоко. Такому ребенку трудно концентрировать свое внимание, он легко отвлекается, часто задает множество вопросов, но редко дожидается ответов" [24; 28 и др.].

Гиперактивные дети не способны сосредоточится даже на короткое время на определённом объекте. Они как бы постоянно «опуганы» раздражителями, среди которых не могут выделить главные и существенные. Они останавливают внимание на побочных явлениях, концентрируются на них и уже не могут реагировать на основные.

Память этих детей характеризуется определёнными особенностями, которые во многих отношениях связаны с нарушением внимания, повышенной утомляемостью, незрелостью ЦНС и с другими отклонениями, влияющими, прежде всего, на фиксирование событий и предметов в памяти.

Специфические особенности имеет и моторика гиперактивного ребёнка. Эти дети выделяются своей неловкостью, неуклюжестью. Наиболее часто нарушенными оказывается тонкая моторика (что проявляется в неровности почерка, растянутости букв) и сенсомоторная координация (неловкость в движениях рук). Часто наблюдаются излишнее мышечное напряжение, повышенный мышечный тонус.

Гиперактивное поведение детей отличается следующими признаками [4; 10; 13.]:

* Невротические привычки в виде сосания большого пальца;
* Часто наблюдается беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутиться, вертится.
* Встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.
* Проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.
* Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.
* Находится в постоянном движении и ведет себя так, "как будто к нему прикрепили мотор".
* Часто бывает болтлив.
* Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца.
* Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
* Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).
* Повышенная утомляемость, особенно психическая. Гиперактивный ребёнок при плановой работе не может сосредоточиться, часто бывает бледным и сонным;
* Нарушение сна и аппетита;
* Навязчивые тики;

Высокая частота распространения у мальчиков обусловлена более высокой уязвимостью плода мужского пола к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. У девочек полушария головного мозга менее специализированы из-за большого количества межполушарных связей, поэтому они имеют больший резерв компенсанаторных механизмов по сравнению с мальчиками при поражении ЦНС.

Дети с СДВГ имеют трудности не только в поведении, но и в учёбе. Они не в состоянии в полной мере соответствовать школьным требованиям, несмотря на часто встречающийся у них хороший общий уровень интеллектуального развития. На уроках таким детям сложно справляться с предлагаемыми заданиями, так как они не могут сами организовать и завершить работу. Навыки чтения и письма у гиперактивного значительно ниже, чем у сверстников, и не соответствуют его интеллектуальным способностям. Письменные работы выполняют неряшливо, с ошибками из-за невнимательности. При этом ребёнок не склонен прислушиваться к советам взрослых. Специалисты предполагают, что дело здесь не только в нарушении внимания. Трудности формирования навыков письма и чтения нередко возникают из-за недостаточного развития координации движений, зрительного восприятия, речевого развития.

Как выявить гиперактивного ребенка?

Поведение гиперактивных детей может быть внешне похожим на поведение детей с повышенной тревожностью, поэтому педагогу и родителям важно знать основные отличия поведения одной категории детей от другой. Приведенная ниже таблица 1 поможет в этом. Кроме того, поведение тревожного ребенка социально не разрушительно, а гиперактивный часто является источником разнообразных конфликтов, драк и просто недоразумений.

**Критерии гиперактивности** (схема наблюдения за ребенком)

*Дефицит активного внимания*

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.

*Двигательная расторможенность*

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.
4. Очень говорлив.

*Импульсивность*

1.Начинает отвечать, не дослушав вопрос.

2. Не способен дождаться своей очереди, часто вмешивается, прерывает.

3. Плохо сосредоточивает внимание.

1. Не может дождаться вознаграждения (если между действиями и вознаграждением есть пауза).
2. 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).

Если в возрасте до 7 лет проявляются хотя бы шесть из перечисленных признаков, педагог, родители могут предположить, что ребенок, за которым он наблюдает, гиперактивен (см. табл.1).

***Таблица 1***

***Критерии первичной оценки проявления гиперактивности и тревожности у ребенка***

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

Основные проявления гиперактивности можно разделить на три блока:

* дефицит активного внимания,
* двигательная расторможенность,
* импульсивность.

## 1.5 Возрастная динамика гиперактивного поведения

Анализ возрастной динамики показал, что признаки расстройства наиболее выражены в дошкольном и младшем школьном возрастах: наибольший процент детей с синдромом отмечается в 5—10 лет, что отличается от возраста 11—12 лет. Таким образом, мы считаем, что пик проявления синдрома приходится на период подготовки к школе и начало обучения [4, c.29].

Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. 5,5—7 и 9—10 лет — критические периоды для формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память. К 7 годам, как пишет Д.А. Фарбер [1991], происходит смена стадий интеллектуального развития, формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности.

В 6—7 лет дети с синдромом не готовы к обучению в школе в связи с замедлением темпов функционального созревания коры и подкорковых структур. Систематические школьные нагрузки могут привести к срыву компенсаторных механизмов центральной нервной системы и развития дезадаптационного школьного синдрома, усугубляемого учебными трудностями. Поэтому вопрос о готовности к школе для гиперактивных детей должен решаться в каждом конкретном случае психологом и наблюдающим ребенка врачом.

Всплеск гиперактивности в 12-15 лет в группе риска, а в группе с синдромом в 14 лет совпадает с периодом полового созревания. Гормональный "бум" отражается на особенностях поведения и отношении к учебе. "Трудный" подросток (а именно к этой категории относится большинство детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью) может решиться на расставание со школой [27, с. 313].

К концу периода полового созревания гиперактивность и эмоциональная импульсивность практически исчезают или маскируются другими личностными чертами, повышается самоконтроль и регуляция поведения, дефицит внимания сохраняется. Нарушение внимания - основной признак заболевания, поэтому именно он определяет дальнейшую динамику и прогноз заболевания синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Здесь может решаться вопрос и о расставании со школой [4, с.30]

К концу периода полового созревания гиперактивность и эмоциональная импульсивность практически исчезают или маскируются другими личностными чертами, повышается самоконтроль и регуляция поведения, дефицит внимания сохраняется (О.В.Халецкая, В.М.Трошин). Нарушение внимания - основной признак заболевания, поэтому именно он определяет дальнейшую динамику и прогноз заболевания.

Среди мальчиков 7—12 лет признаки синдрома диагностируются в 2—3 раза чаще, чем среди девочек. Среди подростков это соотношение составляет 1:1, а среди 20—25-летних — 1:2 с преобладанием девушек [22, c.7].

Преобладание мальчиков — это не только следствие субъективного мнения респондентов, отвечающих на вопросы анкеты. Хотя учителя чаще всего именно в мальчиках видят нарушителей порядка. Высокая частота симптомов заболевания у мальчиков может быть обусловлена влиянием наследственных факторов, а также более высокой уязвимостью плода мужского пола к патогенетическим воздействиям во время беременности и родов. У девочек большие полушария головного мозга менее специализированны, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных функций по сравнению с мальчиками при поражении центральной нервной системы [Корнев А.Н., 1986].

Кроме того, отмечаются половые различия в структуре и динамике поведенческих нарушений. У мальчиков симптомы гиперактивности и другие нарушения поведения появляются с 3—4 лет, что заставляет родителей обращаться к врачу ещё до поступления ребёнка в школу.

Среди девочек гиперактивность встречается реже, заболевание у них чаще проявляется, в виде нарушений внимания отклонения проявляются более скрыто.

**1.6 Виды готовности ребенка к школьному обучению**

* *Физиологическая готовность детей к школе*

Физиологическое развитие ребёнка непосредственно влияет на школьную успеваемость и является основной для формирования психологической и социальной готовности к школе.

Физиологическая готовность к школе определяется уровнем развития основных функциональных систем организма ребёнка и состоянием его здоровья. Оценку физиологической готовности к систематическому школьному обучению проводят медики по определённым критериям. При формировании и диагностике психологической готовности к школе необходимо учитывать уровень физиологического развития и состояние здоровья ребёнка, так как они составляют фундамент школьной деятельности. Частоболеющие, физически ослабленные учащиеся даже при наличии высокого уровня развития умственных способностей, как правило, испытывают трудности в обучении.

В медицинской карте будущих первоклассников содержаться достаточно подробные сведения о соматическом развитии ребёнка (рост, вес, пропорции тела и т.д. относительно возрастной нормы), при этом практически ничего не говорится о состоянии нервной системы.

Многочисленные исследования физиологов говорят о том. Что в возрасте 5 – 7 лет происходит существенная перестройка всех физиологических систем детского организма. К началу школьного обучения (к семи годам) эта перестройка ещё не закончена, и в школьные годы продолжается активное физиологическое развитие. Поэтому учёные делают вывод: с одной стороны, по своим функциональным характеристикам организм ребёнка 6 – 7 летнего возраста готов к систематическому школьному обучению, в то время он очень чувствителен к неблагоприятным воздействиям внешней среды, особенно к чрезмерному умственному и физическому напряжению. Чем младше ребёнок, тем труднее ему справляться со школьными нагрузками, тем выше вероятность появления отклонений в его здоровье.

Все дети развиваются по-разному, фактический возраст ребёнка не всегда соответствует биологическому: один ребёнок в 6 лет по своему физическому развитию готов к систематическому обучению, а другому и в 7 лет обычная школьная нагрузка будет не по силам.

Все дети, поступающие в 1 класс, обязательно проходят медицинское обследование, на основании которого делается заключение о функциональной готовности к обучению в школе. Ребёнок считается готовым к школьному обучению, если по физическому и биологическому развитию и соответствует формальному возрасту или опережает его и не имеет медицинских противопоказаний.

**Критерии физиологической готовности детей к обучению в школе:**

1. Уровень физического развития;
2. Уровень биологического развития;
3. Состояние здоровья.

