

Политика Оксана Ивановна

**МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД В КОРРЕКЦИИ
СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ
У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Специальность: 19.00.04 – медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук



**Санкт-Петербург
2003**

Работа выполнена на кафедре клинической психологии Российского государственного педагогического университета имени А.И.Герцена

Научный руководитель: доктор психологических наук, доцент
ГОРЬКОВАЯ И.А.

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, доцент
НИКОЛЬСКАЯ И.М.
кандидат психологических наук
РОМИЦЫНА Е.Е.

Ведущая организация: Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия

Защита состоится « 17 » апреля 2003 года в 15.30 часов на заседании диссертационного совета Д212.199.25 Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена по адресу: 191186, г. Санкт-Петербург, наб. р. Мойки, 48, корп. 11.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена

Автореферат разослан « 17 » марта 2003 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат психологических наук, доцент



З.Ф. Семенова

2003-А
6027

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Психическое здоровье ребенка предполагает гармоничное развитие двигательных, умственных и речевых функций, оптимальную адаптацию и социализацию ребенка в обществе, коллективе и семье.

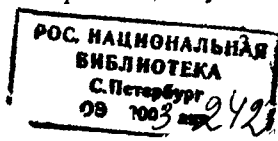
Проблема изучения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) в дошкольном возрасте обусловлена следующими соображениями. СДВГ является одной из наиболее частых причин обращения за психологической помощью в детском возрасте. Длительные проявления импульсивности и гиперактивности могут привести к формированию девиантных форм поведения (Егорова М.С., 1995; Ковалев В.В., 1995; Горьковая И.А., 1996; Захаров А.И., 1999; Fischer M. et al., 1993; Weiss G., Hechtman L.T., 1993; Olson Sh., 1996). Последствия СДВГ во взрослом возрасте проявляются неудачами в личной и профессиональной карьере (Гуревич К.М., 1991; Галкина Т.В., Алексеева Л.Г., 1992; Singh N.N. et al., 1991).

Когнитивные и поведенческие нарушения продолжают сохраняться почти у 70% подростков и более чем у 50% взрослых людей, которым в детстве ставился диагноз СДВГ. В подростковом возрасте у гиперактивных детей рано развивается тяга к алкоголю, наркотическим веществам. Для них в большей степени, чем для их сверстников, характерна склонность к правонарушениям (Кулаков С.А., 1997; Менделевич В.Д., 1998; Klein R.G., Mannuzza S., 1991; Fischer M. et al., 1993; Weiss G., Hechtman L.T., 1993; Olson Sh., 1996). Следовательно, изучение детей с синдромом и развитие дефицитарных функций имеет непосредственное значение для психолого-педагогической практики именно в дошкольном возрасте.

Обращает на себя внимание тот факт, что синдрому дефицита внимания с гиперактивностью уделяется основное внимание только при поступлении ребенка в школу. Он проявляется в школьной дезадаптации и неуспеваемости (Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю., 1994; Кучма В.Р., Платонова А.Г., 1997; Разумникова О.М., Голошейкин С.А., 1997; Рычкова Н.А., 2000, Касатикова Е.Б., Брызгунов И.П., 2001).

Таким образом, ранняя диагностика и коррекция должна быть ориентирована на дошкольный возраст (5 лет), когда компенсаторные возможности мозга велики, что позволяет предотвратить формирование стойких патологических проявлений (Осипенко Т.Н., 1986; Лицев А.Э., 1995; Халецкая О.В., 1999).

Основные направления современной развивающей и коррекционной работы (Семенович А.В., 1998; Пылаева Н.М., Ахутина Т.В., 1997; Обухов Я.Л., 1998; Семаго Н.Я., 2000; Сиротюк А.Л., 2002) опираются на принцип замещающего развития. Отсутствуют программы, рассматривающие мульт-



тиморбидность проблем развития ребенка с СДВГ в комплексе с решением проблем в семье, коллективе сверстников и сопровождающих развитие ребенка взрослых, основанных на мультимодальном подходе.

Использование стратегической модели Оудсхоорна позволяет не только учесть мультимодальность, но и расширяет возможности для планирования и сокращения сроков психологической коррекции. В России имеются лишь единичные публикации использования данного подхода (Кулаков С.А., 2001, 2003; Лазарус А., 2001; Кроль Л.М., Пуртова Е.А., 2002) в клинической психологии.

В башкирском регионе программ по коррекции отклонений в развитии детей с СДВГ в дошкольном возрасте не обнаружено.

Таким образом, проблема исследования СДВГ в дошкольном возрасте, построение мультимодальной коррекционной программы относятся к числу актуальных, теоретически и практически значимых, но недостаточно освещенных в теории и практике клинической психологии.

Целью настоящей работы явилась разработка и реализация комплексной программы развития детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью, основанной на мультимодальном подходе; ее апробация в регионе Башкортостана.

Для достижения цели решались следующие **задачи**:

1. Выявить распространенность СДВГ в старшем дошкольном возрасте в Башкортостане (на примере города Уфы).

2. Адаптировать и обосновать систему диагностики индивидуальных особенностей старших дошкольников с СДВГ.

3. Провести клинико-биографические и экспериментально-психологические исследования развития психических процессов у детей старшего дошкольного возраста с СДВГ.

4. Создать систему мультимодальной коррекции детей с СДВГ в старшем дошкольном возрасте.

5. Апробировать и оценить эффективность технологии мультимодальной коррекции развития детей с СДВГ в старшем дошкольном возрасте.

Объект исследования: старшие дошкольники с СДВГ и их родители.

Предмет исследования: влияние факторов биолого-психолого-педагогических компонентов вмешательств на процесс адаптации и социализации детей дошкольного возраста с СДВГ.

Научная новизна. Исследовалась распространенность синдрома СДВГ у детей старшего дошкольного возраста в городе Уфе. Создана методология комплексной программы коррекции детей с СДВГ на основе сбора данных по стратегической модели Оудсхоорна, с использованием нарративного и краткосрочного мультимодального подхода. Впервые адаптирована мультимодальная программа коррекции СДВГ применительно к башкирскому региону. В исследовании эмпирически показана дина-

мика характерных личностных изменений детей старшего дошкольного возраста с СДВГ, проживающих в башкирском регионе, в результате проведения мультимодальной коррекции.

