Минобрнауки России

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Вятский государственный гуманитарный университет»

(ВятГГУ)

Институт педагогики и психологии

Кафедра общей и специальной психологии

Курсовая работа по специальной психологии

Тема: Особенности игровой деятельности детей с СДВГ

Киров 2014

**Введение**

На сегодняшний день одной из наиболее актуальных проблем в системе образования ряда стран является постепенное увеличение числа детей с диагнозом “синдром дефицита внимания с гиперактивностью” (СДВГ). У детей с СДВГ проявляются трудности планирования и организации сложных видов деятельности. Большинству из них присущи слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах, низкая самооценка, упрямство, лживость, вспыльчивость, агрессивность, неуверенность в себе и проблемы в коммуникациях. Они не могут поддерживать определенную поведенческую реакцию на протяжении длительного времени. Из-за непонимания со стороны окружающих у гиперактивного ребенка формируется трудно исправляемая агрессивная модель защитного поведения. Необходимость изучения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) в дошкольном возрасте обусловлена тем, что данный синдром - одна из наиболее частых причин обращения за психологической помощью в детском возрасте.

Наиболее полное определение гиперактивности дает Монина Г.Н. в своей книге по работе с детьми, страдающими дефицитом внимания: «Комплекс отклонений в развитии ребенка: невнимательность, отвлекаемость, импульсивность в социальном поведении и интеллектуальной деятельности, повышенная активность при нормальном уровне интеллектуального развития. Первые признаки гиперактивности могут, наблюдаются в возрасте до 7 лет. Причинами возникновения гиперактивности могут быть органические поражения центральной нервной системы (нейроинфекции, интоксикации, черепно-мозговые травмы), генетические факторы, приводящие к дисфункции нейромедиаторных систем мозга и нарушениям регуляции активного внимания и тормозящего контроля» [1, с. 56].

По данным разных авторов гиперактивное поведение встречается довольно часто: от 2 до 20% учащихся характеризуются чрезмерной подвижностью, расторможенностью. Среди детей с расстройством поведения медики выделяют особую группу страдающих незначительными функциональными нарушениями со стороны центральной нервной системы. Эти дети мало, чем отличаются от здоровых, разве что повышенной активностью. Однако постепенно отклонения отдельных психических функций нарастают, что приводит к патологии, которая чаще всего называется «легкая дисфункция мозга». Есть и другие обозначения: «гиперкинетический синдром», « «двигательная расторможенность» и так далее. Заболевание, характеризующееся данными показателями, получило название «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ). И самое главное не в том, что гиперактивный ребенок создает проблемы для окружающих детей и взрослых, а в возможных последствиях этого заболевания для самого ребенка. Следует подчеркнуть две особенности СДВГ. Во-первых, ярче всего он проявляется у детей в возрасте от 6 до 12 лет и, во-вторых, у мальчиков он встречается в 7-9 раз чаще, чем у девочек.

Помимо легкой дисфункции мозга и минимальной мозговой дисфункции, некоторые исследователи (И.П. Брязгунов, Е.В. Касатикова, А.Д. Кошелева, Л.С. Алексеева) называют причинами гиперактивного поведения еще и особенности темперамента, а также пороки внутрисемейного воспитания. Интерес к данной проблеме не убывает, поскольку, если 8-10 лет назад таких детей в классе было по одному - два, то сейчас - до пяти человек и более. И.П. Брязгунов отмечает, что если в конце 50‑х годов публикаций на эту тему было порядка 30, то в 1990 году их число возросло до 7000 [2].

Обращает на себя внимание и тот факт, что синдрому дефицита внимания с гиперактивностью уделяется основное внимание только при поступлении ребенка в школу, когда налицо школьная дезадаптация и неуспеваемость (Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю., 1994; Кучма В.Р., Платонова А.Г., 1997; Разумникова О.М., Голошейкин С.А., 1997; Касатикова Е.Б., Брязгунов И.П., 2001) [7, 8, 19].

Изучение детей с указанным синдромом и развитие дефицитарных функций имеет большое значение для психолого-педагогической практики именно в дошкольном возрасте. Ранние диагностика и коррекция должны быть ориентированы на дошкольный возраст (5 лет), когда компенсаторные возможности мозга велики, и еще есть возможность предотвратить формирование стойких патологических проявлений.

Цель работы: изучить особенности игровой деятельности детей с СДВГ.

Объект исследования: Игровая деятельность детей с СДВГ.

Гипотеза работы: мы предполагаем, что Синдром дифицита внимания и гиперактивности имеет свои специфические особенности, что проявляется в расстройстве внимания, в непоследовательности поведения и в различных эмоциональных нарушениях.

Предмет исследования: особенности игровой деятельности детей с СДВГ в сравнении со сверстниками с нормальным ходом психического развития.

Задачи работы:

Теоретическое обоснование проблемы СДВГ;

провести эксперимент;

разработать коррекционную программу.

Для реализации поставленной цели и решения задач, а также для подтверждения гипотезы использованы следующие методы исследования: теоретический анализ литературных источников по данной проблеме; педагогический эксперимент; наблюдение.

База исследования: 2 группы - группа 1 и группа 2. Группа 1 - 12 человек, воспитывающихся в детском саду № 1 « Светлячок» г.Малмыж. Группа 2 - включала 3 человека с СДВГ, воспитывающихся в детском саду № 1 « Светлячок».

Практическая значимость: данная работа может быть полезна для воспитателей специальных учреждений, преподавателей ВУЗов, а также для воспитателей детских садов.

Структура курсовой работы представлена введением, тремя главами, заключением, библиографическим списком.

**Глава 1. Проблема игровой деятельности детей с СДВГ в литературе**

**.1 Понятие СДВГ и ее характеристики**

Внимание - это направленность психической деятельности на какой либо предмет, ситуацию или социальные отношения. Ни один психический процесс невозможен без концентрации и удержания внимания на каком бы то ни было объекте или событии. Внимание как необходимое условие познавательной или любой другой деятельности изучается психологией с давних пор и является важной составной частью когнитивной психологии. Есть взрослые люди, у которых с детского возраста имеются различные нарушения внимания. Зачастую эти взрослые в детском возрасте были очень активными и подвижными непоседами. Чрезмерная активность с годами к подростковому возрасту исчезла или значительно уменьшилась, а вот такие качества, как невнимательность и импульсивность, порывистость в поведении остались, к сожалению, на всю жизнь. Чрезмерная активность, порывистость могут быть индивидуальными свойствами темперамента и вовсе не означать какой-либо патологии или отклонения в развитии. Однако же, если эта чрезмерная активность сочетается в детском возрасте с нарушениями активного внимания, то родители и педагоги сталкиваются со специфической проблемой, название которой Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

Синдром дефицита внимания / гиперактивности ­ это дисфункция центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации головного мозга), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов (Е.Д. Белоусова, М.Ю. Никанорова).