При определении физического развития обычно проводят оценку трёх основных показателей: длины тела (рост стоя и сидя), массы тела и окружности грудной клетки. По показателям физического развития современные 6 – 7 летние дети существенно отличаются от своих сверстников в 70 – 89 годы, значительно опережая их по росту и общему развитию. [14; 19; 25; 27.].

Старшие дошкольники очень быстро растут, прибавляя в росте по 7 – 10см в год. Увеличение массы тела составляет ежегодно 2,2 – 2,5 кг, окружность грудной клетки увеличивается на 2,0 – 2,5 см. В этом возрасте физическое развитие у девочек протекает более интенсивно, чем у мальчиков. Скачок физического развития в 6 – 7 летнем возрасте обусловлен нейроэндокринными перестройками в детском организме. Медики считают этот период критическим, отмечают снижение физической и психической выносливости и повышение риска возникновения заболеваний.

В качестве критериев биологического возраста служат количество прорезавшихся молочных зубов (табл.2), достижение определенных пропорций – отношение окружности головы к длине тела (табл. 3). [1; 13.]

***Таблица 2***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Возраст ребёнка** | **Количество постоянных зубов** | |
| **мальчики** | **Девочки** |
| **5, 0**  **5,5**  **6,0**  **6,5**  **7,0** | **0 – 1**  **0 – 3**  **1 – 4**  **2 – 8**  **6 – 10** | **0 – 2**  **0 – 4**  **1 – 5**  **3 – 9**  **6 – 11** |

***Таблица 3***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Возраст ребёнка** | **Отношение окружности головы**  **к длине тела.** | |
| **мальчики** | **девочки** |
| **5,0** | **49,4 – 45,0** | **48,1 – 44,5** |
| **5,5**  **6,0**  **6,5**  **7,0** | **47,9 – 44,3**  **46,6 – 43,1**  **45,4 – 41,9**  **44,7 – 41,3** | **46,7 – 43,2**  **45,7 – 42,1**  **44,9 – 41,6**  **43,9 – 39,7** |

Соотношение окружности головы и длины тела становится почти таким же, как у взрослого человека. Кроме того, увеличивается длина рук и ног.

В существующей схеме комплексной оценки состояния здоровья все дети разделяются на пять групп.

Первая группа – дети без каких-либо функциональных отклонений с физическим развитием, редко болеющие. Число таких учащихся, поступающих в первый класс массовой школы, не превышает 20 – 25%.

Вторая группа ***-*** дети, имеющие некоторые функциональные нарушения, которые находятся на грани здоровья и болезни, ещё не перешедшей в хронический процесс. При неблагоприятных условиях у них могут развиваться более выраженные и стойкие отклонения в состоянии здоровья. Число таких детей в первом классе колеблется от 30 до 35 %.

В третью группу входят дети, страдающие различными хроническими заболеваниями и имеющие выраженные отклонения здоровья, а также дети с плохим физическим развитием. Количество таких детей в массовой школе 30 – 35%;. Раннее обучение в школе (с 6 лет) и повышенные школьные нагрузки противопоказаны.

Четвёртую группу составляют дети с хроническими заболеваниями, требующими длительного лечения и диспансеризации и постоянного наблюдения у врача специалиста. Таких детей рекомендуется обучать на дому, в санаториях, либо предлагается временная отсрочка поступления в школу.

У детей пятой группы имеются существенные отклонения в состоянии здоровья, исключающие возможность обучения в массовой школе.

Наряду с определением показателей физического развития (роста, веса, окружности грудной клетки) при оценке готовности к школьному обучению учитывается состояние основных физиологических систем организма ребёнка. В ходе медицинского обследования измеряют частоту сердечных сокращений, артериальное давление, жизненную ёмкость лёгких и мышечную силу рук.

В 6 – 7 лет организм ребёнка растёт и активно развивается. Повышается надёжность и резервные возможности сердечно-сосудистой системы, совершенствуется регуляция кровообращения, перестраиваются и активно развиваются дыхательная и эндокринная системы.

В этом возрасте отмечается существенное развитие опорно-двигательной системы: скелета, мускулатуры, суставно-связочного аппарата. Кости скелета изменяются по форме, размерам и строению, но процесс окостенения ещё не завершён, а в некоторых отделах ещё только начинается. В том числе не закончено окостенение костей запястья и фаланг пальцев.

У старших дошкольников хорошо развиты крупные мышцы туловища и конечностей, обеспечивающие такие сложные движения, как бег, прыжки, лазанье, плавание, катание на коньках. В то же время мелкие мышцы рук, обеспечивающие точные движения при письме, развиты ещё не достаточно.

* *Социальная или личностная готовность детей к обучению в школе*

Социальная или личностная готовность к обучению в школе представляет собой готовность ребёнка к новым формам общения, новому отношению к окружающему миру и самому себе, обусловленным ситуацией школьного обучения.

Для того чтобы понять механизмы формирования социальной готовности к обучению в школе, нужно рассматривать старший дошкольный возраст через призму кризиса 7 лет.

В психологии под кризисами имеют в виду переходные периоды от одного этапа детского развития к другому. Кризисы возникают на стыке двух возрастов и являются завершением предыдущего этапа развития и началом следующего. Трудно определить начало и конец кризиса.

* Во-первых, в кризисные периоды происходит резкое, скачкообразное изменение всей психики ребёнка.
* Во-вторых, развитие в критические периоды часто носит негативный, «разрушительный» характер. В эти периоды ребёнок не столько приобретает, сколько теряет из приобретённого прежде: угасает интерес к любимым игрушкам и занятиям; нарушаются сложившиеся формы отношений с окружающими, ребёнок отказывается выполнять нормы и правила поведения, усвоенные ранее и т.п.
* В-третьих, в кризисные периоды всякий ребёнок становится трудным.

Наиболее ярко «относительная трудновоспитуемость» и негативный характер проявляются в симптомах кризиса. Негативизм, упрямство, строптивость, своеволие, протест – бунт, обесценивание, деспотизм.

Одним из важнейших достижений старшего дошкольного возраста является осознание своего социального «Я», формирование внутренней социальной позиции. Именно в этом возрасте начинается формирование личности ребёнка.

Определяющую роль в личностной составляющей психологической готовности к школе играет мотивация дошкольника. Большое внимание роли мотивационной сферы в формировании личности ребёнка уделено в теоретических работах Л.И.Божович. С этих же позиций рассматривалась психологическая готовность к школе, т.е. наиболее важным признавался мотивационный план. Были выделены две группы мотивов учения [19;36; 38].

1. Широкие социальные мотивы учения, или мотивы, связанные «с потребностями ребёнка в общении с другими людьми, в их оценке и одобрении, с желаниями ученика занять определённое место в системе доступных ему общественных отношений».
2. Мотивы, связанные непосредственно с учебной деятельностью, или «познавательные интересы детей, потребность в интеллектуальной активности и в овладении новыми умениями, навыками знаниями».

Личностная готовность также предполагает определённый уровень развития эмоциональной сферы ребёнка. Ребёнок осваивает социальные нормы выражения чувств, изменяется роль эмоций в деятельности ребёнка, формируется эмоциональное предвосхищение, чувства становятся более осознанными, обобщенными, разумными, произвольными, внеситуативными, формируются высшие чувства – нравственные, интеллектуальные, эстетические [8; 12; 37.]. Таким образом, к началу школьного обучения у ребёнка должна быть достигнута сравнительно хороша эмоциональная устойчивость, на фоне которой возможны и развитие и протекание учебной деятельности [12; 15; 23.].

* *Психологическая готовность детей к обучению в школе*

Готовность ребёнка к обучению в школе в одинаковой мере зависит от физиологического, социального и психического развития ребёнка. Это не разные виды готовности к школе, а разные стороны её проявления в различных формах активности. В зависимости оттого, что является предметом внимания педагогов, психологов и родителей в данный момент и в данной ситуации – самочувствие и состояние здоровья будущего первоклассника, его работоспособность; умение взаимодействовать с педагогом и одноклассниками и подчиняться школьным правилам; успешность усвоения программных знаний и необходимый для дальнейшего обучения уровень развития психических функций, - говорят о физиологической, социальной или психологической готовности ребёнка к началу школьного обучения [1; 3.].

Психологическая готовность ребёнка к обучению в школе - готовность к усвоению определённой части культуры, включённой в содержание образования, в форме учебной деятельности – представляет собой сложное структурно – системное образование, которое охватывает все стороны детской психики. Оно включает: личностно – мотивационную и волевые сферы, элементарные системы обобщенных знаний и представлений, некоторые учебные навыки, способности и др. это не сумма изолированных психических качеств и свойств, а их целостное единство, имеющее определённую структуру. Учебно-важные качества (УВК), входящие в структуру готовности, образуют сложные взаимосвязи и оказывают неодинаковое влияние на успешность школьного обучения.

В результате многолетних экспериментальных и теоретических исследований, анализа процессов усвоения чтения, письма и математики учащимися начальных классов были выявлены учебно-важные качества, образующие структуру психологической готовности детей к обучению в школе, и их взаимосвязи. Количество и характер взаимосвязей каждого УВК определяют его вес в структуре готовности (таблица 4). Чем выше вес УВК, тем оно важнее, тем большее влияние уровень развития этого качества оказывает на успешность школьного обучения.