Практическая значимость. Результаты диссертационной работы положены в основу написания разделов учебного пособия «Общий психологический практикум» – разделов «Метод опроса», «Эксперимент» и представленного к публикации методического пособия «Психологическое сопровождение детей с проблемами развития».

На основании материалов исследования подготовлены разделы учебных курсов «Детская патопсихология», «Специальная психология» для студентов Восточного института экономики, гуманитарных наук, управления и права; слушателей курсов повышения квалификации психологов и воспитателей при ГУНО г. Уфы.

Материалы диссертации могут быть использованы в учебном процессе кафедр клинической психологии, дефектологии, психотерапии, дошкольной педагогики, психологии и социальной работы, для работы детских дошкольных учреждений, центров медико-психолого-педагогической реабилитации, в рамках психологического просвещения родителей и других заинтересованных лиц.

Представленная программа используется в работе психологами дошкольных учреждений Советского, Октябрьского, Орджоникидзевского и Калининского районов г. Уфы с 2001 года.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Наблюдается высокая распространенность СДВГ среди детей старшего дошкольного возраста в Башкортостане (на примере города Уфы).

2. Созданная система мультимодальной коррекции развития детей с СДВГ строится на триаде «родитель – сотрудник дошкольного образовательного учреждения – проблемный ребенок» и соотносится с комплексом индивидуально-групповой работы.

3. Комплексная программа, основанная на мультимодальном подходе, сокращает сроки коррекции и обеспечивает тенденцию к гармонизации структуры личности ребенка с СДВГ, проявляется в динамике личностных показателей.

Апробация и внедрение результатов диссертационного исследования. Основные положения работы доложены и обсуждены на семинарах: «Организация развивающей среды в дошкольном образовательном пространстве» (Магнитогорск, 2000), «Проблемный ребенок в системе ДОУ» (Уфа, 2001); учебно-методических семинарах: «Нейропсихологический подход к анализу вариантов задержки психического развития» (Самара, 2001), «Организация развивающей среды проблемного ребенка в учебно-воспитательном и семейном пространстве» (Уфа, 2001), «Начинающий психолог» (Уфа, 2001), «Инновационные подходы к развитию гармонич-

ной личности дошкольника» (Уфа, 2002), научно-практическая конференция, посвященная Году здоровья и 70-летию БГМУ (Уфа, 2002).

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, включающих: обзор литературы, характеристику материалов и методов исследования, результаты собственных исследований и их обсуждение, заключение, список литературы, приложения. Работа изложена на 139 страницах машинописного текста, проиллюстрирована 13 рисунками, 13 таблицами и 15 приложениями. Список литературы включает 262 наименования, из них 215 отечественных и 47 иностранных авторов.

Материал и методы исследования. Экспериментальное исследование проводилось в течение 2000–2002 гг. на базе центра реабилитации детей, подростков, молодежи с девиантным поведением «Доверие» г. Уфы с целью определения и обоснования методологической системы мультимодальной коррекции развития дошкольников с СДВГ и включало в себя несколько этапов.

На первом этапе исследования приняли участие 197 старших дошкольников в возрасте 5,4–5,7 лет и их родители. С помощью Опросника Swanson J. (Кропотов Ю.Д., 2000) выявились признаки СДВГ у 55 старших дошкольников, которые и составили основную группу. У всех дошкольников (N=55) выявлены ведущие признаки синдрома: невнимательность, гиперактивность, импульсивность, что подтверждено клиническим исследованием и диагнозом невропатолога.

Контрольная выборка (55 дошкольников) участников эксперимента была сформирована из детей, никогда не обращавшихся за психологической помощью в центр «Доверие», но посещающих те же старшие группы ДООУ города Уфы, что и участники основной выборки.

Характеристики семей, основной и контрольной групп, участвующих в исследовании, распределились следующим образом:

Характеристики семей	Основная группа	Контрольная группа
Всего родителей в эксперименте	80 чел.	100 чел.
Полные семьи, %	45,6	90,9
Матери одиночки, %	54,4	8,1
Единственный ребенок в семье, %	72,3	58,2
Двое детей в семье, %	18,2	36,4
Трое детей в семье, %	7,3	5,4
Пять детей в семье, %	1,8	–

Также в исследовании приняли участие 42 сотрудника, сопровождающие развитие детей с СДВГ в дошкольном учреждении (ДООУ).

На втором этапе уточнена диагностика старших дошкольников (медицинская, психологическая, педагогическая), изучены анамнестиче-

ские данные дошкольников и их семей. На основе полученных данных медицинского, психологического и педагогического обследования выявлены симптоматика, структура дефекта у старших дошкольников с СДВГ.

На *третьем этапе* проведена мультимодальная коррекционная программа по семи модальностям BASIC I.D. (А. Лазарус) с учетом регионального компонента.

На *четвертом этапе* экспериментального исследования проводился контрольный срез, целью которого стала проверка эффективности мультимодального подхода к коррекции СДВГ в старшем дошкольном возрасте. Эффективность разработанной методики коррекционного воздействия проверялась на основе сравнения результатов основной группы с результатами в контрольной группе в динамике.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Первая глава «Теоретический анализ исследований синдрома дефицита внимания с гиперактивностью» представляет аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по проблеме изучения истории вопроса возникновения СДВГ, проблем психологических последствий синдрома в формировании личности дошкольника.

В *первом параграфе «История изучения проблемы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью»* изучены концепции и этапы развития понятия синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Проанализированы причины и механизмы возникновения СДВГ. Определено, что в основе патогенеза СДВГ лежат повреждения развивающегося мозга в периоды неблагополучия во время беременности и родов (Журба Л.Т. и соавт., 1995; Осипенко Т.Н., 1996; Барашнев Ю.И. и соавт., 1998; Гузева В.И., 1998; Халецкая О.В., Трошин В.М., 1998; Sprich-Bucurminster S. et al., 1993; Milberger Sh. et al., 1996; Levy F. et al., 1997). Большое значение принадлежит исследованиям о роли генетического фактора, подтверждением которой явилось существование семейных форм СДВГ (Кучма В.Р., Брызгунов И.П., 1994; Григоренко Е.Л., 1996; Barq C.L. et al., 2000; Dekker M et al., 2000). Другой важной причиной СДВГ является социальный фактор (Ефименко О.В., 1991; Лицев А.Э., 1995; Кошелева А.Д., Алексеева Л.С., 1997; Ross D.m., Ross S.A., 1982; Hunt J.V., Cooper V.A., Tooley., 1988), либо преждевременное снятие с учета ребенка, перенесшего перинатальную энцефалопатию, в сроки, когда еще не завершилось базисное развитие психомоторных функций – на втором году жизни – до завершения формирования тонкой моторики кисти, речи, так как именно дефекты этих функций определяют готовность к школе и затруднения в учебе (Лицев А.Э., 1995; Осипенко Т.Н., 1996).