Синдром определяется как сочетанное, комплексное нарушение психических функций, возникающее при поражении определенных зон мозга и закономерно обусловленное выведением из нормальной работы того или иного компонента. Важно отметить, что нарушение закономерным образом объединяет расстройства различных психических функций, внутренне связанных между собой. Также, синдром представляет собой закономерное, типичное сочетание симптомов, в основе возникновения которых лежит нарушение фактора, обусловленное дефицитом в работе определенных мозговых зон в случае локальных поражений мозга или мозговой дисфункцией, вызванной другими причинами, не имеющими локальной очаговой природы.

Гиперактивность ­ «Гипер…» (от греч. Hyper ­ над, сверху) ­ составная часть сложных слов, указывающая на превышение нормы. Слово «активный» пришло в русский язык из латинского «aсtivus» и означает «действенный, деятельный». К внешним проявлениям гиперактивности относится невнимательность, отвлекаемость, импульсивность, повышенная двигательная активность. Часто гиперактивности сопутствуют проблемы во взаимоотношениях с окружающими, трудности в обучении, низкая самооценка. При этом уровень интеллектуального развития у детей не зависит от степени гиперактивности и может превышать показатели возрастной нормы. Первые проявления гиперактивности наблюдаются в возрасте до 7 лет и чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек. Гиперактивность, встречающаяся в детском возрасте есть совокупность симптомов, связанных с чрезмерной психической и моторной активностью. Трудно провести четкие границы этого синдрома (т.е. совокупности симптомов), но обычно он диагностируется у детей, отличающихся повышенной импульсивностью и невнимательностью; такие дети быстро отвлекаются, их равно легко и обрадовать, и расстроить. Часто для них характерны агрессивное поведение и негативизм. В силу подобных личностных особенностей гиперактивным детям трудно концентрироваться на выполнении каких­либо задач, например в школьной деятельности. Родители и учителя часто сталкиваются с немалыми трудностями в обращении с такими детьми.

Главное отличие гиперактивности от просто активного темперамента в том, что это не черта характера ребёнка, а следствие нарушений психического развития детей. В группу риска входят дети, родившиеся в результате кесарева сечения, тяжёлых патологических родов, малыши­искусственники, родившиеся с маленьким весом, недоношенные.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью, именуемый также гиперкинетическим расстройством, наблюдается у детей в возрасте от 3 до 15 лет, но наиболее часто проявляет себя в дошкольном и младшем школьном возрасте. Данное расстройство является одной из форм минимальных мозговых дисфункций у детей. Оно характеризуется патологически низкими показателями внимания, памяти, слабостью мыслительных процессов в целом при нормальном уровне интеллекта. Произвольная регуляция развита слабо, работоспособность на занятиях низкая, утомляемость повышена. Также отмечаются отклонения в поведении: двигательная расторможенность, повышенная импульсивность и возбудимость, тревожность, реакции негативизма, агрессивность. При начале систематического обучения возникают трудности в освоении письма, чтения и счета. На фоне учебных трудностей и, нередко, отставании в развитии социальных навыков возникает школьная дезадаптация и различные невротические расстройства.

Среди дополнительных признаков синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, называют: нарушения координации тонких движений, равновесия, зрительно­пространственной координации; эмоциональные нарушения (неуравновешенность, запальчивость, нетерпимость к неудачам); нарушения взаимоотношений с окружающими вследствие «плохого поведения»; нарушение сна.

Гиперактивность проявляется через сверхмерную двигательную активность, суетливость, многочисленные посторонние движения, которые сам ребенок не замечает. Для детей с этим синдромом характерны сверхмерная разговорчивость, неспособность усидеть на одном месте, длительность сна меньше нормы. В двигательной сфере у них проявляются нарушения двигательной координации, несформированность тонкой моторики. Это неумение завязывать шнурки, застегивать пуговицы, использовать ножницы и иголку, несформированный почерк. Например, исследования польских ученых свидетельствуют, что двигательная активность детей с этим синдромом на 25­30% выше нормы. Они двигаются даже во сне.

Такие дети характеризуются непоследовательностью в поведении, забывчивостью, неумением слушать и сосредотачиваться, частой утерей личных вещей.

Импульсивность выражается в том, что ребенок часто действует необдуманно, перебивает других. Такие дети не умеют регулировать свои действия и подчиняться правилам, часто повышают голос, эмоционально лабильные. К подростковому возрасту повышенная подвижность исчезает в большинстве случаев, а импульсивная активность и дефицит внимания сохраняются.

Как уже указывалось выше, одной из характерных черт гиперактивного расстройства с дефицитом внимания, являются сопутствующие расстройства. 85% детей с этим синдромом имеют одно сопутствующее расстройство, а 60% ­ два сопутствующих расстройства.

а) Расстройства в поведении: опозиционные расстройства (такой ребенок не слушается, делает все наоборот, требует, чтобы все было так, как он сказал, постоянно нарушает правила и запреты); асоциальные расстройства (такие дети не просто воинственны, а асоциальным, агрессивным поведением: воруют, убегают из дома).

Как правило, для детей с СДВГ характерны нарушения социального функционирования, проявляющиеся как на микросоциальном, так и на макросоциальном уровнях. Наиболее остро дети с СДВГ переживают возникающие проблемы во взаимоотношениях с окружающими, в том числе со сверстниками, педагогами, родителями, братьями и сестрами. В школе гиперактивные дети более разговорчивы, более склонны к началу общения. Но невнимательность во время игр в сочетании с импульсивностью приводит к тому, что они оказываются не слишком хорошими партнерами. Поведение ребенка отличается непредсказуемостью. В результате он не может долго играть, успешно общаться и устанавливать дружеские отношения со сверстниками. В коллективе он служит источником постоянного беспокойства: шумит, не задумываясь, берет чужие вещи, мешает окружающим. Все это приводит к конфликтам, и ребенок становится нежеланным и отвергаемым в коллективе. Сталкиваясь с подобным отношением, он часто сознательно выбирает для себя роль классного шута, надеясь наладить отношения со сверстниками. Но общаться с ним обычно готовы лишь дети более младшего возраста или сверстники, имеющие аналогичные поведенческие проблемы Баркли Р., Бентон К. Ваш непослушный ребенок.[5.6.7]

Дома дети с СДВГ обычно страдают от постоянных сравнений с братьями и сестрами, которые хорошо ведут себя и лучше учатся. Родителей раздражает то, что они беспокойны, навязчивы, эмоционально неустойчивы, недисциплинированны, непослушны, неаккуратны. В домашних условиях они неспособны ответственно относиться к выполнению повседневных поручений, не помогают родителям. При этом замечания и наказания не дают желаемых результатов.