***Психологическая структура готовности детей к обучению в школе***

***Таблица 4***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **блока** | **Функциональный блок структуры готовности** | **Учебно-важные**  **качества** | **Вес**  **УВК** |
| **1.** | **Личностно-мотивационный** | * **Мотивы учения** * **Отношение к школе и учению** * **Отношение к взрослому** * **Отношение к детям** * **Отношение к себе** | **25**  **12**  **1**  **13**  **11** |

***Продолжение таблицы 4***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.** | **Представление о целях**  **деятельности, принятие**  **учебной задачи.** | * **Принятие задачи** * **Уровень притязаний** | **16**  **10** |
| **3.** | **Представление о содержании**  **и способах выполнения**  **учебной деятельности.** | * **Представление о содержании учебной деятельности** * **Вводные навыки** * **Графический навык** | **5**  **20**  **15** |
| **4.** | **Информационная основа деятельности** | * **Вербальная механическая слуховая память (объём)** * **Вербальная логическая слуховая память (точность)** * **Зрительная образная память** * **Слуховое восприятие ритмически организованных структур** * **Зрительный анализ геометрических фигур** * **Зрительное восприятие прстранственно-ориентировочных структур** * **Кинестетическая чувствительность мелкой мускулатуры рук** * **Уровень обобщений** | **12**  **7**  **3**  **5**  **17**  **9**  **11**  **17** |
| **5.** | **Управление деятельностью и принятие решений.** | * **Произвольная регуляция деятельности** * **Произвольное внимание** * **Функциональная асимметрия двигательной системы рук** * **Восприимчивость к обучающей помощи (обучаемость).** | **15**  **5**  **2**  **15** |

Качества, имеющие наибольшее количество связей с другими УВК, и, следовательно, больший вес в структуре готовности, называются базовыми УВК. Они играют интегрирующую роль в структуре готовности, объединяя другие качества в соответствии с целями обучения. Высокий уровень развития базовых УВК является основой для развития и компенсации других учебно-важных качеств. Базовые качества в структуре психологической готовности к школе в начале обучения:

* Мотивы учения;
* Зрительный анализ (образное мышление);
* Уровень обобщений (предпосылки логического мышления);
* Способность принимать учебную задачу;
* Вводные навыки (некоторые элементарные речевые, математические и учебные знания и умения);
* Графический навык;
* Произвольность регуляции деятельности (в условиях пошаговой инструкции взрослого);
* Обучаемость (восприимчивость к обучающей помощи).

Психические качества и свойства, определяющие готовность к школе, существуют не изолированно, а тесно взаимосвязаны и образуют структуру психологической готовности к обучению в школе, и только в учебном процессе, под руководством учителя, в результате усвоения знаний и умений, и самой учебной деятельности в исходной структуре индивидуально-психологических качеств учащегося происходят значительные изменения, которые можно назвать настройкой на учебную деятельность и усвоение знаний в условиях школьного обучения. Успешность обучения на этом этапе во многом зависит от «организации» учебных качеств учащегося, т.е. от того, насколько хорошо они взаимодействуют, обеспечивая необходимое качество усвоения знаний.

При подготовке ребёнка к школе недостаточно просто развивать память, внимание, мышление и т.д. Индивидуальные качества ребёнка начинают работать на обеспечение усвоения школьных знаний, т.е. становятся учебно-важными тогда, когда они специфицируются по отношению к учебной деятельности и содержанию обучения. [17;19 и др.].

Таким образом, исходя из анализа психолого – педагогической литературы по проблеме гиперактивных детей, мы сформулировали следующую **гипотезу** нашего эмпирического исследования.

***Психологическая готовность гиперактивных детей к школьному обучению обладает определенными особенностями; гиперактивные дети обладают более низким уровнем готовности к школе.***

Данная гипотеза нуждалась в проверке, поэтому мы организовали соответствующее эмпирическое исследование особенностей готовности к школьному обучению гиперактивных детей. Перейдём к описанию его методологии и организации.

**2. ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

**2.1 Цель, задачи, объект, предмет, гипотеза, выборка исследования**

**Целью** данной работы является изучение особенностей социальной и личностной готовности гиперактивных детей к школе.

**Задачи исследования:**

1. Теоретический анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования.
2. Выбор теоретического основания и подбор методик для изучения особенностей социальной и личностной готовности к школе детей 5-7 летнего возраста.
3. Организация и проведение эмпирического исследования.
4. Обработка полученных данных.
5. Выявление особенностей готовности к школе гиперактивных детей.
6. Формулировка выводов и рекомендаций по работе с гиперактивными детьми.

**Объект исследования -** готовность детей к школьному обучению.

**Предмет исследования:** особенности социальной и личностной готовности гиперактивных детей к школе.

**Гипотеза исследования:** Психологическая готовность гиперактивных детей к школьному обучению обладает определенными особенностями; гиперактивные дети обладают более низким уровнем готовности к школе.

**Выборка исследования.** В качестве испытуемых были привлечены дошкольники в возрасте от 5,5 до 7 лет. Эмпирическое исследование проводилось на базе школы будущего первоклассника общеобразовательной школы №2, г. Тейково. Группа дошкольников, являющихся гиперактивными (группа 1) состояла из 30 испытуемых, из них 20 мальчиков и 10 девочек. Группа дошкольников, не являющихся гиперактивными (группа 2), так же состояла из 30 человек, из них 18 мальчиков и 12 девочек.

**2.2 Методики исследования**

В процессе нашего исследования мы использовали ряд диагностических методик, направленных на выявление гиперактивности и на готовность к школьному обучению.

***1. Методика «Определение эмоционально-личностных проблем детей»***

Для определения гиперактивности разработана методика ПетраУспенского «Определение эмоционально-личностных проблем детей», которая, включает в себя 5 критериев: Инфантильная агрессивность; Сверхактивность; Нарушение сна; Трудности в обучении; Агрессивное поведение. Каждый критерий содержит определённое количество симптомов.

Гиперактивность мы определяли при наличии у ребёнка 5 - 7 симптомов. Нами была использована анкета для родителей, которая включала в себя 20 признаков импульсивности; импульсивность ребёнка мы определяли при наличии у него 9 – 11 признаков [11c.67 -70].

***2. Комплексная программа изучения готовности детей к школьному обучению***

Для изучения готовности к школьному обучению нами была использована комплексная программа, которая содержит четыре методики, направленные на выявление психосоциальной зрелости, уровня развития аналитического мышления и речи, а также школьно-необходимых функций в форме способности к произвольному поведению. Успешность выполнения каждой из методик оценивается в баллах, общий показатель успешности работы ребенка по программе оценивается суммарным баллом по всем методикам.

***А) Оценка психосоциальной зрелости по тестовой беседе***

В процессе беседы мы получали сведения об общих представлениях ребенка, о его способности ориентироваться в простых жизненны ситуациях, о положении в семье. Беседа была необходима для установления контакта с ребенком, создания атмосферы доверия в процессе обследования. По окончанию беседы мы анализировали всю информацию, полученную при ответах на вопросы, особое внимание обращалось на контрольные вопросы. Обработка результатов проводилась следующим образом; 1. За правильный ответ на все подвопросы одного пункта ребенок получал 1 балл. Например, при ответе на п. 5: "Я девочка. А когда вырасту, буду тетей", - начислялся 1 балл. Исключение составляло контрольные вопросы; по 0,5 баллов ребенок получал за правильные, но неполные ответы на подвопросы пункта. Правильными считались ответы, соответствующие поставленному вопросу и достаточно полные, например: "Папа работает инженером на "Азоте", "У собаки больше ног, чем у петуха, потому что у собаки их четыре, а у петуха - две". Ошибочными считаются ответы: "Мама Люда", "Папа работает на работе", а также, если ребенок путает времена года, их признаки, "больше - меньше" без наглядных примеров. Контрольные вопросы, к которым относятся пункты 4, 7, 10, 22 оценивались следующим образом: 4 - за полный домашний адрес с названием города - 2 балла; 7 - если ребенок мог вычислить, сколько ему будет лет - 1 балл, если он отвечал точностью до месяцев - 3 балла; 10 - за обоснованный ответ с перечислением признаков (не менее 3 признаков) - 2 балла, до 3-х признаков - 1 балл; 14 - за каждое правильное указание применения школьной атрибутики - 1 балл; 22 -за правильный ответ "Попрошу прощения. Отдам свою", - 2 балла. Пункт 15 оценивался совместно с п. 14 и п. 16. Если в п. 14 ребенок набирал 3 балла и давал положительный ответ в п. 15 или 16, то отмечалась положительная мотивация к обучению в школе.

Дети, желающие учиться, могут ориентироваться на саму учебу (что является наиболее благоприятным фактором), другие - на внешние атрибуты (красивые форма, портфель, веселые друзья и переменки и т.д.). Нежелание детей идти в школу может быть связано с боязнью строгих правил, установленных в ней или критическим отношением к себе, а также нежелание расставаться с привычными условиями, с положением дошкольника, страхом перед новизной - все это мы отмечали в их высказываниях.

Итоговый балл мы вычисляли суммированием всех баллов, полученных ребенком по всем пунктам. "Школьно-зрелыми " считались дети, получившие в сумме 24-29 баллов, средний уровень школьной зрелости определялся 20-23 баллами, условно неготовыми к школьной жизни мы считали детей, получивших 15-19 баллов. Следует отметить, что по результатам данной методики мы могли сделать только предварительные выводы, которые долее подтверждались и проверялись результатами диагностики по другим трем методикам программы.

***Б) Имитация написанного текста***

(Вариант задания из теста "Школьной зрелости" А. Керна и И. Ирасека)

Выполнение заданий этой методики требовало от ребенка проявить волевое усилие при исполнении не очень интересной работы, выполнять задание в форме подражания образцу. Способности ребенка к такому роду действиям важны для овладения учебной деятельностью. Важно также в процессе выполнения такого рода заданий выявление особенностей тонкой моторики кисти руки, двигательной координации. Благодаря этому можно не только прогнозировать успешность овладения навыками письма и рисунка, но и сделать заключение (ориентировочное) о развитии у ребенка способности к саморегуляции и управлению своим поведением в целом. Известно, что уровень развития тонкой моторики, мелких движений является одним из важных показателей психического развития.