Анализ литературы показал, что исследователи еще не располагают убедительными данными о приоритете физиологических, биологических или социальных факторов, являющихся основой СДВГ.

Во втором параграфе «*Возрастные особенности психического развития детей старшего дошкольного возраста*» рассмотрены вопросы формирования и развития психики детей старшего дошкольного возраста. Обращено внимание на специфику развития высших психических функций, характеризующихся различной динамикой развития отдельных видов психической деятельности (Осипенко Т.Н., 1996; Мастоюкова Е.М., 2002; Семенович А.В., 2002).

В третьем параграфе «*Психологические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью*» анализируется распространенность и проявления СДВГ в старшем дошкольном возрасте.

Целенаправленные исследования СДВГ в России начались относительно недавно (Бадалян Л.О. и соавт., 1993; Брызгунов И.П., Кучма В.Р., 1994; Лицев А.Э., 1995; Халецкая О.В., 1999; Заваденко Н.Н., 2000).

Отставание биологического созревания ЦНС и, как следствие, ВПФ, преимущественно регулятивного компонента, не позволяет ребенку с СДВГ адаптироваться к новым условиям существования и адекватно переносить интеллектуальные нагрузки (Семаго Н.Я., Семаго М.М., 2000; Яременко А.Б. и др., 2002).

Проявления СДВГ распределены на четыре основные группы симптомов: нарушения внимания, признаки импульсивности/ гиперактивности, симптомы статиколокомоторной недостаточности, социальная дезадаптация. Выявленные у детей нарушения интерпретируются как отражение незрелости, а не как повреждение мозговой ткани (Бадалян Л.О. и соавт., 1993; Уэндер П., Шейдер Р., 1998; Njiokikijen Ch., de Sonnevile L., 1991; Fine S., 1997; Harris J.C., 1998).

Вторая глава «*Методы, методики и организация исследования*» посвящена описанию организации и проведению экспериментального исследования. Дается характеристика методов исследования СДВГ: клинико-биографического, экспериментально-психологических и статистических методов.

В первом параграфе «*Клинико-биографический метод*» рассматривается система сбора анамнестических данных по стратегической шестилетней модели Оудсхоорна (Кулаков С.А., 2002; Oudshoorn D.N., 1993). Предлагается анкета (Диагностический психолого-педагогический комплекс: Дети «группы риска», 1996) для заполнения родителями, данные которой сравниваются с записями амбулаторной карты развития дошкольника. Рассмотрен вопрос построения генограммы в трех поколениях с последующим интервью по генограмме – с целью определения влияния гори-

зонтальных и вертикальных семейных стрессоров на возникновение и развитие СДВГ.

Во втором параграфе «Экспериментально-психологические методы» рассмотрены методики изучения психологических особенностей развития детей с СДВГ.

Для определения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, особенностей поведения использовался Опросник Swanson J. (семинар в СПб., лаборатория Кропотов Ю.Д., март, 2000).

Для изучения уровня интеллектуальной деятельности применялись тест Векслера (Гильбух Ю.З., 1992) и тест «Прогрессивные матрицы Равена» (тестовый комплект серии «Институт психологии и педагогики», М., 1997).

В рамках изучения когнитивной сферы, уровня развития познавательной сферы: для изучения внимания использовались методики «Корректурная проба» (Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М., 1999) и Тест Тулуз – Пьерона (Ясюкова Л.Я., 2000); памяти – «Запомни и расставь точки» (Немов Р.С., 1995), «Запомни рисунки» (Немов Р.С., 1995), «Заучивание четверостишия» (Альманах психологических тестов, 1996).

Уровень развития зрительно-моторной координации и степени ее нарушения изучался с помощью Визуально-моторного гештальт-теста Бендер (Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М., 1999 в модификации Ясюковой Л.Я., 2000).

Исследование особенностей личности, уровень самооценки, межличностные взаимодействия внутри семьи и общественной сфере диагностировались с помощью проективных методик «Рисунок семьи» (Волков Б.С., Волкова Н.В., 1997), «Оценочная шкала эмоциональных проявлений ребенка» (Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф., 2001).

В третьем параграфе «Математико-статистические методы» показана значимость статистического анализа и обработки результатов, осуществляемых с помощью программного пакета STATISTICA 5.0 (Боровиков В.П., 2001): вычислялись средние значения, стандартное отклонение. Для расчета индивидуальных различий использовался однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA). В качестве критерия достоверности различий использовался t-критерий Стьюдента.

Корреляционные матрицы (модуль Correlation Matrices) вычислялись с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена (Урбах В.Ю., 1963, 1964). Коэффициенты корреляции рассчитывались как между отдельными шкалами тестов и полученными факторными нагрузками.

В третьей главе «Результаты исследования детей с СДВГ и их интерпретация» излагаются результаты клинико-биографического и психолого-экспериментального исследований развития дошкольников с СДВГ.

В первом параграфе «Социально-психологические особенности детей старшего дошкольного возраста с СДВГ» обсуждаются результаты, а также влияние выявленных проблем с внешним социальным окружением и проблем внутри семьи на формирование и развитие СДВГ.

По результатам опроса родителей с целью определения уровня взаимоотношений внутри семейной системы и патологизирующего семейного наследия, все взаимоотношения, изучавшиеся в данных семьях, были условно разделены на три группы: «положительные», «удовлетворительные» и «отрицательные».

Характерные особенности «положительных» отношений: функциональные семьи, отсутствие семейных травм, открытые границы семьи, правила гласные и разделяемые всеми, существование семейного девиза «Мы все преодолеем вместе». Анализ генограмм показал, что преобладают тесные эмоциональные взаимоотношения. Данный тип взаимоотношений проявлялся в 27,3% семей основной группы.

Чаще всего наблюдались в исследуемых семьях «удовлетворительные» взаимоотношения (54,5%). Их характеризуют дисфункциональные вертикальные коалиции, сосуществование гласных и негласных правил, существование мифов «Мы – счастливая семья, все должно быть прилично» и «Мы в ответе за асоциальное поведение своего ребенка – это наш крест», границы закрыты. По данным генограммы отношения между родителями «эмоциональные конфликтные». У родителей в ходе интервью выявлено «чувство вины» за «неправильное воспитание» ребенка с СДВГ.