Так у большинства детей с СДВГ постепенно формируются тревожность, неуверенность в себе и низкая самооценка, реакции оппозиции, которые носят вторичный характер и усиливаются из-за неправильного воспитания и отношения к ребенку. С другой стороны, присоединение к СДВГ расстройств поведения сопровождается нарастанием симптомов СДВГ, а также проявлениями агрессивности, тревожности и серьезными проблемами во взаимоотношениях со сверстниками. Сопутствующие СДВГ нарушения поведения и эмоциональные расстройства рассматриваются в качестве неблагоприятных прогностических факторов для длительного (вплоть до хронического) течения СДВГ.[6]

Нарушения поведения и эмоциональные расстройства у детей с СДВГ являются одной из основных причин нарушений социальной адаптации. Более чем у половины детей встречается сочетание данной патологии. Для детей с СДВГ характерна агрессивность, эмоциональная напряженность, тревожность и истерия. Эти симптомы являются проявлениями внутреннего напряжения при невозможности справиться с жизненными и эмоциональными трудностями. Наиболее распространенными психотравмирующими факторами для детей оказываются семейные факторы - напряженная обстановка между членами семьи, конфликты, разногласия, ссоры, а также конфликты с педагогами. В этих случаях дети часто испытывают отсутствие чувства общности и травматические переживания.

Отклонения в воспитании играют роль в появлении у детей с СДВГ сопутствующих расстройств. С другой стороны, данные факторы являются управляемыми.

б) Частые расстройства: расстройства речи; расстройства школьных навыков; задержка психического развития; расстройства сна; заниженная самооценка.

По данным отечественных авторов (сопутствующие) расстройства встречаются у 65-85% детей с СДВГ[8,9].

К сопутствующим расстройствам, которые часто встречаются при СДВГ, относятся: расстройства поведения и вызывающее оппозиционное расстройство (кондуктивные расстройства); тревожные фобические расстройства; депрессивные расстройства; нарушения эмоционально-волевой сферы; психосоматические заболевания (например, головные боли напряжения, язвенная болезнь желудка, бронхиальная астма и др.); тики, синдром Туретта; нарушения обучения и общения.

Нарушения поведения часто проявляются в дошкольном и младшем школьном возрасте оппозиционно-вызывающими расстройствами (ОВР), а в школьном и подростковом возрасте - расстройствами поведения, причем, они могут проявляться в семье или в социальной среде, вне дома. При несоциализированном расстройстве поведения отсутствует интеграция в группе сверстников. При социализированном расстройстве поведения наблюдается групповая делинквентность.[10,11]

К тревожным фобическим расстройствам относится группа расстройств, когда тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными. В результате эти ситуации обычно характерным образом избегаются или переносятся с чувством страха. Фобическая тревога субъективно, физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги и может различаться по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса. Тревога не уменьшается от осознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей. Одно лишь представление о попадании в фобическую ситуацию обычно заранее вызывает тревогу предвосхищения.[12] Обязательным признаком являются вегетативные изменения, сопровождающие тревогу.

Депрессивные расстройства характеризуются пониженным настроением, утратой интересов и удовольствия, снижением энергичности, которое может привести к повышенной утомляемости и сниженной активности. Отмечается выраженная утомляемость даже при незначительном усилии.

Нарушения в эмоционально-волевой сфере включают инфантильность поведения, стеснительность, обидчивость, раздражительность, плаксивость, эмоциональную лабильность; некоторые дети считают себя несчастными и не могут постоять за себя.

Психосоматические заболевания. Известно, что в генезе психосоматических заболеваний наиболее важную роль играют эмоциональные нарушения, хронический стресс. Однако параллельно возникающие функциональные сдвиги со стороны внутренних органов на более поздних этапах болезни приводят к их деструкции, т.е. органическим изменениям, и заболевание приобретает все черты соматического страдания. Соответствующая наследственная предрасположенность может влиять на выбор органа.

Одним из наиболее частых сопутствующих СДВГ расстройств являются тикозные гиперкинезы (тики). Тиком является непроизвольное, быстрое, повторяющееся, неритмичное движение (обычно вовлекающее в себя ограниченные мышечные группы) и/или голосовая продукция, которые начинаются внезапно и бесцельно. Тики имеют тенденцию переживаться как непреодолимые, но обычно они могут быть подавлены на различные периоды времени. И двигательные, и вокальные тики могут быть простыми и сложными. Обычные простые двигательные тики включают в себя мигание, движения шеей, пожимание плечом и гримасничанье. Обычные простые и вокальные тики включают в себя покашливание, лаянье, фырканье, шмыганье и шипение. Обычные сложные моторные тики включают поколачивание себя, подпрыгивание и скакание. Обычный комплекс голосовых тиков включает повторение особых слов.[13]Очень часто у детей с СДВГ встречаются дислексия и дисграфия.

**1.2 СДВГ как форма дизонтогенеза**

гиперактивность дизонтогенез ребенок синдром

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) представляет собой особую форму варианта дизонтогенеза. Развитие СДВГ обусловлено генетическими, перинатальными и социально-психологическими механизмами. Генетические и перинатальные механизмы вызывают поражение нервных структур и участвуют в образовании трудно корригируемых первичных симптомов заболевания (дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность). Вторичное симптомообразование большей частью обуславливается социально-психологическими факторами, которые могут выступать в роли первичных механизмов, но чаще их воздействие синергично.ДВГ - нейробиологическое нарушение, этиология и патогенез которого носят комбинированный характер. Несмотря на большое количество исследований, проведенных к настоящему времени, причины и механизмы развития СДВГ остаются недостаточно раскрытыми. По мнению многих исследователей как в России, так и за рубежом, всегда следует учитывать воздействие нескольких факторов, влияющих друг на друга. В настоящее время исследования причин и механизмов развития СДВГ ведутся в нескольких перспективных направлениях. Все факторы, вызывающие повреждение мозга у детей делят на биологические (наследственные и перинатальные), действующие до родов, в момент родов и после родов, и социальные, обусловленные влиянием непосредственного окружения.