Диагностическая процедура заключалась в предъявлении ребенку заранее написанной на белом листе бумаги фразы: "Он ел суп". Фраза должна была написана обычным почерком, крупно и ясно. Ребенку предлагалась следующая инструкция: "Посмотри: здесь на листе что-то написано. Ты еще пока не умеешь писать. Но попробуй - не смог (смогла) бы ты это написать? Посмотри внимательно и постарайся рядом написать точно также. Каждому ребенку для работы был дан чистый лист бумаги. Оценка результатов работы по данной методике была подсчитана следующим образом, 5 балл, ребёнок получал если, скопированную фразу можно прочитать. Она отчетливо разделялась на три слова, размеры букв не более чем в 2 раза больше размеров букв образца. Отклонение записи от горизонтальной линии не должно было превышать 30°; 4 балла, ребёнок получал, если предложение еще можно прочитать. Величина букв и их наклон могли не соответствовать образцу;3 балла, ребенок получал, если в записи ребенка можно было выделить хотя бы 2 группы, прочесть не менее 4-х букв;2 балл, ребёнок получал если на буквы образца похожи, по меньшей мере, 2 буквы. Скопированное изображение отдаленно напоминало буквы, письмо и 1 балл. Ребёнок получал, если были отдельные или сплошные "каракули", среди которых нельзя было выделить нечто, похожее на буквы.

По результатам данной методики нами были сделаны предварительные выводы о готовности к школьному обучению.

***В) Мышление и речь***

Выполнение заданий данной методики ребенком позволяло ориентировочно выявить понимание множественности предметов, наличие понятия "один - много", а также понятия о грамматических конструкциях на примере существительных множественного числа, правильное их использование в соответствии с ситуацией. Диагностика проводилась в индивидуальной форме. Сначала ребёнку давалась инструкция, приводилось несколько примеров, а потом он приступал к выполнению заданий. На обдумывание ответа ребенку давалось до 10 секунд. Оценка результатов проводилась следующим образом: 3 балла - ребенок допускал не более двух ошибок; 2 балла – при допущении от 3 до 6 ошибок; 1 балл - ребенок допускал более 7 ошибок. Ошибками считались как неверные слова, так и неправильное ударение в слове.

***Г) Умозаключения***

Данная методика (Э.Замбацявичене, Л.Чупров и др.) позволила нам исследовать способность ребенка делать умозаключения по аналогии с предлагаемым образцом. Выполнение задания требовало сформированности умения устанавливать логические связи и отношения между понятиями. Успешность выполнения заданий методики позволила нам сделать выводы об уровне развития словесно-логического мышления по такому показателю как логическое действие - "умозаключение".

Обследование проводилось в индивидуальной форме, время на ответы не ограничивалось. В случае явных затруднений у ребенка мы не настаивали на ответе, а тактично переходили к следующему заданию. Текст заданий был напечатан крупно на листе бумаги. Задание выполнялось в несколько этапов. На первом этапе ребенку сообщалось следующее: "Сейчас мы с тобой будем подбирать слова друг к другу. Например, огурец - овощ. Надо подобрать к слову "гвоздика" такое, которое подходило бы так же, как слово "овощ" к слову "огурец". Слова такие: сорняк, роса, садик, цветок, земля. Второй этап "Давай попробуем: огурец - овощ; гвоздика - ?" После паузы зачитывались все слова. "Какое слово подходит?" - спрашивали ребенка. Дополнительных вопросов и пояснений не давали.

При выполнении заданий возможна была стимулирующая помощь. Если у ребенка возникала неуверенность в ответе, мы предлагали подумать еще и дать правильный ответ. Такая помощь учитывалась при начислении баллов.

Оценка успешности выполнения заданий производилась следующим образом; 1 балл - выполнение задания с первого предъявления; 0,5 балла - задание выполнено было со второй попытки, после того, как нами была оказана помощь. Интерпретировали количественные результаты мы с учетом данных Л. Переслени, Е. Мастюковой, Л. Чупрова. Высокий уровень успешности –7 и более баллов, у детей сформирована такая мыслительная операция, как умозаключение". Средний уровень - от 5 до 7 баллов: выполнение мыслительной операции осуществлялось детьми в "зоне ближайшего развития". Низкий уровень - менее 5 баллов, у детей практически отсутствовали навыки мыслительных операций.

Общий балл успешности по программе мы вычисляли суммированием баллов, полученных ребенком по всем методикам. Нами было выделено три уровня готовности к школьному обучению: высокий уровень - от 39 до 47 баллов; средний уровень - от 28 до 38 баллов; низкий уровень - от 17 до 27 баллов.

1. ***Наличие внутренней позиции школьника***

Для изучения особенностей внутренней позиции школьника мы использовали беседу Нежновой. Она представляет собой 5 вопросов и по 3 варианта ответа, ребёнок должен был выбрать тот вариант ответа, который подходил именно ему. За каждый ответ под буквой «А», начислялось 2 балла, под буквой «Б» - 2 балла, и под буквой «В» - 0 баллов.

Результаты подводились суммированием баллов. Если ребёнок набирал 8 – 10 баллов, то это свидетельствовало о школьно – учебной ориентации т.е. его внутренняя позиция школьника достаточно сформирована. Результат 8 – 5 баллов свидетельствовал о преимущественном интересе ребёнка к внешней атрибутике школьной жизни, т.е. (начальная стадия формирования внутренней позиции школьника). Результат **4 – 0 баллов** свидетельствовал о том, что ребёнок не проявляет интереса к школе (внутренняя позиция школьника не сформирована).

1. ***Диагностика мотивации учения дошкольников***

С целью выявления того, как ребёнок осознаёт своё отношение к школе, нами была проведена индивидуальная беседа по таким вопросам:

* Хочешь ли ты идти в школу? Почему?
* Где ты больше хочешь учиться – в школе или дома? Почему?
* Если бы тебе сказали, что можно ещё год побыть дома, ты обрадовался бы или нет? Почему?

***5. Методика, «Какой Я?»***

Методика «Какой Я?» была предназначена для определения самооценки ребёнка 5 – 7 лет. Она заключалась в том, что мы спрашивали у ребёнка как он себя воспринимает и оценивает по десяти различным положительным качествам личности, и предлагали несколько вариантов ответа (да, нет, иногда, не знаю. Ответы типа «да» - оценивались в 1 балл, ответы типа «нет» - оценивались в 0 баллов, ответы типа – «иногда» или «не знаю» - оцениваются в 0,5 балла. Уровень самооценки мы определяли по общей сумме баллов, набранной ребёнком по всем качествам личности. Выводы об уровне развития самооценки мы определяли следующим образом: 10 баллов – очень высокий уровень; 8 – 9 баллов – высокий уровень; 4 – 7 баллов – средний уровень; 2 – 3 балла – низкий уровень; 0 – 1 балл – очень низкий уровень.

**2.3 Процедура эмпирического исследования**

Для получения качественных и достоверных результатов вся основная работа по оценки готовности к школьному обучению проводилась в кабинете психолога, в спокойной и непринуждённой обстановке. Все испытуемые чувствовали себя спокойно. Ко всем заданиям отнеслись с большим интересом и ответственностью.

Проведённое эмпирическое исследование позволило получить результаты, к описанию и анализу которых мы переходим.

**3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Как уже указывалось выше, эмпирическое исследование проводилось на базе школы будущего первоклассника общеобразовательной школы №2, г. Тейково. Группа дошкольников, являющихся гиперактивными (группа А) состояла из 30 испытуемых, из них 20 мальчиков и 10 девочек. Группа дошкольников, не являющихся гиперактивными (группа В), так же состояла из 30 человек, из них 18 мальчиков и 12 девочек. Наличие или отсутствие признаков гиперактивности мы определяли с помощью методики ПетраУспенского «Определение эмоционально-личностных проблем детей».

К исследованию все дети отнеслись ответственно, задания выполняли без принуждения. Обстановка была свободная, т.е. дети не чувствовали скованности и растерянности. Перейдем к описанию и обсуждению результатов особенностей готовности к школьному обучению наших испытуемых.

**3.1 Результаты изучения психосоциальной зрелости детей, поступающих в первый класс**

Результаты анализа ответов детей в процессе беседы, оценивающей психосоциальную зрелость детей, позволили получить сведения об общих представлениях ребёнка, о его способностях ориентироваться в простых жизненных ситуациях, о положении в семье. Представим полученные данные в виде таблицы.

***Таблица 5***

***Результаты оценки психосоциальной зрелости испытуемых***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Группа «А»**  **(гиперактивные дети)** | **Группа «В»**  **(негиперактивные дети)** |
| **1.Школьно-зрелые дети** | **22 (73.3%)** | **18 (60%)** |
| **2.Средний уровень зрелости** | **8 (26.7%)** | **10 (33.3%)** |
| **3.Условно неготовые дети к**  **обучению в школе** | **0** | **2 (6.7%)** |

Графически полученные результаты выглядят следующим образом.



***Рис.1. Результаты диагностики психосоциальной зрелости испытуемых***

Таким образом, результаты нашего исследования показывают, что среди гиперактивных дошкольников больше детей с высоким уровнем школьной зрелости. Кроме того, в данной группе нет испытуемых, условно неготовых к обучению в школе.

Рассмотрим результаты диагностики по методике «Имитация написанного текста» (вариант задания из теста «Школьной зрелости» А.Керна, И. Йерасека). В процессе выполнения этого задания выявлялись особенности развития тонкой моторики кисти руки, двигательной координации. Благодаря выполнению этого задания можно прогнозировать успешность овладения навыками письма и рисунка, а так же сделать ориентировочное заключение о развитии у ребёнка способности к саморегуляции и управлению своим поведением в целом. Уровень развития тонкой моторики кисти руки, мелких движений является одним из важных показателей психического развития.