Третий тип взаимоотношений «отрицательный» составляет в исследовании 18,2%. Он просматривается в недостаточном участии родителей в воспитании ребенка. Выполнить гражданский долг перед детьми – основная задача, все остальное ребенок получит в детском саду и школе. Анализ генограмм показал преобладание патогенных стереотипов взаимодействия в виде двойных ловушек (Варга А.Я., 2001), в основном преобладают негласные правила, существует миф «Взрослый всегда и во всем прав», закрытость и ригидность границ. У родителей, так же как и в предыдущей группе, наблюдается чувство вины за поведение ребенка, но оно проявляется не в строгом отношении к детям, а в самоустранении.

Далее для изучения семейных границ и подсистем в исследовании использовался проективный тест «Рисунок семьи». Полученные данные по шкалам «Семейная ситуация», «Тревожность», «Конфликтность», «Враждебность» в основной группе значительно ниже, чем в семьях контрольной группы, а по шкале «Неполноценность» выше. Низкие показатели отражают систему сложившихся стереотипов внутрисемейных взаимоотношений, являясь базовой составляющей мировоззрения, что затрагивает все уровни развития личности ребенка. Предполагается, что полученные данные определяют стратегию терапевтической программы с семьей.

Таким образом, тип семьи, эмоциональные связи ребенка с родителями, горизонтальные и вертикальные стрессоры, социальный статус семьи, уровень образования родителей по результатам данного исследования играют значимую роль в возникновении и развитии синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у ребенка. Нарушений внутри семейной системы приводят к нарушенным коммуникативным связям и возникающим конфликтам с внешним социальным окружением.

Во втором параграфе «Когнитивные и поведенческие проблемы развития ребенка с СДВГ» рассмотрено, что в ходе исследования особенностей и свойств внимания старших дошкольников с СДВГ, по данным дисперсионного анализа, наблюдается повышение результатов скоростного показателя ($37,9 \pm 8,9$) по тесту «Корректирующая проба», что свидетельствует о гиперактивности и импульсивности и связано с личностными установками – склонностью к лидерству, особенно в ситуации соперничества групповой работы. За счет торопливости и желания быстрого выполнения задания качество работы падает. Как и предполагалось, по шкале «Концентрация» получены низкие показатели ($0,86 \pm 0,1$), что ниже результатов контрольной группы ($0,96 \pm 0,03$) и не соответствует показателям возрастной нормы.

В ходе исследования уровня развития памяти и мышления обнаружено достоверное снижение профиля по шкалам теста «Прогрессивные матрицы Равена» серия А – $7,2 \pm 2,5$ (разница результатов детей контрольной группы составляет $t=6,25$), серия В – $5,6 \pm 1,9$ ($t=4,7$), теста «Заучивание стихотворения» – $1,9 \pm 0,5$ ($t=15,4$), «Запомни и расставь точки» – $3,8 \pm 1,5$ ($t=14,5$), «Запомни рисунки» – $2,0 \pm 1,2$ ($t=19,4$). Результаты свидетельствуют о малом объеме кратковременной памяти, отставании в развитии произвольности – произвольной формы запоминания, т.е. неумении строить план целенаправленной деятельности в усвоении материала, нахождении опорных пунктов, возможностях соотнесения – регуляции процесса деятельности. Результат по тесту Векслера показал снижение данных основной группы $112,8$ в сравнении с контрольной – $115,7$, но показатель детей с СДВГ говорит о высоком уровне интеллектуальной деятельности относительно статистической средневозрастной нормы (Гильбух Ю.З., 1992).

Таким образом, данные показывают, что характерные симптомы СДВГ – невнимательность, гиперактивность, импульсивность – влияют на процессы развития памяти и мышления детей основной группы, но также и доказывают отсутствие органических поражений в интеллектуальной деятельности, ввиду варьирования данных в пределах приближенных к средним возрастным показателям. Результаты дисперсионного анализа согласуются с литературными данными и свидетельствуют о валидности результатов (Заваденко Н.Н., 2000; Ясюкова Л.А., 2000).

Анализ результатов диагностики по опроснику J. Swanson определил наличие симптомов СДВГ у дошкольников основной группы. Выявлены высокие показатели по шкалам: «невнимательность» ($t=17,6$), «импульсивность / гиперактивность» – ($t=17,3$), «Оппозиционные расстройства» – ($t=20,4$), и «невнимательность без гиперактивности»- ($t=14,9$). Неадекватное поведение ребенка в социальном пространстве, идущее в разрез с нормами и требованиями общества, приводит к конфликтным ситуациям в системе «Ребенок-взрослый» – «Ребенок-сверстник». Давление со стороны взрослых, конфликты со сверстниками повышают у ребенка с СДВГ тревожность.

Корреляционный анализ в группе детей с СДВГ определил взаимосвязь шкалы INATT с показателями шкал теста «Рисунок семьи»: Тревожностью ($r=0,50$), Конфликтностью ($r=0,50$), шкалами Нетерпеливость ($r=0,51$) и Возбудимости ($r=0,51$) опросника «Оценочная шкала эмоциональных проявлений ребенка».

Повышение показателей по шкале ODD выявляет нарушения в эмоционально-поведенческой сфере: негативизм, лживость, мстительность, агрессивность и возбудимость, приводящие к девиантным формам поведения и пограничным нервно-психическим расстройствам личности. Высокие показатели могут быть связаны с тенденцией к способу защиты по типу вытеснения.

Полученные данные по шкалам опросника «Оценочная шкала эмоциональных проявлений ребенка» характеризуют общую картину психологической нестабильности детей с СДВГ. Понижение показателей по шкале «Сочувствие» определяет эмоциональную отчужденность, поверхностность чувств, свойственные детям с СДВГ. По шкале «Ревность» показатель равен в основной и контрольной группах, что говорит о эгоцентризме, чувстве тревожности, неуверенности своего положения, свойственного детям дошкольного возраста.

Повышение профиля по шкале эмоциональных проявлений в основной группе выше, чем в контрольной группе, что показывает наличие у детей с СДВГ изменений на уровне аффективной регуляции. Данный показатель свидетельствует, что у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью снижен уровень полевой реактивности, экспансии и эмоционального контроля и как следствие – наблюдается дезадаптация регуляции эмоциональной сферы.