Пренатальные и перинатальные патологические факторы. По мнению большинства исследователей, эти факторы имеют важное значение в развитии СДВГ. Но какие именно факторы и в какой степени являются причиной развития этого синдрома до сих пор не установлено. В качестве неблагоприятных пренатальных и перинатальных внешних факторов, способных повлиять на развитие СДВГ, указывают: осложнения беременности (токсикозы во время беременности, обострения хронических заболеваний у матери, попытки прервать беременность или угроза выкидыша, травмы в области живота, переношенная беременность и др.); гипоксия плода и асфиксия новорожденных (длительное кислородное голодание мозга во время беременности или острое кислородное голодание во время родов); токсическое воздействие на ребенка (тяжелых металлов, ин-токсикантов, употребление матерью алкоголя, некоторых лекарственных средств, оказывающих токсическое действие, курение); воздействие на плод инфекционных агентов: вирусов, бактерий; осложненные роды (быстрые или длительные, родовая травма); недоношенность, морфофункциональная незрелость плода, задержка внутриутробного развития; несовместимость по резус-фактору.

Риск развития синдрома повышается, если возраст матери во время беременности моложе 19 или старше 30 лет, а отца - старше 39 лет.

В последние годы важная роль в развитии СДВГ отводится раннему органическому повреждению ЦНС. При этом преобладание данной патологии среди мальчиков связывается с более высокой уязвимостью их мозга под влиянием пре- и перинатальных патологических факторов. У девочек большие полушария головного мозга менее специализированы, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных функций при поражении центральной нервной системы по сравнению с мальчиками.

Причины поражения развивающегося мозга делятся на четыре основных типа: гипоксический, токсический, инфекционный и механический. Существует зависимость между сроками беременности, в которой произошло воздействие патологических факторов на плод, и тяжестью исходов. Так, неблагоприятные воздействия в ранние сроки онтогенеза могут явиться причиной возникновения пороков развития, детских церебральных параличей и умственной отсталости. Патологические воздействия на плод в более поздние в сроки беременности часто влияют на формирование высших корковых функций и служат фактором риска для развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Несмотря на то, что далеко не у всех детей с СДВГ удается установить наличие органического поражения ЦНС, пре- и перинатальные повреждающие факторы являются одной из ведущих причин в формировании синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Генетическая концепция формирования СДВГ предполагает наличие врожденной неполноценности функциональных систем мозга, отвечающих за внимание и моторный контроль. Исследование генеалогии лиц с СДВГ (анализ наличия признаков у родителей, других родственников, исследование ди- и монозиготных близнецовых пар) свидетельствует о тенденции к семейной предрасположенности СДВГ. Исследования в области молекулярной генетики также говорят о генетической предрасположенности к развитию СДВГ.

Наследуемость СДВГ составляет около 70%. Генетически заданными могут быть особенности морфологического строения различных систем мозга, а также особенности и сроки их созревания. То есть СДВГ имеет в своей основе структурные изменения в наследственном материале, и его развитие не может быть объяснено только недостатками в воспитании и обучении детей. Кроме того, СДВГ является мультифакторным заболеванием. Нет оснований надеяться найти один основной ген/фактор, ответственный за развитие и степень тяжести синдрома.

Нейробиологические механизмы СДВГ. По данным экспертного доклада по СДВГ (2007), у детей с СДВГ отмечается ряд особенностей строения и функционирования структур мозга, преимущественно это касается изменений со стороны префронтально-стриато-таламо-кортикальных структур.

Исследования с помощью компьютерной томографии позволили выявить у детей с СДВГ несколько меньшие размеры общего объема головного мозга, префронтальных отделов лобных долей головного мозга (особенно в правом полушарии), хвостатого ядра, а также мозолистого тела в области колена и валика, где проходят волокна, связывающие лобные, затылочные, височные и теменные доли. Кроме того, имеются сведения о нарушении асимметрии определенных отделов головного мозга, которая характерна для нормального головного мозга (например, право-левой асимметрии полушария и подкорковых узлов).

При исследованиях с применением методов функциональной нейровизуализации у детей с СДВГ обнаружено снижение кровотока в лобных долях, подкорковых ядрах, причем в наибольшей степени изменения были выражены на уровне хвостатого ядра. Изменения со стороны хвостатого ядра могут быть результатом его гипоксически-ишемического поражения в период новорожденности, т.к. оно является наиболее ранимой структурой в условиях дефицита кровотока. Хвостатое ядро выполняет важную функцию модуляции (в основном тормозящего характера) полисенсорной импульсации, отсутствие торможения которой может быть одним из патогенетических механизмов СДВГ.[14]

Таким образом, современные теории в качестве области анатомического дефекта при СДВГ рассматривают лобную долю, и прежде всего префронтальную кору, а также сенсомоторную кору, подкорковые структуры мозга (такие как хвостатое ядро и бледный шар), ретикулярную формацию и стволовые структуры, причем больше всего изменений обнаруживается в правой гемисфере.

Нейрофизиологические исследования с помощью ЭЭГ предполагают, что замедление биоэлектрической активности мозга особенно в передних отделах у детей с СДВГ может свидетельствовать о задержке созревания ЦНС, в первую очередь о нарушении формирования префронтально-стриарной системы. Одной из особенностей ЭЭГ у детей с СДВГ является нарушение сенсомоторных ритмов, что свидетельствует о нарушении процессов тормозного контроля.

У детей 7-8 лет при СДВГ имеет место нарушение распределения постоянных потенциалов по отделам головного мозга. На первый план выступает значительное снижение энергозатрат в лобных отделах, уменьшение их связей с другими структурами мозга и изменение межполушарных взаимоотношений.

Нейромедиаторнан концепция. Согласно современным представлениям, важную роль в патогенезе СДВГ играет дисфункция нейромедиаторных систем мозга - дофаминовой, норадреналиновой и серотониновой.

Катехоламиновая иннервация затрагивает основные центры высшей нервной деятельности: центр контроля и торможения двигательной и эмоциональной активности, программирования деятельности, системы внимания и оперативной памяти. Известно, что катехоламины выполняют функции положительной стимуляции и участвуют в формировании стресс-реакции. Исходя из этого можно считать, что катехоламиновые системы участвуют в модуляции высших психических функций, и при нарушении обмена катехоламинов могут возникать различные нервно-психические расстройства.