***Таблица 6***

***Результаты диагностики по методике «Имитация написанного текста»***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Группа «А»**  **(гиперактивные дети)** | **Группа «В»**  **(негиперактивные дети)** |
| **1. Зрелые для школьного обучения** | **26 (86.7%)** | **20 (66.7%)** |
| **2. Готовые к обучению в школе при условии контроля и внимания.** | **4 (13.3%)** | **10 (33.3%)** |
| **3. Не готовы к обучению в школе** | **0** | **0** |

Представим полученные количественные результаты графически.



***Рис.2. Результаты диагностики особенностей тонкой моторики и двигательной координации испытуемых***

Таким образом, согласно результатам по указанным методикам, в обеих группах детей преобладают дошкольники с высоким и средним уровнями готовности к школьному обучению. Однако в группе А зрелых для школьного обучения дошкольников несколько больше.

**3.2 Диагностика особенностей мышления испытуемых**

В процессе анализа результатов по методике «Мышление и речь» мы ориентировочно можем выявить понимание множественности предметов, наличие понятия "один - много", а также понятия о грамматических конструкциях на примере существительных множественного числа, правильное их использование в соответствии с ситуацией. Представим полученные количественные результаты в виде таблицы.

***Таблица 7***

***Результаты диагностики особенностей мышления испытуемых***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Группа «А»**  **(гиперактивные дети)** | **Группа «В»**  **(негиперактивные дети)** |
| **1. 3 балла - допущено не более двух ошибок (высокий уровень)** | **20 (66.7%)** | **10 (33.3%)** |
| **2. 2 балла - допущено от 3 до 6 ошибок (средний уровень)** | **10 (33.3%)** | **20 (66.7%)** |
| **3. 1 балл - допущено более 7 ошибок (низкий уровень)** | **0** | **0** |

Представим полученные результаты графически.



***Рис.3. Результаты диагностики логического мышления испытуемых***

Таким образом, результаты исследования показывают, что гиперактивные дети обладают более развитым логическим мышлением и речью.

В процессе диагностики интеллектуальной готовности испытуемых к школе мы исследовали способность ребенка делать умозаключения по аналогии с предлагаемым образцом.

***Таблица 8***

***Результаты диагностики способности к умозаключениям***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Группа «А»**  **(гиперактивные дети)** | **Группа «В»**  **(негиперактивные дети)** |
| **1. высокий уровень** | **22 (73.3%)** | **14 (46.7%)** |
| **2. средний уровень** | **8 (26.7%)** | **12 (40%)** |
| **3. низкий уровень** | **0** | **4 (13.3%)** |



***Рис.4. Результаты диагностики способности испытуемых к умозаключениям***

Таким образом, гиперактивные дети обладают более высоким уровнем сформированности умения устанавливать логические связи и отношения между понятиями.

Следующим шагом нашего исследования было обобщение результатов по указанным методикам.

***Таблица 9***

***Результаты изучения школьной зрелости детей, поступающих в первый класс (общие выводы по методике)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Группа «А»**  **(гиперактивные дети)** | **Группа «В»**  **(негиперактивные дети)** |
| **1. высокий уровень** | **22 (73.3%)** | **15 (50 %)** |
| **2. средний уровень** | **8 (26.7%)** | **15 (50 %)** |
| **3. низкий уровень** | **0** | **0** |

Представим графически результаты нашего исследования.



***Рис.5. Результаты изучения школьной зрелости детей, поступающих в первый класс***

Таким образом, согласно результатам исследования, в обеих группах отсутствуют дети с низким уровнем школьной зрелости. Однако по всем показателям используемой нами комплексной методики диагностики школьной зрелости среди гиперактивных испытуемых преобладают дошкольники с высоким уровнем готовности к школьному обучению. При этом гиперактивные дети наиболее превосходят негиперактивных в умении строить умозаключения, а также обладают более развитым мышлением и речью.

В целях обеспечения достоверности результатов нашего исследования мы провели их статистический анализ с использованием Т-критерия Стьюдента (приложение 3). Согласно полученным данным, различия в показателях школьной зрелости между двумя группами испытуемых являются достоверными и статистически значимыми.

Следовательно, гипотеза нашего исследования о более низком уровне готовности к школе гиперактивных детей не подтвердилась. Напротив, гиперактивные дети продемонстрировали более высокий уровень школьной зрелости, поэтому мы можем сделать вывод о том, что синдром гиперактивности не влияет на формирование интеллектуальной и психосоциальной готовности дошкольников к обучению в школе.

**3.3 Результаты диагностики наличия внутренней позиции школьника**

Как уже указывалось, для изучения особенностей внутренней позиции школьника мы использовали беседу Нежновой, в которой оценивались основные составляющие внутренней позиции школьника: ориентация на содержание учебной деятельности, ориентация на внешние атрибуты учебной деятельности и школьной жизни,ориентация на внешкольные виды деятельности и условия.

Представим полученные количественные результаты диагностики в виде таблицы и диаграммы.

***Таблица 10***

***Результаты диагностики наличия внутренней позиции школьника***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Группа «А»**  **(гиперактивные дети)** | **Группа «В»**  **(негиперактивные дети)** |
| **1. ориентация на содержание учебной деятельности** | **14 (46.7%)** | **14 (46.7%)** |
| **2. ориентация на внешние атрибуты учебной деятельности и школьной жизни** | **10 (33.3%)** | **12 (40%)** |
| **3. ориентация на внешкольные виды деятельности и условия** | **6 (20%)** | **4 (13.3%)** |



***Рис.6. Результаты диагностики наличия внутренней позиции школьника***

***1******- ориентация на содержание учебной деятельности***

***2 - ориентация на внешние атрибуты учебной деятельности и школьной жизни***

***3 - ориентация на внешкольные виды деятельности и условия***

Таким образом, при исследовании особенностей внутренней позиции школьника, можно сказать, что большее количество испытуемых обеих групп ориентируются на содержание учебной деятельности. Отметим также, что в группе А (гиперактивные дети) больше испытуемых, ориентированных на внешкольные виды деятельности и условия, а в группе В - ориентированных на внешние атрибуты учебной деятельности и школьной жизни. Но в целом значимых различий по данному показателю не обнаружено.

**3.4 Диагностика мотивации учения дошкольников**

В результате диагностики особенностей мотивации учения испытуемых, мы получили следующие количественные данные.

***Таблица 11***

***Результаты диагностика мотивации учения дошкольников***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Группа «А»**  **(гиперактивные дети)** | **Группа «В»**  **(негиперактивные дети)** |
| **1. учебный мотив** | **4 (13.3%)** | **16 (53.3%)** |
| **2. внешний мотив** | **10 (33.3%)** | **10(33.3%)** |
| **3. игровой мотив** | **16 (53.3%)** | **4 (13.3%)** |
| **4. позиционный мотив** | **0** | **0** |
| **5. социальный мотив** | **0** | **0** |

Представим графически результаты нашего исследования.



***Рис.7. Результаты диагностики мотивации учения дошкольников***

***1 - учебный мотив***

***2 - внешний мотив***

***3 - игровой мотив***

Таким образом, в процессе диагностики мотивации учения дошкольников, мы обнаружили существенные различия между группами испытуемых. Это также подтвердил статистический анализ полученных эмпирических данных по Т-критерию Стьюдента (приложение 3). Среди гиперактивных детей преобладают дошкольники с игровой мотивацией, а среди негиперактивных - с учебной мотивацией. Это во многом объясняет наличие трудностей в адаптации к школьному обучению гиперактивных детей, а также несоответствие уровня их интеллектуального развития и школьной успеваемости.

**3.5 Результаты диагностики самооценки дошкольников**

В процессе диагностики самооценки дошкольников мы получили следующие количественные данные.

***Таблица 12***

***Результаты диагностики самооценки дошкольников***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Группа «А»**  **(гиперактивные дети)** | **Группа «В»**  **(негиперактивные дети)** |
| **1. очень высокая самооценка** | **4 (13.3%)** | **0** |
| **2. высокая самооценка** | **18 (60%)** | **10 (33.3%)** |
| **3. средняя самооценка** | **8 (26.7%)** | **18 (60%)** |
| **4. низкая самооценка** | **0** | **2 (6.7%)** |
| **5. очень низкая самооценка** | **0** | **0** |

Представим графически результаты нашего исследования



***Рис.8. Результаты диагностики самооценки дошкольников***

***1 - очень высокая самооценка***

***2 – высокая самооценка***

***3 – средняя самооценка***

***4 – низкая самооценка***

***5 – очень низкая самооценка***

Таким образом, результаты диагностики самооценки дошкольников, показывают, что среди гиперактивных детей в основном преобладают дети с очень высокой и высокой самооценкой. Среди негиперактивных детей, преобладают дети со средним уровнем самооценки, т.е. они более адекватно оценивают свои силы и возможности. Поэтому в процессе школьного обучения гиперактивные дети часто бывают разочарованы результатами учения. Они ожидают высоких оценок, невероятно верят в свои силы, но несформированность учебной мотивации, а также дефицит внимания мешают им демонстрировать высокие успехи в учебе. Поэтому гиперактивные дети являются группой риска в плане формирования школьной дезадаптации, несмотря на их высокие потенциальные возможности. Статистическую значимость полученных диагностических показателей самооценки дошкольников и справедливость сформулированных нами выводов подтвердил использованный нами математический анализ результатов исследования по Т-критерию Стьюдента.

Таким образом, гипотеза нашего исследования о существовании определенных особенностей готовности к школе гиперактивных детей частично подтвердилась. Мы обнаружили значимые различия в школьной зрелости, мотивации и самооценке испытуемых.

**ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ**

Проведённое нами исследование готовности к школьному обучению гиперактивных детей, позволило сформировать следующие **выводы:**

1. Гипотеза нашего исследования о более низком уровне готовности к школе гиперактивных детей не подтвердилась. Гиперактивные дети продемонстрировали более высокий уровень школьной зрелости, поэтому мы можем сделать вывод о том, что синдром гиперактивности не влияет на формирование интеллектуальной и психосоциальной готовности дошкольников к обучению в школе.
2. Гиперактивные дети превосходят негиперактивных в умении строить умозаключения, а также обладают более развитым мышлением и речью.
3. В процессе исследования особенностей внутренней позиции школьника выявлено, что одинаковое количество детей в обеих группах ориентируются на содержание учебной деятельности. Однако среди негиперактивных дошкольников больше испытуемых, ориентированных на внешние атрибуты учебной деятельности и школьной жизни, а среди гиперактивных - навнешкольные виды деятельности и условия.
4. Среди гиперактивных детей преобладают дошкольники с игровой мотивацией, а среди негиперактивных - с учебной мотивацией.
5. Среди гиперактивных детей в основном преобладают дети с очень высокой и высокой самооценкой. Среди негиперактивных детей, преобладают дети со средним уровнем самооценки, т.е. они более адекватно оценивают свои силы и возможности.
6. В силу недостаточной сформированности учебной мотивации и завышенной самооценки гиперактивные дети являются группой риска в плане формирования школьной дезадаптации, несмотря на их высокие потенциальные возможности.

Проведённое нами исследование и его результаты позволили нам сформулировать следующие рекомендации родителям, практическим психологам и педагогам и педагогам для улучшения жизни и обучения гиперактивных детей:

***Рекомендации для оптимизации общения между родителями и детьми, у которых выявлен синдром дефицита внимания с гиперактивным поведением***

1. В своих отношениях с ребенком необходимо поддерживать позитивную установку. Хвалить его в каждом случае, когда он этого заслужил, подчеркивать успехи. Это помогает укрепить уверенность ребенка в собственных силах.
2. Говорить сдержанно, спокойно. Не прибегать к физическому наказанию. Строить ваши отношения на доверии, а не на страхе. Совместно решать возникшие трудности.
3. Следует помнить, что спокойствие – лучший пример для ребенка
4. Избегать повторения слова «нет», «нельзя»
5. Давать ребенку только одно задание на короткий промежуток времени, чтобы он мог его завершить.
6. Поручить ему часть домашних дел, которые необходимо выполнять ежедневно и ни в коем случае не выполняйте их за него.
7. 6.Для подкрепления устных инструкций использовать зрительную стимуляцию
8. Поощрять ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (работа с кубиками, раскрашивание, мозаика и др.)
9. Вести бальную или знаковую систему вознаграждений (можно каждый поступок отмечать звездочкой, а определенное их количество вознаграждать сладостями, игрушкой и пр.)
10. Избегать повышенных или пониженных требований. Ставить перед ним задачи, соответствующие его способностям.
11. Определить вместе с ребенком рамки поведения – что можно и чего нельзя.
12. Соблюдение четкого распорядка дня
13. Избегать большого скопления людей, шумных компаний
14. Во время игр ограничивать ребенка лишь одним партнером.
15. Оберегать ребенка от утомления, поскольку оно ведет к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности.
16. Давать ребенку расходовать избыточную энергию. Полезна ежедневная физическая активность на свежем воздухе – длительные прогулки, бег, спортивные занятия.

***Рекомендации для оптимизации общения между учителями и детьми, у которых выявлен синдром дефицита внимания с гиперактивным поведением***

В работе с ребёнком, имеющим серьёзные нарушения внимания, обязательно нужно наличие у него положительной мотивации. Такая мотивация может возникнуть, если в классе хороший и понимающий учитель, если родители действительно заинтересованы в том, чтобы помочь своему ребёнку. Обязательно нужна совместная работа родителей и учителей, построенная на эмоциональной заинтересованности родителей.

* 1. Целесообразно гиперактивного ребёнка обучать в классе с небольшим количеством учащихся. Но это не должен быть класс коррекции, в котором собраны все трудные. В большом классе у гиперактивных детей возникает перевозбуждение, переутомление, снижается самоконтроль.
  2. Оптимальный выбор места за партой – в центре класса напротив доски. Предоставлять ребёнку возможность быстро обращаться за помощью к учителю.
  3. Хладнокровие учителя – основа успеха. Взрослый должен в любой ситуации сохранять спокойствие.
  4. До минимума ограничивать отвлекающие факторы.
  5. Учебные занятия строить по чётко распланированному стереотипному распорядку, вводить ритуалы.
  6. По возможности игнорировать вызывающие поступки ребёнка и поощрять за его хорошее поведение. Хвалить сразу же. Поощрять чаще, например, каждые 15 – 20 минут, выдавать жетоны за хорошее поведение, которые можно обменять на «награды», право идти в первой паре, дежурить и т.д. наказывать следует очень осторожно, и проявлять при этом последовательность.
  7. Не загружать скучной работой. Больше динамики!
  8. Давать короткие, конкретные и понятные инструкции, не более 10 слов. Использовать работу по пооперационным картам.
  9. Использовать индивидуальный режим работы для этих учащихся: уменьшить рабочую нагрузку, вводить частые перерывы в работе; предусматривать возможность для двигательной «разрядки» (физкультминутки, психогимнастика); работать с ними активно, вызывать к доске в начале урока (дня).
  10. Основная задача учителя – научить ребёнка работать по речевой инструкции, последовательно выполнять определённые действия, контролировать и оценивать их выполнение.
  11. Не требовать одновременно аккуратности, внимательности и усидчивости. Это не под силу Гиперактивному ребёнку.
  12. Перед выполнением работы провести беседу с ребёнком, обговорить правила, заключив с ним своеобразный «договор» о тех или иных действиях.
  13. Избегать сравнений ребёнка с послушными и спокойными сверстниками. Это унижает его и снижает самооценку.
  14. В коллективную деятельность включать поэтапно: начать с индивидуальной работы, затем в малых группах и после этого перейти к коллективным видам деятельности.
  15. Задания, предъявляемые на уроке писать на доске.
  16. Обучать саморегуляции своего поведения, двигательной активности, приёмам избавления от мускульного напряжения.
  17. Учитель и родитель могут обмениваться карточками, в которых записываются даже незначительные достижения. Это повышает уверенность и самооценку ребёнка.
  18. Использовать на уроке элементы игры, соревнования.
  19. Большие задания разбивать на последовательные части, контролируя выполнение каждой из них.
  20. Создавать ситуации, в которых гиперактивный ребёнок может показать свои сильные стороны и стать экспертом в классе по некоторым областям знаний.
  21. Помнить, что с ребёнком необходимо договориться, а не стараться сломить его!
  22. Объяснять родителям и окружающим, что улучшение состояния ребёнка зависит не только от специального лечения и коррекции, но и от спокойного и последовательного отношения.
  23. Помнить, что прикосновение является сильным стимулятором для формирования поведения и развития навыков обучения.
  24. И самое главное, следует всегда помнить, что гиперактивность - это не поведенческая проблема, не результат плохого воспитания, а медицинский и нейропсихологический диагноз, который может быть поставлен по результатам специальной диагностики. Проблему гиперактивности невозможно решить волевыми усилиями, авторитарными указаниями и убеждениями. Гиперактивный ребёнок имеет нейрофизиологические проблемы, справиться с которыми самостоятельно не может. Дисциплинированные меры воздействия в виде постоянных наказаний, замечаний, окриков, нотаций не приведут к улучшению поведения ребёнка, а, скорее, ухудшат его. Эффективные результаты коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности достигаются при оптимальном сочетании медикаментозных и немедикаментозных методов, к которым относятся психологические и нейропсихологические программы, игры и упражнения (приложение 4).

Родители должны работать в тесном контакте с учителями, психологами и врачом.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В процессе выполнения дипломной работы был проведён теоретический анализ психологической литературы по проблеме исследования особенностей готовности к школьному обучению гиперактивных детей и эмпирическое исследование особенностей готовности к школьному обучению дошкольников с наличием признаков данного синдрома. В результате проведенной исследовательской работы было выявлено, что гиперактивные дети имеют более высокий уровень школьной зрелости, превосходят негиперактивных в умении строить умозаключения, а также уровне логического мышления и речи.

Однако у гиперактивных детей преобладают внешние и игровые мотивы, а в группе негиперактивных детей преобладают учебные мотивы. При этом у гиперактивных детей самооценка значительно выше, чем у негиперактивных. Именно эти особенности делают гиперактивных детей группой риска в плане формирования школьной дезадаптации, несмотря на их высокие потенциальные возможности.

Актуальность данного исследования заключается в недостаточной изученности вопроса особенностей готовности к школьному обучению гиперактивных детей, и оставляет его для новых исследований. Мы считаем, что возможно дальнейшее изучение и выявление других тенденций по особенностям готовности к школьному обучению гиперактивных детей. Данные исследования могут найти применение и иметь практическую значимость в работе психологов, учителей начальных классов и воспитателей групп продлённого дня, которые работают с детьми, чтобы понять, предсказать поведение детей и при необходимости оказать влияние на процесс обучения детей.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Афонина А.В., Груздева Н.В., Пойми меня и действуй правильно!, методическое пособие для психологов, педагогов и родителей, Иваново 2005 год.
2. Алфёров А.Д., Психология развития школьника. Ростов – на – Дону «Феникс», 2000 год.
3. Башаева Т.В., Развитие восприятия у детей (форма, цвет, звук.) Популярное пособие для родителей и педагогов. Ярославль «Академия развития», 1997 год.
4. Безруких М.М., Ребёнок – непоседа, Москва.: Вентана – Граф. 2001год.Брязгунов И.П., Касатикова Е.В., Непоседливый ребёнок, Москва: «Искусство психотерапии». 2001 год.
5. Безруких М.М., Ефимова С.П., Знаете ли вы своего ученика? – Москва, 1991 год.
6. Васильева Т.В., Ты меня понимаешь? Тесты для детей с рекомендациями психолога. Санкт-Петербург – АКЦЕДЕНТ,1994 год.
7. Варга А.Я., Психологическая коррекция нарушений общения детей,

младшего школьного возраста //Семья в психологической консультации//, Москва, 1990 год.