Результаты исследования подтвердили данные других авторов (Голлик А.Н., 2000), что развитие детей с СДВГ проходит по пути асинхронии. Механизмы искаженного, диспропорционального психического развития, обуславливающие отклонение своевременного развития регулятивных компонентов структуры личности и свойств психики ребенка. Отклонения своевременности развития ВПФ – регулятивных компонентов – програм-

мирования и контроля проявляются в нарушенном внимании, импульсивном и гиперактивном поведении, приводящим к нарушениям в эмоционально-волевой сфере.

В третьем параграфе «Биологический фактор риска возникновения СДВГ» рассматриваются причины возникновения СДВГ. Определено, что важное значение приобретают факторы неблагополучия со стороны матери и отца, приводящие к патологии беременности, это: 1) хронические соматические заболевания матери ($0,89 \pm 0,3$) и отца ($0,6 \pm 0,3$), 2) работа на вредном производстве ($0,74 \pm 0,4$ и $0,70 \pm 0,4$), 3) курение ($0,67 \pm 0,4$ и $0,96 \pm 0,1$).

Результаты исследования генограмм выявили следующую картину: из 55 обследуемых семей у 17 (30,9%) семей наблюдалась генетическая предрасположенность данного синдрома. На основании представленных генограмм можно констатировать, что в семейном анамнезе определялись нарушения поведения в виде гиперактивности и импульсивности, составившие 27%, нарушений внимания – 14%, речевых нарушений – 20%, нарушения моторики – 39%.

Представленные данные подтверждают предположение о том, что данный синдром может быть семейным нарушением с генетической предрасположенностью СДВГ, являясь одним из факторов заболевания данным синдромом, что подтверждается качественным и количественным анализом в настоящем исследовании.

Далее рассматривались результаты анализа факторов неблагополучия в период родов. Наиболее частыми причинами патологии родов в исследовании являются: 1) асфиксия ($1,0 \pm 0$), 2) преждевременные роды ($0,25 \pm 0,4$), 3) кесарево сечение ($0,20 \pm 0,4$), 4) применение родостимуляторов ($0,14 \pm 0,3$), 5) преждевременное излитие околоплодных вод ($0,14 \pm 0,3$).

Корреляционный анализ указывает наличие связи по показателю Стремительные роды с Родовыми травмами ($r=0,65$). Применение Акушерских пособий выявило наличие связи с такими показателями как Черепно-мозговые травмы ($r=0,46$), Заиканием ($r=0,55$) и Энурезом ($r=0,35$).

Изучение послеродового периода развития детей выявило неврологические нарушения и различные отклонения психомоторного развития от возрастной нормы, связанные с постановкой диагноза «перинатальная энцефалопатия» ($1,0 \pm 0$).

Наиболее часто в дошкольном возрасте регистрировались неврологические проявления. В данной группе наблюдалось сосание пальцев и кусание ногтей – 6,9%, судороги – 7,9%.

В изучаемой группе у 17 детей наблюдался энурез ($0,509 \pm 0,5$): до трех лет энурез встречался чаще у мальчиков (42,9%), чем у девочек (29,2%), а после пяти лет в 58,3% случаях у девочек, в группе мальчиков выявлен у 27,8%. У подавляющего большинства ночное мочеиспускание происходило в первую половину ночи.

Речевые нарушения наблюдались в виде недостаточности моторной функции артикуляционного аппарата в виде избирательной слабости мышц языка, ограничении объема движения языка, особенно движения вверх. У 43,6% детей имела место недостаточность звукопроизводительной стороны речи в виде нарушений голоса и речевого дыхания.

Заикание ($0,29 \pm 0,4$) не имело четких возрастных тенденций, однако чаще всего наблюдается в старшем дошкольном возрасте.

Такие проявления заболевания, как нарушения сна, головная боль обнаруживалась примерно с равной частотой у мальчиков и у девочек.

Итак, обобщив данные прогностически неблагоприятных и предрасположенных к возникновению СДВГ в период раннего и дошкольного возраста у детей основной группы, мы делаем вывод, что отрицательными факторами являются: 1) асфиксия; 2) черепно-мозговая травма, родовая травма; 3) на первом году жизни 100% детей с СДВГ наблюдались у невропатолога с диагнозом перинатальная энцефалопатия, которая проявлялась в виде умеренной задержки психомоторного развития; 4) неврологические нарушения в дошкольный период характеризовались лабильностью и непостоянством, различна возрастная динамика проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Таким образом, приходим к выводу, что биологические нарушения, отягощенные наследственностью, нарушениями ЦНС в пренатальном и интранатальном периодах, являются ведущими в происхождении симптоматического поведения детей с СДВГ.

В главе четвертой «Психолого-педагогическая технология развития личности ребенка с СДВГ» излагается методология построения мультимодальной коррекционной программы развития детей с СДВГ в старшем дошкольном возрасте и рассматривается динамика личностных показателей.

В первом параграфе «Мультимодальная программа развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью» обосновывается необходимость построения мультимодальной коррекционной программы развития детей с СДВГ.

Комплексная программа психологической поддержки осуществлялась в определенной последовательности по трем направлениям: направленная работа с семьей детей основной группы, направленная работа с сотрудниками дошкольных образовательных учреждений (ДОУ), работающих с данными детьми и работа с проблемными дошкольниками, что обусловлено, в первую очередь, целенаправленным изменением пространственной среды, окружающей ребенка с синдромом.

Первый блок программы основывался на работе с личностью взрослого и осуществлялся на трех этапах. На первом этапе данного блока работа велась параллельно в семейных группах и группах с сотрудниками дет-

ских учреждений с целью целенаправленного самоопределения, личностного роста, подготовки к взаимодействию с детьми с СДВГ.

Первый этап мультимодальной коррекции осуществлялся в рамках группы (Рудестам К., 1993). В качестве методической базы данного этапа выступили методы поведенческого тренинга (А.Каздин, 1981; Barkley R.A., 1990; Мейер В., Чессер Э., 2001), методы рациональной эмоционально-поведенческой терапии (Эллис А., 1994), кататимно-имажинативной терапии (Я.Л.Обухов, В.А.Поликарпова, 2001; Стюарт В., 2000).