Многочисленные исследования были направлены на поиск первичного биохимического дефекта. Полученные результаты не позволяют сделать вывод об избирательных нарушениях в какой-либо одной из нейромедиаторных систем при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью. Поэтому была предложена гипотеза о сложном сочетанном вовлечении нескольких нейромедиаторных систем мозга в патогенез этого заболевания.[15]

Психосоциальные факторы. Важную роль в формировании синдрома дефицита внимания с гиперактивностью играют социально-психологические факторы, в том числе внутрисемейные и внесемейные. Большое влияние оказывает психологический микроклимат в семье: ссоры, конфликты; а также алкоголизм и аморальное поведение родителей, воспитание в неполных семьях, повторный брак у родителей, особенности воспитания ребенка. Все это не может не отражаться на психике ребенка.

По данным Н.Н. Заваденко имеют значение бытовые условия проживания и материальная обеспеченность. Так, у детей из социально-благополучных семей последствия пре- и перинатальной патологии в основном исчезают к моменту поступления в школу, тогда как у детей из семей с низким материальным уровнем жизни или социально-неблагополучных семей они продолжают сохраняться и создают предпосылки для формирования школьной дезадаптации.

Дизонтогенетическая концепция. В рамках концепции психического дизонтогенеза СДВГ - сложная асинхрония развития, обусловленная множеством внутренних и внешних факторов, приводящая к неспецифическим формам реагирования, ассоциированным с психомоторным уровнем реактивности. Дизонтогенетическая концепция изначально предполагает полиэтиологическую природу СДВ.[16]

Разрабатываемые различными исследователями подходы к изучению формирования Cиндрома дефицита внимания с гиперактивностью в большинстве своем затрагивают лишь отдельные аспекты этой сложной проблемы, в частности нейропсихологические, нейроморфологические, нейрофизиологические, нейрохимические, неблагоприятные факторы внешней среды, пищевые и др. Но на современном этапе можно обозначить только две группы медико-биологических факторов, вызывающих развитие СДВГ: повреждение центральной нервной системы в пре-, пери- и ранний постнатальный периоды, а также генетические факторы.

**1.3 Особенности игровой деятельности детей с СДВГ**

Значение различных игр для интеллектуального, творческого, эмоционального развития ребенка невозможно переоценить. Ребенок развивается в игре, он усваивает социальные роли, снимает стресс, связанный с адаптацией к новой ситуации или к новым условиям, проявляет все те способности, которые в нем заложены.

Игры также являются прекрасной коррекционой методикой, направленной на развитие дефицитарных функций детей с отклонениями в развития, задержками развития, детей с СДВГ.

Часто гиперактивный ребенок выбирает шумные игры. Это естественно, ведь ему трудно сдерживать себя и трудно оставаться на одном месте. Поэтому вполне логично подбирать для него подвижные игры. Подвижные игры по правилам не только развивают определенные качества, они также приучают гиперактивного ребенка к дисциплине, к подчинению своей деятельности определенной цели. Игры с очень четкими правилами способствуют развитию внимания.

В подвижных играх ребенок с СДВГ также развивается эмоционально. Он учится контролировать свое поведение, учится терпеть и ждать, откладывать желаемое на потом. Все эти качества потом пригодятся ему в общении со сверстниками и взрослыми.

В подвижных играх также развивается мышление ребенка. Ведь он все время должен удерживать в голове несколько компонентов ситуации и оперировать ими мысленно. Ребенок учится также подмечать детали. Если он чего-то не учтет или забудет, он может проиграть.

Подвижные игры развивают ребенка физически, тренируют его ловкость, гибкость, учат избегать травматических ситуаций. Наконец, если у ребенка начинает получаться играть вместе с другими детьми, это повышает его самооценку и авторитет в глазах других детей.

Чтобы помочь ребенку с СДВГ развиваться и успешно обучаться, необходимо помнить о невозможности постановки комплексной задачи в самом начале. Гиперактивный ребенок без должной тренировки не может одновременно внимательно слушать, спокойно сидеть и сдерживать свои импульсы.

Нарушение внимания проявляется преждевременным прерыванием выполнения заданий и начатой деятельности. Дети легко теряют интерес к заданию, так как их отвлекают другие раздражители. В зависимости от ситуации это может проявляться в беганье, прыжках, во вставании с места, а также в выраженной болтливости и шумном поведении, раскачивании и вертлявости. Прежде всего, это наблюдается в структурированных ситуациях, требующих высокой степени самоконтроля. Дети с трудом ждут своей очереди, прерывают других и выкрикивают свои ответы, не отвечая на вопрос полностью. Часть детей из-за своей импульсивности легко попадает в опасные ситуации, не задумываясь о последствиях. Эта склонность к риску часто становится причиной травм и несчастных случаев. В большинстве случаев импульсивность нельзя назвать преходящим симптомом; она сохраняется в процессе развития и взросления детей наиболее долго. Импульсивность, часто сочетаясь с агрессивным и оппозиционным поведением, приводит к трудностям в контактах и социальной изоляции. Трудности в контактах и социальная изолированность являются частыми симптомами, затрудняющими отношения с родителями, воспитателями и сверстниками. Такие дети зачастую не чувствуют дистанцию между собой и взрослым, проявляют панибратское отношение к нему. Им трудно адекватно воспринимать и оценивать социальные ситуации, строить свое поведение в соответствии с ними.

Наиболее часто СДВГ диагностируется в возрасте 3-4 или 7-8 лет. Однако, описаны случаи появления его признаков уже на первом году жизни. К их числу относятся: чрезмерная чувствительность к раздражителям (свету, шуму, микроклиматических факторам), чрезмерно громкий плач, нарушения сна, тремор. Необходимо отметить, что данные симптомы не являются строго специфичными для СДВГ и могут быть связаны с другими причинами.

В эмоциональной сфере обращают внимание неуравновешенность, вспыльчивость, сниженная самооценка. В более старшем возрасте может начать доминировать импульсивность, в ряде случаев сочетающаяся с агрессивностью. Возможно наличие тревожно-депрессивной симптоматики.