1. Венгер А.Л. Психологическое консультирование и диагностика. Часть в двух частях, - Москва, Генезис, 2001 год.
2. Венгер Л.А. Венгер А.Л., Готов ли ваш ребёнок к школе? – Москва, 1994 год.
3. Венгер Л.А. Венгер А.Л., Домашняя школа. – Москва, 1994 год.
4. Виноградова Н.Ф. Журова Л.Е., Готов ли ваш ребёнок к школе?: Советы педагога и психолога: Книга для родителей. – Москва, 1992 год
5. Викулов А.Д., Бутин И.М., Развитие физических способностей детей. – Ярославль, 1997 год.
6. Выготский Л.С. Вопросы детской психологии. Санкт-Петербург, Союз, 1997 год.
7. Гаврина С.Е., Играем в слова. – Ярославль, 1997 год.
8. Гамезо М.В., Петрова Е.А., Орлова Л.М., Возрастная и педагогическая психология, педагогическое общество России, Москва – 2001 год.
9. Гоноболин Ф.Н. Внимание и его воспитатель. М., 1972 г.
10. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. Ленинград -1988год
11. Детский психолог. 1993 г. № 6.
12. Джеймс У. Внимание: Хрестоматия по вниманию. Москва - 1976 год.
13. Диагностика и коррекция психического развития дошкольников / Под ред. Я.Л. Коломинского, Е.А.
14. Диагностика познавательной сферы ребенка / Под ред. Т.Г.Богдановой, Т.В. Корниловой Москва - 1994 год.
15. Диденко Т.И., Сборник классных часов и родительских собраний., Ростов – на – Дону «Феникс», 2002 год.
16. Елфимова Н.В. Диагностика и коррекция мотивации учения у дошкольников и младших школьников – Москва, 1991 год.
17. Житникова Л.М., Учите детей запоминать – Москва, 1978 год.
18. Забрамная С.Д. Ваш ребёнок учится во вспомогательной школе. – Москва, 1993 год.
19. Зак А. «Путешествие в сообразилию» или как помочь ребёнку стать смышлёным. – Москва, 1993 год.
20. Захаров А.И. Неврозы у детей. Дельта Санкт-Петербург – 1999 год.
21. Зимска М. « Семья и личность» –Москва, 1986 год.
22. Клюева Н.В. Касаткина Ю.В. Учим детей общению (характер, коммуникабельность.) Популярное пособие для родителей и педагогов. Ярославль «Академия развития», 1997 год.
23. Клюева Н.В. Технология работы психолога с учителем, Москва, СФЕРА – 2000 год.
24. Коломинский Я.Л., Панько Е.А., Учителю о психологии детей шестилетнего возраста, - Москва, 1998 год.
25. Кравцова Е.Е. Психологические проблемы готовности детей к школьному обучению, - Ленинград , 1991 год.
26. Кэрол Флейк-Хобсон, Брайн Е., Робинсон, Петси Спин « Развитие ребенка и его отношения с окружающими» Москва, 1997 год.
27. Леви В. Нестандартный ребёнок – Москва, 1998 год.
28. Лисина М. И. « Общение со взрослыми у детей первых семи лет жизни» Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии – Москва, 1981. с.109.
29. Лютова Е.К. Монина Г.Б. Шпаргалка для взрослых. Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми., Москва, Генезис – 2000 год.
30. Максакова А.И., Тумакова Г.А. Учите, играя. – Москва, 1993 год.
31. Маханёва М.Д. Воспитание здорового ребёнка: Пособие для практических работников детских дошкольных учреждений – Москва, 1997 год.
32. Михайленко Н.Я., Короткова Н.А. Как играть с ребенком. Москва, 1990 год.
33. Михайленко Н.Я. Педагогические принципы организации сюжетной игры // Дошкольное воспитание. 1999 год. № 4.
34. Нижегородцева Н.В., Шадриков В.Д. Психолого-педагогическая готовность ребёнка в школе. Гуманитарный издательский центр «Владос», Москва, 2001 год.
35. Нора Ньюкомб « Развитие личности ребенка» АСТ – ПРЕСС КНИГА – 2002год.
36. Обучение дошкольников грамоте: Методическое пособие /Под редакцией Дуровой Н.В. – Москва, 1998 год.
37. Овчарова Р.В., Практическая психология в начальной школе. Творческий Центр СФЕРА, Москва, 1998 год.
38. Оклендер. Окна в мир ребёнка, Москва - 1997 год.
39. Практическая психология в тестах или как научиться понимать себя и других. – Москва: АСТ – ПРЕСС КНИГА, 2005 год.
40. Психологический журнал 1982 г. Т.З. № 5 с. 54-65.
41. Сартан Г.М., Тренинг самостоятельности у детей, Москва, Сфера. 2002 год.
42. Семенюк Л.М. Психологические особенности гиперактивного поведения подростков и условия его коррекции. Учебное пособие, Москва, ФЛИНТА, 2003 год.
43. Сиротюк А.Л. обучение детей с учётом психофизиологии, Москва – 2000 год.
44. Степанов В.Г. Психология трудных школьников, Москва, Академия, 2001 год.
45. Субботина Л.Ю. Развитие воображения у детей. Популярное пособие для родителей и педагогов. Ярославль «Академия развития», 1997 год.
46. Ушакова О.С., Придумай слово: Речевые игры и упражнения для дошкольников: Книга для воспитателей и родителей. – Москва, 1997 год.
47. Уруктаева Г.А. Дошкольная психология. Учебное пособие Москава, Академия, 1997 год.
48. Уруктаева Г.А. Диагностика детей дошкольного возраста Москва, Академия, 1997 год.
49. Физиологические и психологические критерии готовности к обучению в школе. (Материалы симпозиума). – Москва – 1977 год.
50. Фесюкова Л.Б. от 3-х до 7-ми. Книга для пап, мам, дедушек и бабушек. Харьков, Ростов - на - Дону, «Феникс», 1997 год.
51. Хрестоматия по вниманию под ред. Леонтьева А.Н., Пузырея А.А., Романова В.Я. Москва., 1976 год. с. 184-219.
52. Черемошкина Л.В. развитие памяти у детей. Популярное пособие для родителей и педагогов. Ярославль «Академия развития», 1997 год.
53. Эксакусто Т.В., Истратова О.Н., Справочник психолога начальной школы, Ростов – на – Дону «Феникс», 2000 год.

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

ГРУППА «А» (ГИПЕРАКТИВНЫЕ ДЕТИ)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Список детей** | **Изучение**  **зрелости**  **детей.** | **Наличие**  **внутренней**  **позиции**  **школьника.** | **Мотивация**  **учения** | **Самооценка** |
|  |  |  |
| 1. | Никита А. | 44 | 8 | 4 | 9 |
| 2. | Серёжа Г. | 39 | 8 | 4 | 8 |
| 3. | Максим Т. | 37 | 6 | 4 | 6 |
| 4. | Женя Г. | 46 | 10 | 5 | 7 |
| 5. | Катя Т. | 40 | 8 | 4 | 9 |
| 6. | Аня К. | 38 | 7 | 3 | 7 |
| 7. | Эльдар М. | 28 | 3 | 4 | 7 |
| 8. | Лена С. | 41 | 9 | 3 | 10 |
| 9. | Ульяна Б. | 30 | 6 | 4 | 8 |
| 10. | Толя М. | 41 | 10 | 3 | 6 |
| 11. | Алёша Б. | 45 | 7 | 5 | 9 |
| 12. | Илья Е. | 34 | 10 | 3 | 8 |
| 13. | Саша Н. | 39 | 5 | 4 | 8 |
| 14. | Илья П. | 41 | 6 | 3 | 10 |
| 15. | Максим К. | 42 | 9 | 3 | 7 |
| 16. | Данила В. | 42 | 6 | 5 | 9 |
| 17. | Эдик Т. | 33 | 10 | 3 | 9 |
| 18. | Максим Т. | 33 | 4 | 4 | 7 |
| 19. | Женя Ч. | 40 | 9 | 3 | 8 |
| 20. | Валера С. | 39 | 5 | 5 | 9 |
| 21. | Эмир М. | 43 | 4 | 3 | 8 |
| 22. | Серёжа В. | 38 | 5 | 3 | 8 |
| 23. | Гена М. | 39 | 9 | 3 | 10 |
| 24. | Ира С. | 36 | 4 | 3 | 8 |
| 25. | Света Д. | 44 | 10 | 4 | 8 |
| 26. | Федя К. | 36 | 4 | 3 | 7 |
| 27. | Оксана В. | 43 | 9 | 3 | 10 |
| 28. | Тимур Д. | 30 | 3 | 3 | 8 |
| 29. | Никита А. | 46 | 5 | 4 | 8 |
| 30. | Лена С. | 45 | 9 | 3 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |

ПРИЛОЖЕНИЕ №2

ГРУППА «В» (НЕГИПЕРАКТИВНЫЕ ДЕТИ)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Список детей** | **Изучение**  **зрелости**  **детей** | **Наличие**  **внутренней**  **позиции**  **школьника.** | **Мотивация**  **учения** | **Самооценка** |
|  |  |  |  |
| 1. | Алёна Р. | 38 | 7 | 4 | 9 |
| 2. | Серёжа В. | 39 | 9 | 5 | 8 |
| 3. | Марина Т. | 33 | 10 | 4 | 8 |
| 4. | Женя Г. | 45 | 7 | 5 | 6 |
| 5. | Юля Т. | 41 | 4 | 4 | 6 |
| 6. | Ваня К. | 34 | 9 | 4 | 6 |
| 7. | Эдик М. | 40 | 6 | 5 | 8 |
| 8. | Лёня А. | 33 | 10 | 3 | 7 |
| 9. | Саша П. | 46 | 9 | 4 | 9 |
| 10. | Тимур М. | 35 | 7 | 5 | 7 |
| 11. | Алёша Б. | 40 | 9 | 5 | 6 |
| 12. | Илья Т. | 35 | 3 | 3 | 6 |
| 13. | Серёжа Н. | 39 | 10 | 4 | 6 |
| 14. | Игорь А. | 33 | 6 | 5 | 6 |
| 15. | Максим Я. | 43 | 6 | 3 | 5 |
| 16. | Коля М. | 33 | 9 | 5 | 8 |
| 17. | Максим Т. | 46 | 7 | 5 | 6 |
| 18. | Даниил Т. | 29 | 4 | 4 | 7 |
| 19. | Вова И. | 33 | 9 | 4 | 9 |
| 20. | Яков П. | 44 | 3 | 5 | 7 |
| 21. | Юнус Г. | 31 | 9 | 5 | 6 |
| 22. | Виталик Т. | 30 | 7 | 5 | 8 |
| 23. | Дима Ю. | 43 | 6 | 5 | 4 |
| 24. | Вера Б. | 36 | 9 | 4 | 6 |
| 25. | Вика Х. | 44 | 6 | 5 | 6 |
| 26. | Рита Т. | 36 | 7 | 4 | 4 |
| 27. | Галя О. | 29 | 6 | 3 | 9 |
| 28. | Эльвира М. | 40 | 9 | 5 | 7 |
| 29. | Карина Ц. | 30 | 9 | 5 | 9 |
| 30. | Цисана Ж. | 40 | 9 | 5 | 7 |

ПРИЛОЖЕНИЕ №3

**Значимость различий в уровне школьной зрелости испытуемых**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Тестовое значение = 0 | | | | | |
| t | ст.св. | Знч. (2-сторон) | Разность Средних | 95% доверительный интервал разности средних | |
| Нижняя граница | Верхняя граница |
| Группа А | 43,935 | 29 | ,000 | 39,06667 | 37,2481 | 40,8853 |
| Группа В | 38,483 | 29 | ,000 | 37,26667 | 35,2861 | 39,2472 |

**Значимость различий в мотивации испытуемых**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Тестовое значение = 0 | | | | | |
| t | ст.св. | Знч. (2-сторон) | Разность Средних | 95% доверительный интервал разности средних | |
| Нижняя граница | Верхняя граница |
| Группа А | 27,236 | 29 | ,000 | 3,60000 | 3,3297 | 3,8703 |
| Группа В | 33,288 | 29 | ,000 | 4,40000 | 4,1297 | 4,6703 |

**Значимость различий в уровне самооценки испытуемых**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Тестовое значение = 0 | | | | | |
| t | ст.св. | Знч. (2-сторон) | Разность Средних | 95% доверительный интервал разности средних | |
| Нижняя граница | Верхняя граница |
| Группа А | 40,054 | 29 | ,000 | 8,16667 | 7,7497 | 8,5837 |
| Группа В | 26,718 | 29 | ,000 | 6,86667 | 6,3410 | 7,3923 |

ПРИЛОЖЕНИЕ №4.

ИГРЫ И УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРАКТИВНОСТИ

**1.Найди два одинаковых предмета**

Цель: развитие мышления, объема внимания, восприятия формы, величины, наблюдательности, формирование умения сравнивать, анализировать.

Оборудование: рисунок с изображением пяти предметов и более, из которых два предмета одинаковые; остро заточенные простые карандаши.

Описание. Ребенку предлагается:

а) рисунок с изображением пяти предметов, среди которых два одинаковых; требуется их найти, показать и объяснить, в чем схожесть этих двух предметов (листы 9-10);

б) картинка (карточка) с изображением предметов и образца; необходимо найти предмет, подобный образцу, показать его и объяснить, в чем схожесть;

в) рисунок (карточка) с изображением более пяти предметов (листы 11-12); из изображенных предметов надо образовать одинаковые пары, показать их или соединить линиями, проведенными простым карандашом, и объяснить, в чем схожесть каждой пары.

Инструкция:

а) «Посмотри внимательно на эту карточку и найди среди всех нарисованных предметов два одинаковых. Покажи эти предметы и объясни, в чем их схожесть. Приступай к работе».

б) «Посмотри, на этом рисунке изображены предметы. Каждому из них можно найти пару. Соедини линиями каждую полученную пару (два одинаковых предмета) и объясни, в чем их схожесть. Приступай к выполнению задания».

**2. Выкладывание палочек**

Цель: развитие произвольного внимания, мелкой моторики пальцев.

Оборудование: счетные палочки (куски толстой изоляционной проволоки, трубочки для коктейлей и т.д.), образец узора.

Описание. Ребенку предлагают по образцу выложить узор или силуэт из палочек (листы 13-14).

а) 1-й уровень сложности - узоры в одну строчку (карточки);

б) 2-й уровень сложности - простые силуэты, состоящие от 6 до 12 палочек (карточки);

в) 3-й уровень сложности - более сложные силуэты, состоящие от 6 до 13 палочек (карточки);

г) 4-й уровень сложности - сложные с большим количеством деталей, состоящие от 10 до 14 палочек (карточки).

Инструкция: «Посмотри, что изображено на этом рисунке (узор, домик и т.д.)? Возьми палочки и выложи из них точно такой же узор (домик…). При выкладывании будь внимателен. Приступай к работе».

**3. Найди отличия**

Цель: развитие произвольного внимания, переключение и распределение внимания.

Оборудование: карточка с изображением двух картинок, имеющих различия.

Описание. Ребенку предлагаются:

а) серия картинок (листы 16-17) по две картинки на каждой карточке; в каждой картинке надо найти пять отличий;

б) карточка с изображением двух картинок (листы 18-19), отличающихся друг от друга деталями. Необходимо найти все имеющиеся отличия.

Инструкция: «Посмотри внимательно на эту карточку. На ней изображены две картинки, которые отличаются друг от друга различными деталями. Необходимо быстро найти все имеющиеся отличия. Начинай искать».

**4. Выкладывание узора из мозаики**

Цель: развитие концентрации и объема внимания, мелкой моторики руки, формирование умения работать по образцу.

Оборудование: мозаика, образец.

Описание: ребенку предлагают по образцу (листы 20-21) выложить из мозаики: цифры, букву, простой узор и силуэт.

Инструкция: «Посмотри, на этом рисунке изображена цифра (буква, узор, силуэт). Из мозаики нужно выложить точно такую же цифру (букву, узор, силуэт), как на рисунке. Будь внимателен. Приступай к работе».

**5. Нанизывание бусинок**

Цель: развитие концентрации и объема внимания, мелкой моторики пальцев.

Оборудование: образец для нанизывания бус; бусинки, соответствующие образцу, или одинаково нарезанные кусочки цветной изоляции толстой проволоки; для усложнения задания - крупный бисер.

Описание. Ребенку предлагают по образцу (лист 23) нанизывать бусы.

Инструкция: «Посмотри на эти нарисованные бусы. Ты хочешь сам собрать бусы? Я дам тебе бусинки и проволоку, на которую нужно нанизывать друг за другом бусинки точно так, как они выглядят на рисунке».

**6. Опиши друга**

Два ребенка или ребенок с кем-то из взрослых становится спиной друг к другу, и по очереди описывают прическу, лицо, одежду другого; выясняется: кто оказался точнее при описании друг друга.

**7. Прикосновения**

Ребенок закрывает глаза, а кто-то из присутствующих дотрагивается к рукам. Малыш отгадывает и называет по имени.

**8. Удочка**

Дети становятся в круг, взрослый в центре. В руках у него шнур длиной около метра с привязанным на конце мягким мячиком или набивным мешочком. По сигналу: «Ловлю!» - взрослый вращает шнур, постепенно его удлиняя так, чтобы мешочек попал под ноги играющим. При приближении мешочка дети должны подпрыгнуть. Если мешочек коснулся ног играющего, значит, он попался на удочку и должен идти в середину круга и вращать шнур до тех пор, пока кого-нибудь не поймает.

**9. Слушай звуки**

Цель: развитие произвольного внимания.

Оборудование: фортепьяно или аудиозапись.

Описание. Каждый ребенок выполняет движения в соответствии с услышанными звуками: низкий звук - становится в позу «плакучей ивы» (ноги на ширине плеч, руки слегка разведены в локтях и висят, голова наклонена к левому плечу), высокий звук - становится в позу «тополя» (пятки вместе, носки врозь, ноги прямые, руки подняты вверх, голова запрокинута назад, смотреть на кончики пальцев рук).

Инструкция: «Сейчас мы поиграем в игру «Слушай звуки !» и узнаем, кто из вас внимательно умеет слушать звуки фортепьяно. Есть низкие звуки (прослушивание) и высокие звуки по звучанию (прослушивание). Играть будем так: если вы услышите низкие звуки фортепьяно, то должны будете встать в позу (плакучей ивы» (показ с комментариями). Давайте все станем в позу «плакучей ивы». Вот так. Ну а если вы услышите высокие звуки фортепьяно, то должны будете принять позу «тополя» (показ с комментариями). Давайте мы все примем эту позу «тополя». Будьте внимательны! Начинаем играть».

Примечание. Необходимо чередовать звуки, постепенно увеличивая темп.

**10. Слушаем тишину**

Предлагается всем послушать тишину, а потом определить, кто и что услышал в тишине.