Для развития процессов самосознания, самопознания и самоопределения в коммуникативном сообществе использовались методы семейного консультирования (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В., 1994; Рахматшаева В.А., 1995; Карвасарский Б.Д., Кулаков С.А., 2000; Варга А.Я., 2001).

Составление генограмм осуществлялось с целью определения уровня связи симптома и семейной системы (Кроль Л.М., Пуртова Е.А., 2001), выявления системных нарушений, проявляющихся в формах горизонтальных и вертикальных стрессоров, построения плана коррекционных мероприятий с учетом мультимодального подхода BASIC ID (Лазарус А., 2001).

Следующим моментом стал тренинг личностного роста (Битянова М.Р., 1995, 1998; Рахматшаева В.А., 1995; Ф.Зимбардо, 1996; Я.Морено, 2001). Тренинг умений (рационально-эмоциональная поведенческая терапия Эллис А., 1994), моделирования поведения.

Второй этап первого блока включает в себя обучение методам релаксации.

1. Психологический настрой «На здоровый сон» (Г.Н.Сыгин, 1993).

2. Специальные упражнения по технике релаксации и расслаблению нервной системы «Пальминг» У.Бейтса (Андреев О.А., Хромов Л.Н., 1997), «Волны», «Воздушный шар» – глубокое дыхание и визуализация (Лапп Д., 1993; Цзен Н.В., Пахомов Ю.В., 1988).

3. Тренинг аутогенной тренировки АТ-1 Шульца позволяет добиваться постепенной релаксации (Шульц И.Г., 1985).

4. Методика Джекобсона, базирующаяся на прогрессивной поэтапной мышечной релаксации (Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., 1993).

Тренинги умений, направленные на обучение детей правильному дыханию (Рождественская В.И., Павлова А.И., 1978; Волкова Г.А., 1985; Семенович А.В., 2002), обучение приемам растяжки (Зуев Е.И., 1993), методам рефлексотерапии (Гаваа Лувсан 1991), тренингу мышечного расслабления (Левис Ш., Левис Ш.К., 1996; И.Г. Выготской, Е.Л. Пеллингер, Л.П. Успенской, дополненный Н.В.Клюевой и Ю.В.Касаткиной (1997). Знакомство с тренингом манипулирующего подкрепления (Contingency management, «жетонная система») (Осипова А.А., 2000). Проводилось оформление и планирование стимулирующего материала и программы индивидуального подхода для каждого участника эксперимента.

На третьем этапе данного блока проводилось обучение методам игрового аттракциона по мотивам башкирских народных сказок, и был направлен на диагностику и коррекцию: сферы общения проблемных детей со сверстниками и значимыми взрослыми; эмоционально-психологического напряжения (страхов, неврозов), мотивации преодоления внутреннего конфликта реальных и желаемых возможностей; волевой и статикомоторной организации.

Второй блок программы основывался на работе с личностью взрослого, работающего в дошкольных учреждениях.

На первом этапе второго блока осуществлялось обучение методам релаксации, проводились тренинги личностного роста и общения.

На втором этапе, параллельно с первым осуществлялась просветительская деятельность сотрудников детских дошкольных учреждений через активные методы познания (семинары, педагогические игры: «Алгоритм», «Мозговой штурм», «Диалог», «Педбой», «Ученый совет» и др.), встречи с неврологом и нейропсихологом, детским педиатром.

На третьем этапе 2 блока Программы сотрудники ДОО принимали активное участие в наблюдении, психологическом сопровождении развития и обучении детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. Особое внимание уделено организации развивающего пространства для детей с СДВГ в рамках дошкольного учреждения.

Блок 3. Программы основывался на работе с личностью ребенка с синдромом и осуществлялся в рамках мероприятий, включающих в себя медицинское, психологическое и педагогическое направление.

Мультимодальная программа формирующего эксперимента включает два этапа: индивидуальную и групповую коррекцию.

На первом этапе – индивидуальной коррекции – работа направлена на уменьшение психологической напряженности в семье, создание благоприятной для ребенка обстановки, подготовки к групповому коррекционному воздействию, знакомство ребенка с методами тренинга мышечного расслабления, дыхательными упражнениями, способствующие общему оздоровлению, улучшению самочувствия, концентрации внимания.

Второй этап – групповая коррекция направлен на развитие навыков общения, социализации ребенка в обществе, повышение самооценки, снижение тревожности и агрессивности, развитие познавательной, эмоционально – личностной сферы и двигательных функций. Режим групповых форм работы строился с учетом проведения трех раз в неделю занятий по 45 минут. Мероприятие «Игровой аттракцион» проводилось один раз в неделю во вторую половину дня с участием членов семьи и длилось от 1 до 1,5 часов.

Структура групповых коррекционных занятий включает наряду с общепринятыми элементы развивающего занятия: ритуал приветствия, пу-

тешество по стране пальчиковых игр, основная часть занятия, тренинг мышечного расслабления, релаксация, растяжки, упражнения на дыхание и ритуал прощания.

Другой формой групповой работы стал «Игровой аттракцион» по мотивам башкирских народных сказок с использованием нарротивного метода. Цель игрового аттракциона заключается в коррекции нарушенного поведения, снятие внутрисемейной напряженности, расширение сферы общения ребенка в социуме.

Во втором параграфе «Динамика личностных показателей как результат мультимодального подхода к коррекции детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью» проанализированы результаты динамики личностных показателей детей с СДВГ.

В результатах показателей личностных особенностей детей основной группы до и после экспериментального воздействия прослеживаются четкие различия изменений в личности детей с СДВГ. По всем тестовым материалам обнаруживается положительная динамика состояния анализируемых факторов среднего балла развития в 6 лет в сравнении с 5 годами.