Внимание. Функция внимания является при СДВГ закономерно нарушенной. Это выражается, прежде всего, в трудностях сосредоточения и удержания внимания, что объясняется как повышенной отвлекаемостью (в том числе на незначительные стимулы), так и истощаемостью вследствие церебральной астении и отсутствием достаточной мотивации. Так, Э. Голдберг (2003) указывает, что указанные проблемы наиболее ярко проявляются при субъективно "неинтересных" занятиях, но отсутствует при интересных, когда ребенка увлекает задача и он получает от ее выполнения удовольствие (в особенности, когда за успешным решением следует немедленное вознаграждение). Автор утверждает, что в некоторых случаях дефицит внимания может парадоксально сосуществовать со способностью к планированию. Это требует создания положительной мотивации, обязательной постановки цели, которую ребенок должен достичь, поощрения и анализа успешности ее достижения со стороны взрослых (И.П. Брязгунов, Е.В. Касатикова, 2001; Л.М. Шипицына и соавт., 2003). Тем более, что тенденция к ухудшению внимания актуализируется в непривычных условиях, когда ребенок вынужден действовать самостоятельно.

Страдает переключаемость внимания, поэтому быстро сменяющие друг друга виды деятельности осуществляются редуцированно, некачественно и фрагментарно. Важно отметить, что при указании на ошибки дети с СДВГ стараются их исправить (И.П. Брязгунов, Е.В. Касатикова, 2001)

Восприятие. По мнению О.И. Политика (2005), выраженные нарушения в сфере познавательных процессов у детей с СДВГ связаны с расстройствами слухового гнозиса. Эти нарушения проявляются в неспособности правильно оценить звуковые комплексы из серии последовательных звуков, невозможностью их воспроизведения (Т.Н. Осипенко, 1996) и недостатками зрительного восприятия, на которое влияют сиюминутные импульсы.

Память. Память может соответствовать нормативным показателям в соответствии с возрастом. Однако, вследствие неустойчивости внимания, как указывает Л.А. Ясюкова (2000) наблюдаются пробелы в усвоенном материале. Возможны нарушения кратковременной памяти, выражающиеся в недостаточном объеме запоминания, повышенной тормозимости следов памяти, замедленном запоминании. При этом положительная мотивация и соответствующая возможностям ребенка организация материала дает компенсаторный эффект, что свидетельствует о сохранности корковой функции памяти (В.Д. Трошин и соавт., 1994).

Мышление. Интеллектуальная деятельность ребенка с СДВГ циклична: произвольная продуктивная работа не превышает 5-15 минут, после чего теряется контроль над дальнейшей умственной активностью, когда в течение 3-7 минут мозг накапливает энергию для следующего рабочего цикла (Л.А. Ясюкова, 2000). В период восстановления ребенок перестает понимать, осмысливать и перерабатывать информацию, поэтому ребенок может не помнить, что он в это время делал, и не замечать таких перерывов. Умственная утомляемость в большей степени свойственна девочкам, в то время как у мальчиков она проявляется к семи годам (О.И. Политика, 2005). У девочек также снижен уровень словесно-логического мышления (Н.Н. Заваденко, 2000). Значительное влияние на мышление оказывают нарушения речи (задержка ее развития, моторная артикуляционная, недостаточность, нарушение речевого дыхания и др.), в особенности, ее регулирующей функции, что затрудняет последовательное выполнение интеллектуальных операций. Ребенок не замечает своих ошибок, забывает поставленную задачу, легко переключается на побочные, несущественные раздражители (Е.М. Мастюкова, 2002). О.И. Политика (2005) указывает на то, что среди детей с СДВГ встречаются действительно талантливые дети, но и случаи задержки психического развития не являются редкостью. Отставание в формировании высших психических функций не позволяет им нормально переносить интеллектуальные нагрузки (Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, 2000).

Личность и деятельность. Эмоциональное развитие отстает от нормальных показателей возрастной группы (О.В. Халецкая, В.Д. Трошин, 1998). Настроение неустойчиво и быстро изменяется в диапазоне от приподнятого до депрессивного. Встречаются беспричинные приступы злости, ярости, гнева по отношению к окружающим и самим себе. Занижена самооценка (Б.В. Лебедев и соавт., 1981). Недостаточен самоконтроль и произвольная регуляции, а также повышенный уровень тревожности (Е.К. Лютова, Г.Б. Монина, 2000, И.П. Брязгунов, Е.Б. Касатикова, 2001).

Спокойная обстановка, усилия взрослых приводят к тому, что деятельность становится успешной. Эмоции оказывают исключительно сильное влияние на этих детей. Эмоции средней интенсивности могут ее активизировать, однако при дальнейшем повышении эмоционального фона деятельность может быть полностью дезорганизована, а все только что усвоенное - разрушено (В.В. Лебединский, О.С. Никольская, 1990).

Характерно нарушение социальной адаптации. Уровень социальной зрелости ниже характерного для возрастного периода развития ребенка. Аффективная напряженность, трудности в общении со сверстниками и взрослыми, постоянные упреки со стороны старших, переживания своей неуспешности в разных видах деятельности приводят к формированию заниженной самооценки, враждебности, неврозоподобных и психопатоподобных проявлений. Резко реагируют на запреты, замечания, демонстрируя нежелательные поведенческие реакции. Попытки сдержать ребенка могут привести к обратному эффекту. отчего страдает и сам ребенок, понимающий, что даже при желании оказывается неспособным сдержать свои обещания (Д.Н. Исаев, 1982; О.В. Халецкая, В.Д. Трошин, 1995).

Дети с СДВГ склонны к деструктивным играм, с трудом принимают правила. Испытывая трудности сосредоточения в игровой деятельности, проявляют конфликтность (И.П. Брязгунов, 1992). Амбивалентность форм поведения часто проявляется агрессией, жестокостью, плаксивостью, истероидностью, чувственной тупостью (Б.Р. Яременко и соавт., 2002). В силу социальной незрелости предпочитают играть с детьми более младшего возраста. Игнорируют воздействия взрослых - и поощрения, и наказания. Похвала не имеет существенно значения в регуляции поведения, однако, как указывают Е.К. Лютова, Г.Б. Монина (2000) похвала и одобрение взрослых все же необходимы для укрепления уверенности в себе.

Импульсивность является основной причиной неряшливости в выполнении заданий, несдержанности в словах, поступках и действиях, неумении проигрывать, излишней настойчивости в исполнении окружающими своих желаний. Причем, с возрастом импульсивность имеет тенденцию к усилению (Н.Н. Заваденко, 2000). Присутствие взрослых не сдерживает ребенка.

Повышенная переключаемость с одного вида деятельности на другой происходит непроизвольно, без настройки и последующего контроля (А.В. Семенович, 2002).

Импульсивность, возбудимость, нецеленаправленность часто сочетаются с трудностями усвоения школьных навыков, что ведет к выраженной школьной дезадаптации (Е.К. Лютова, Г.Б. Монина, 2000).

Возбудимость является причиной затруднений в освоении социальных навыков. Даже при соблюдении режима дети плохо засыпают, едят медленно, все роняют и разливают (Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова, 1980).

Повышенная тревожность, беспокойство, напряженность, страхи. Дети подвержены депрессивному состоянию, легко расстраиваются при неудачах (А.Д. Кошелева, Л.С. Алексеева, 1997).

Поведение отличается недостаточностью самоконтроля. Стремление к самостоятельным действиям оказывается более сильным мотивом, чем соблюдение правил, знание которых не выступает значимым мотивом действий (Е.О. Смирнова, 2000).

Синдром дефицита внимания / гиперактивности ­ это дисфункция центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации головного мозга), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью иногда описывается как умаление функций мозга. Это относится к познавательным способностям, необходимым для планирования, организации и выполнения задач. Дефицит функции исполнительности может вызвать следующие проблемы: невозможность хранения информации в кратковременной памяти; нарушение навыков организации и планирования; трудности в установлении и использовании ориентиров поведения - таких, как выбор стратегии и задач мониторинга; подавляющая неспособность справиться с эмоциями; неспособность эффективно переходить от одной умственной деятельности к другой.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью, именуемый также гиперкинетическим расстройством, наблюдается у детей в возрасте от 3 до 15 лет, но наиболее часто проявляет себя в дошкольном и младшем школьном возрасте. Данное расстройство является одной из форм минимальных мозговых дисфункций у детей. Оно характеризуется патологически низкими показателями внимания, памяти, слабостью мыслительных процессов в целом при нормальном уровне интеллекта. Произвольная регуляция развита слабо, работоспособность на занятиях низкая, утомляемость повышена. Также отмечаются отклонения в поведении: двигательная расторможенность, повышенная импульсивность и возбудимость, тревожность, реакции негативизма, агрессивность. При начале систематического обучения возникают трудности в освоении письма, чтения и счета. На фоне учебных трудностей и, нередко, отставании в развитии социальных навыков возникает школьная дезадаптация и различные невротические расстройства.

Среди дополнительных признаков синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, называют: нарушения координации тонких движений, равновесия, зрительно­пространственной координации; эмоциональные нарушения (неуравновешенность, запальчивость, нетерпимость к неудачам); нарушения взаимоотношений с окружающими вследствие «плохого поведения»; нарушение сна.

Особенности игровой деятельности детей с СДВГ:

. Гиперактивные дети предпочитают шумные игры (так как ему трудно сдерживать себя);

. Преждевременное прерывание выполнения задания и начатой деятельности. Дети легко теряют интерес к заданиям;

. В ходе игры дети не задумываются о последствиях;

. Трудности в контактах и социальная изолированность;

. Трудности в оценке социальных ситуаций в ходе игры;

. Неумение проигрывать.

**Глава 2. Экспериментальное изучение особенностей игровой деятельности детей с СДВГ**

**.1 Организация исследования**

Цель исследования: изучить особенности игровой деятельности детей с СДВГ.

Гипотеза исследования: игровая деятельность детей с СДВГ отличается от игровой деятельности детей с нормальным ходом психического развития.

Задачи практической части:

выявить особенности игровой деятельности детей с СДВГ;

организовать условия осуществления исследования, информирование воспитателей и администрации детского сада о плане исследовательских мероприятий;

провести практическое исследование.

Была организована экспериментальная работа.

Исследование проводилось течение недели в январе 2015 года.

Для исследования были сформированы 2 группы - группа 1 и группа 2. Группа 1 - 12 человек, воспитывающихся в детском саду № 1 « Светлячок» г. Малмыж. Группа 2 - включала 3 человека с СДВГ, воспитывающихся в детском саду № 1 « Светлячок».

В данной работе использовались следующие методики:

Тест самоконтроля и произвольности. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. - М., 2008

Тест «Кактус» М.А Панфилова.

. Тест самоконтроля и произвольности Сиротюк А.Л. предназначен для диагностики детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста. Ребенку предлагается рассмотреть по очереди четыре картинки и описать изображенные на них ситуации, предлагая свои варианты решения проблем. Если ребенок объясняет, что причины неудачи в скамейке, качелях, горке, краске, т.е. неудачи не зависят от персонажей, то он еще не умеет оценивать себя и контролировать свои действия. Если ребенок видит причину неудач в самом герое и предлагает потренироваться, подрасти, позвать на помощь, значит у него развиты навыки самоконтроля и самооценки. Если ребенок видит причины неудач и в герое, и в объекте, то это может говорить о хорошей способности к разностороннему анализу ситуации.

. Для поверхностного исследования эмоционально-личностной сферы ребенка отлично подходит рисуночный тест «кактус». Методика предназначена для детей в возрасте от 4 лет. Наибольший акцент делается на агрессию, ее проявления и тревожность, как средство защиты.

Для работы необходим лист а4, карандаш. Достаточно одного цвета.

**2.2 Анализ результатов исследования**

Анализ результатов по «Тесту самоконтроля и произвольности» Сиротюк А.Л.

Ребятам показывали поочередно четыре рисунка. Детям нужно было описать рисунки, предлагая свои варианты решения проблемы. Дети с нормальным ходом психического развития говорили, что герои рисунков виновны в том, что сломалась скамейка, пролились чернила и что девочка не умеет качаться на качелях. По их словам, мальчик слишком сильно прыгнул на скамейку, что та сломалась. Девочка слишком мала для того чтобы качаться на таких высоких качелях. А мальчик случайно задел баночку и краска пролилась на листочек. Что касается последнего рисунка, то все дети считают, что горка слишком крутая или на горке много снега и мальчик не мог дальше ехать. Дети с СДВГ, кроме одного, виновным в случившемся считали все, что к ним не относятся. Они считали, что скамейка было сломана и мальчик не виноват в случившемся, что краску пролили специально, чтобы помешать выполнению задания, а качели слишком плохие, чтобы на них можно было залезть и качаться. Один ребенок придерживался того же мнения как и дети с нормальным ходом психического развития. Для решения проблемы первая группа детей предлагали попросить помощи у взрослых, некоторые решили бы проблемы сами. А дети из второй группы предлагали героям заняться другими делами, а про сломанную скамейку и испачканную бумагу - забыть.