Таблица 1. Динамика личностных показателей детей с СДВГ после экспериментального воздействия

Шкалы	До формирующего эксперимента	После формирующего эксперимента	t-критерий студента
INAT	25,5±4,4	19,8±4,0	6,903
IMP/НУР	26,7±6,3	20,2±5,2	5,843
ODD	21,5±5,1	16,2±4,6	5,648
ADDH	23,4±6,6	18,2±5,6	4,292
Семейная ситуация	4,8±0,9	6,2±0,8	-7,90
Тревожность	4,8±0,9	3,0±0,9	10,15
Конфликтность	5,9±1,1	3,6±1,0	10,57
Неполноценность	3,6±0,8	2,1±0,3	11,66
Враждебность	2,8±0,7	1,7±0,5	9,63

Продолжение таблицы 1

Шкалы	До формирующего эксперимента	После формирующего эксперимента	t-критерий
Моторика	3±0	3,9±0	-30,59
Зона	2,9±0,3	4,2±0,3	-20,77
Общий размер	1,9±0,6	2,7±0,4	-6,97
Наклон	2,1±0,2	2,8±0,2	-13,29
Линия	0,6±0,2	2,1±0,4	-22,21
Форма	2,2±0,5	3,8±0,4	-16,0
Сходство	2,3±0,4	4,3±0,5	-22,1
Серия А	7,2±2,5	9,9±1,6	-6,8
Серия В	5,6±1,9	8,0±1,5	-7,0
Заучивание стихотвор.	1,9±0,5	3,0±0	-13,4
Запомни и расставь точки	3,8±1,5	7,4±1,0	-14,63
Запомни рисунки	2,0±1,1	6,0±0,9	-19,79
V – скорость	33,3± 9,9	39,5± 7,9	-3,61
K – концентрация	0,86± 0,06	0,94± 0,01	-8,-5

Примечание: значения таблицы соответствуют $p < 0,05$.

Из данных таблицы следует, что у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью наметился значительный прогресс по линии гармонизации уровневой системы аффективной регуляции.

Развивается произвольная регуляция собственной деятельности: снижение импульсивности, расширение социального опыта, повышение критичности в отношении собственной деятельности, снижение эмоционального реагирования в сфере общения.

Данные теста J. Swanson тесно связаны с результатами шкал проективной методики «Рисунок семьи». Изменения личности старшего дошкольника происходят в тесной связи с изменениями внутри семейной системы.

Данные дисперсионного анализа показывают переоценку взглядов членов семьи на процессы саморазвития и самопознания, обогащение структуры взаимодействия с ребенком и сопровождающих развитие детей взрослых внутри семьи и дошкольном образовательном учреждении. Так, данные по шкале «Благоприятная семейная ситуация» обнаруживают повышение положительных симптомов, отраженных ребенком на рисунке.

Результаты по шкале «Тревожность», «Враждебность и «Конфликтность в семье» по данным статистической обработки материала показывают тенденцию снижения показателей по каждой взятой шкале. Снижение

объясняется проведением целенаправленной работы с семьей и сотрудниками дошкольных учреждений, проводимой через тренинги профессионального и личностного роста, методы релаксации, самоуправления по таким направлениям как «осознание», «доверие», «взаимопонимание», снятием чувства вины за «неправильное воспитание» ребенка с синдромом:

- установлен эмоционально-позитивный контакт с ребенком
- ребенок ориентирован в обстановке групп «ребенок-взрослый» и «ребенок-сверстник»;
- происходит обучение эмоционального отреагирования ребенком чувств и переживаний, связанных с негативным опытом взаимодействия;
- формируются адекватные формы поведения и коммуникации;
- развиваются способности к осознанию себя и своих возможностей – позитивация образа-Я;
- формируется способность к произвольной регуляции деятельности.

В результате проведенных мероприятий дошкольник с СДВГ воспринимается адекватно своему заболеванию и строится система условий гармонизации парциальной несформированности высших психических компонентов – программирования и контроля, обогащения социального опыта ребенка новыми навыками. Ребенок с СДВГ, проходит реабилитацию не только в искусственно созданном пространстве игровой комнаты психолога, но и с помощью сопровождающих его развитие взрослых переносит позитивный опыт взаимодействия с окружающим миром в реальные условия. Новый опыт увеличивает круг общения ребенка, реже наблюдаются перепады настроения, беспокойство, повышение возбудимости и импульсивности, т.к. меняются не только сами дети, но и окружающие, стабилизируются взаимоотношения в семье и ДОУ.

Снижение напряженности в детском коллективе происходит за счет повышения качества управления ребенком своего импульсивного поведения, регулируемого взрослым и самим ребенком. Преобладают не только игровые интересы, а наряду с ними появляется познавательный интерес, формируются групповые интересы. Взаимодействие в группе выводит дошкольника с СДВГ на новый уровень построения взаимоотношений, как со сверстниками, так и с окружающими взрослыми. Развитие навыков коммуникации, речи ведет к пониманию квазипространственных речевых конструкций, формированию пространственных представлений, построению причинно-следственных связей проводимые в рамках программы психологического сопровождения развития ребенка с синдромом СДВГ.

С целью определения валидности мультимодальной программы развития детей с СДВГ рассмотрим в сравнении показатели актуального уровня развития детей основной и контрольной групп в 6 лет

Показатели различаются в основной и контрольной группах. Это доказывает, что наметившийся рост личностных показателей детей в основ-

ной группе имеет положительную тенденцию и находится в пределах возрастной нормы, но ниже, чем в контрольной группе.

В поведении детей основной группы, наряду со снижением показателей по данным шкалам преобладают черты импульсивности и гиперактивности, на данный момент требующие оказания помощи во внешней организации деятельности – словесного указания – для собственных регуляторных процессов ребенка, система поддержки со стороны окружающих. Сравнительный анализ данных подтверждает, что у детей основной группы в развитии наблюдается парциальное отставание в формировании регуляторного компонента, имеющего тенденцию положительного роста ввиду участия в Программе.

Таблица 2. Сравнительная характеристика динамика личностных показателей детей основной и контрольной групп в 6 лет

Шкалы	Дети с СДВГ	Контрольная группа	t-критерий Стьюдента
INAT	19,8±4,0	10,1±3,4	13,56
IMP/HYP	20,2±5,2	8,4±2,7	14,87
ODD	16,2±4,6	5,6±0,9	16,50
ADDDH	18,2±5,6	7,1±2,6	13,33
INAT	19,8±4,0	10,1±3,4	13,56
IMP/HYP	20,2±5,2	8,4±2,7	14,87
ODD	16,2±4,6	5,6±0,9	16,50
ADDDH	18,2±5,6	7,1±2,6	13,33
Моторика	3,9±0	4,0±0	-1,76
Зона	4,2±0,3	4,4±0,1	-5,14
Общий размер	2,7±0,4	3,2±0,3	-6,43
Наклон	2,8±0,2	3,0±0,2	-5,75
Линия	2,1±0,4	2,6±0,2	-7,19
Форма	3,8±0,4	4,3±0,2	-5,81
Сходство	4,3±0,5	4,7±0,3	-4,98
Серия А	9,9±1,6	11,4±0,8	-5,8
Серия В	8,0±1,5	10,1±1,3	-7,56
Заучивание стихов.	3,0±0	5,4±1,07	-16,9
Запомни и расставь точки	7,4±1,0	9,4±1,3	-8,3
Запомни рисунки	6,0±0,9	6,8±0,8	-4,46
V – скорость	39,5± 7,9	38,7± 5,6	0,6
K – концентрация	0,94± 0,01	0,98± 0,01	-12,2

Примечание: значения таблицы соответствуют $p < 0,05$

Динамика изменения личностных показателей детей основной группы стала возможной благодаря мультимодальному подходу к коррекции психического развития детей с СДВГ. Изменения произошли как в личностных характеристиках детской и взрослой категории участников эксперимента, так и в социальном окружении: изменены взгляды на детей с СДВГ, созданы условия для личностного роста в семейном и социальном пространстве, что и доказано результатами данного исследования.

Итак, в ходе использования методов наблюдения и опроса в процессе осуществления формирующего эксперимента обнаружена положительная тенденция изменения внутрисемейных взаимоотношений, открытие семейных границ, изменение личности взрослого, сопровождающего развитие ребенка в семье и дошкольном учреждении. Так, в 84,4% семей взаимоотношения стали констатироваться как «положительные», в 15,6% семей – «удовлетворительные».

В рамках коррекции наиболее эффективными и менее трудоемкими являются методы саморегуляции в сравнении с методами индивидуальной и групповой коррекции, требующих значительных затрат у взрослых участников эксперимента.

В детской возрастной группе труднее шло усвоение методов саморегуляции. В групповой работе наметилась положительная тенденция: расширился круг общения и взаимодействия детей основной группы, снизился процент агрессивности и негативизма, перепады в настроении.

По результатам катamnестического анализа 76% детей получили достоверные положительные результаты

В течение 2002 года работа продолжалась с 24% детей, в период обучения в первых классах общеобразовательных школ г. Уфы. Данное обстоятельство объяснимо поведением и установками внутри семьи (15,6% «удовлетворительные») – членам семьи необходима психологическая поддержка со стороны психолога, помощь в решении вопросов по развитию и воспитанию детей с СДВГ в рамках школы.

Таким образом, мультимодальная коррекционная программа способствует гармоничным и личностным изменениям детей с СДВГ и сопровождающим их развитие взрослым.

ВЫВОДЫ

1. Констатирована высокая распространенность СДВГ в старшем дошкольном возрасте у 28% обследованных детей в Башкортостане (на примере города Уфы).

2. Клинико-биографический метод определил следующие отклонения у детей с СДВГ.

- по стратегической модели Оудсхоорна выявлены следующие проблемы: с внешним социальным окружением – 100%, в семейной системе – 74%, в когнитивной и поведенческой сфере – 100%, личностные отклонения в виде асинхронии развития – 82%, биологические нарушения – 100%;

- семейные психосоциальные условия, влияние вертикальных и горизонтальных стрессоров, наличие чувства вины у родителей закрепляют симптоматическое поведение ребенка;

- мультиморбидность проблем у детей с СДВГ побуждают использовать мультимодальный подход, охватывающий все изучаемые в настоящем исследовании феномены.

3. Экспериментально-психологические исследования показали следующие результаты:

- у детей с СДВГ наблюдаются асинхрония в виде несформированности высших психических функций – регулятивного компонента программирования и контроля, проявляющегося в импульсивном и гиперактивном поведении;

- несмотря на выраженные игровые интересы, в игровой деятельности дети с СДВГ конфликтны, недостаточно критичны, что является проявлением нарушения регуляции аффектов в эмоционально-волевой сфере;

- при наличии депривации в семье и коллективе сверстников формируются личностные изменения с проявлениями в клинике картины негативизма, лживости, агрессии, что на психологическом уровне представляет форму компенсаторного поведения.

4. Создана система мультимодальной коррекции, включающая следующие блоки:

- индивидуальный: семейное консультирование, интервью по генограмме, индивидуальные коррекционные занятия с детьми, практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии для взрослых;

- групповой: обучающие приемы релаксации, тренинги личностного и профессионального роста, курсы повышения квалификации, обучающий тренинг манипулирующего подкрепления – «жетонная терапия», групповые коррекционные занятия детей в группе, игровые аттракционы с использованием приема нарратива по мотивам башкирских народных сказок;

- релаксационный: методы самопрограммирования и аутотренинга, дыхательные упражнения, самомассаж, растяжки.

5. Данные катamnестического наблюдения свидетельствуют, что 76% испытуемых после прохождения мультимодальной коррекции, успешно прошли период школьной адаптации, что свидетельствует о достаточно высокой эффективности предложенной программы. Те дети, у которых получен сомнительный результат, нуждаются в психологическом сопровождении в школе.

6. Разработанная мультимодальная программа коррекции и развития детей старшего дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью может быть использована в дошкольных учреждениях, в психологических центрах помощи семье только с условием мультимодального подхода к сбору анамнестических данных.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Общий психологический практикум: Программа и методические рекомендации / Сост. О.И.Политика. – Уфа: Восточный университет, 2002. – С. 10–12.

2. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью – фактор дезадаптации в дошкольном образовании // Научно-практическая конференция, посвященная Году здоровья и 70-летию БГМУ: Материалы конференции. – Уфа: Здравоохранение Башкортостана (журнал). Специальный выпуск, 2002. – № 3. – С. 285–287.

3. Мультимодальный подход в коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей дошкольного возраста // Грани познания. – 2003. – С. 74–81.

4. Общий психологический практикум. Учебное пособие: в 2 ч. / Сост. О.И.Политика. – Уфа: Восточный университет, 2003. – Ч. 1. – С. 100–120.

3
2
6027
2003-A

6027

Политика Оксана Ивановна

**МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД В КОРРЕКЦИИ
СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ
У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Подписано к печати 11.03.2003 г. Формат 60×84 ¹/₁₆.

Гарнитура «Таймс». Бумага писчая. Отпечатано на ризографе.

Уч.-изд. л. 1,5. Усл. печ. л. 1,4. Тираж 100 экз. Заказ № 178. Цена договорная.

Лицензия № 0207 от 04.03.97 г. 7Ю5(03)

Издательство «Восточный университет»

Восточного института экономики, гуманитарных наук, управления и права.

Типография издательства «Восточный университет».

450077, г. Уфа, ул. Свердлова, 92.