Полученные ответы свидетельствуют о том, что у детей с нормальным ходом психического развития хорошо развиты навыки контроля и самоконтроля. Они не ищут виновных в случившемся и готовы нести ответственность за совершенные поступки. У детей с СДВГ плохо развиты навыки контроля и самоконтроля. Они пытаются выйти из сложившейся ситуации невиновными. Это говорит о том, что они не готовы нести ответственность за свои поступки.

Анализ результатов по Тесту «Кактус» М.А Панфиловой.

Детям предлагали нарисовать на листе бумаги кактус, после того как рисунок был готов, задавались дополнительные вопросы: Кактус домашний или дикий? Его можно потрогать? Кактусу нравится, когда за ним ухаживают? У кактуса есть соседи? Какие растения его соседи? Когда кактус вырастет, что в нем изменится?

По полученным рисункам можно сделать следующие выводы: дети с нормальным ходом психического развития менее агрессивны, импульсивны, неуверены в себе и менее тревожны, они более оптимистичны и открыты в отличии от детей с СДВГ.

В ходе беседы у детей с нормальным ходом психического развития наиболее популярными были ответы, что кактус является домашним, за ним ухаживают родители и что он не такой колючий как кажутся. Дети с СДВГ, за исключение двух, говорили что кактус не изменится, что он очень колючий и за ним не нужно ухаживать. Такие ответы свидетельствуют о том, что эти дети склонны к агрессии, к одиночеству, они импульсивны и неуверенны в себе.

**2.3 Психолого - педагогические рекомендации для детей с СДВГ**

Игра является оснoвным видом деятельности ребенка дошкольного возраста, одной из характерных закономерностей детского развития. Игра как фoрма деятельности ребенка способствует гармоническому развитию у негo психических процессoв, личнoстных черт, интеллекта.

Гиперактивным детям чрезвычайно полезна работа с песком, крупой, водой, глиной, рисование с помощью пальцев. Все это помогает снять напряжение. А вообще, как считают психологи, работа здесь должна строиться по нескольким направлениям: снять напряжение и излишнюю двигательную активность, тренировать внимание и следовать за интересами ребенка, то есть пытаться проникнуть в его мир и вместе его анализировать. Например, если ребенок рассматривает что-то на улице, взрослому обязательно надо проследить за взглядом и найти этот предмет, затем постараться удержать внимание малыша на нем, расспросить, что заинтересовало, и попросить подробно описать детали предмета, вместе как-то их прокомментировать. Как писал В. Оклендер: «Когда таким детям уделяют внимание, слушают их, и они начинают чувствовать, что их воспринимают всерьез, они способны каким-то образом свести до минимума симптомы своей гиперактивности.

Так же существуют различные игры на развитие умений концентрировать внимание («Найди отличие»), снятие напряжения, мышечных зажимов, снизить агрессивность, развить чувственное восприятие, гармонизировать отношения между ребенком и взрослым( « Ласковые лапки»),снятие излишней двигательной активности( «Передай мяч») и многих других игр.

В практической части работы нами была поставлена цель: изучить особенности игровой деятельности детей с СДВГ. В ходе исследования мы выполнили цель и решили ряд задач.

В ходе проведения анализа мы установили следующее:

Дети с СДВГ отличаются от детей с нормальным ходом психического развития.

Дети с СДВГ более агрессивны, тревожны, импульсивны и не склонны отвечать за совершенные поступки.

У детей с СДВГ плохо развиты навыки контроля и самоконтроля.

С детьми с СДВГ необходимо проводить психолого - педагогическую коррекцию, которая направлена на развитие умения концентрировать внимание на деталях, снижения импульсивности и развитие контроля и самоконтроля.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В теоретической части работы нами был проведен анализ психолого-педагогической литературы. СДВГ-это дисфункция центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации головного мозга), проявляющаяся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов. При СДВГ страдают психические функции, обеспечивающие нормальный ход развития человека.

В практической части работы был проведен сравнительный анализ развития игровой деятельности детей с нормальным ходом психического развития и игровой деятельности детей с СДВГ, который показал, что дети с СДВГ более социально изолированы и не склонны нести ответственность за свои поступки.

Проведя анализ, мы проверили истинность гипотезы: действительно, у детей с СДВГ имеются расстройства внимания, дети непоследовательны в своих действиях и имеют различные эмоциональные нарушения.

Таким образом, проблема исследования особенностей детей с СДВГ является довольно актуальной для дальнейшего изучения, нам следует пополнять и расширять теоретическую базу в данной области.

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Монина Г.Н. Робота с детьми, имеющими СДВГ. М.: 1987 - 98с.

. Брязгунов И.П., Касатикова И.В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. - М.: Из-во Института Психотерапии, - 2001. - 96с.

. Брязгунов И.П., Кучма В.Р. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза). - М.: - 1994. - 49с.

. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: « Академия», - 2005. - 256с.

. Брязгунов И.П., Касатикова ЕВ. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. М., 2002.

. Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития: учеб. пособие /под ред. М. Пассольта. М., 2004;

. Очерки психофизиологии детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью: Монография / Отв. ред. А.В. Грибанов. Архангельск, 2009.

. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь / Г.Б. Монина, Е.К. Лютова-Робертс, Л.С. Чутко. СПб., 2007.

. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М, 2005.; Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. URL: www. effecton.ru.. При этом возможно сочетание нескольких патологических состояний.

. Барденштейн Л.М., Можгинский Ю.Б. Патологическое гетеро-агрессивное поведение у подростков. М. 2000.

. Пятницкая И.Н., Шаталов А.И. Девиантное поведение подростков: наркотизм, криминальность, экстримизм / под ред. B.E. Пелипаса. М., 2006.

. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? М., 2005. С.205.

. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб., 1998. С.312.

. Психофизиологическая диагностика и психолого-педагогическая помощь детям с СДВГ: экспертный доклад. М., 2007. С.30.

. Подоплёкин Д.Н. Распределение постоянных потенциалов головного мозга при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью у детей-северян: Автореф. дис.... канд. мед. наук. Архангельск, 2003. С.8.

. Психофизиологическая диагностика и психолого-педагогическая помощь детям с СДВГ: экспертный доклад. М., 2007. С.32.