

МРНТИ 15.21.45

## РОЛЬ ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

*И.С. Шаймарданова, Т.В. Пак*

Павлодарский государственный педагогический университет, г. Павлодар, Казахстан,  
irada95-95@mail.ru, paktanv@mail.ru

Наиболее распространенным поведенческим расстройством у детей является синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). В статье представлен анализ научных работ как зарубежных, так и отечественных исследователей по проблеме СДВГ у детей младшего школьного возраста. Проведен эксперимент с 32 детьми одной из школ Павлодара. Представлены полученные данные об изменениях характера отношений к ребенку, его поведенческим стереотипам восприятия и понимания в результате реализации специальной программы психологической помощи родителям. Результаты проведенного исследования позволяют дифференцированно подходить к психокоррекционной деятельности с такими детьми.

*Ключевые слова:* синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), страхи, агрессивность, тревожность, психологическая диагностика, эмоциональная сфера, психолого-педагогическая коррекция.

### ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования проблемы детей с проявлениями дефицита внимания и гиперактивности обусловлена высокой частотой обращения родителей за психологической помощью. Н.Я. Семаго утверждает, что повышенной степенью выраженности гиперактивного поведения страдают около 5% детей школьного возраста, при этом наблюдается тенденция к увеличению количества детей с данным расстройством, как правило, это дети с поведенческими расстройствами по типу синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) [1; 47]. По данным различных авторов, СДВГ встречается у 2–18 % школьников [2; 224]. Согласно данным American Psychiatric Association, 3–5 % детей имеют СДВГ (2 млн. детей в США). По данным российских ученых СДВГ проявляется у 7,6 % детей. У мальчиков СДВГ встречается в 4,5 раза чаще, чем у девочек [3]. В Республике Казахстан аналогичные исследования проводились неоднократно. По мнению, М.Т. Казбекова частота СДВГ среди детей Казахстана составляет от 4,0 до 9,5% [4; 85].

Результаты исследований эмоциональной сферы гиперактивных детей отражены в трудах российских ученых (Гришина Н.В., Несмелова М.Ю., Громова О.Н., Большакова А.Г., Гребенникова Л.Р.), казахстанских исследователей (Тажибаева Т.Т., Темирбекова А., Балаубаева С., Садыкова Т.С., Кудайкулова М.Э., Сабырова Т.С.), а также данная проблема представлена в работах немецких социологов Г. Зиммеля, Р. Дарендорфа, Л. Козера.

*Объект* нашего исследования – семьи с детьми младшего школьного возраста, имеющими дефицит внимания и гиперактивности.

*Предметом* исследования являются особенности эмоциональной сферы младшего школьника с СДВГ.

*Цель* исследования - изучить особенности эмоциональной сферы у младших школьников с СДВГ, разработать программу коррекции эмоциональных состояний младших школьников с СДВГ.

*Гипотеза* исследования состоит в предположении, что эмоциональная сфера младших школьников с СДВГ характеризуется низкой экологической адаптивностью, повышенной тревожностью и агрессивностью.

*Задачи исследования:*

- провести теоретический анализ литературы по исследуемой проблеме;
- исследовать возможные способы коррекции эмоционального состояния детей с СДВГ;
- изучить особенности эмоциональной сферы младших школьников с СДВГ;
- разработать программу коррекции эмоциональных состояний младших школьников с СДВГ

с использованием сказкотерапии.

*Методы* исследования: теоретический анализ по изучаемой проблеме; тестирование (методика Р.В. Овчаровой ранжирования признаков средовой адаптации/дезадаптации ребенка, тест Филиппа по определению тревожности в младшем школьном возрасте, опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (далее - АСВ) Э.Г. Эйдемиллера и В.В. Юстицкиса и теста-опросника родительского отношения («ОРО») А.Я. Варги – В.В. Столина, ранговая корреляция Спирмена.

Исследование проводилось на базе КГУ «СОШ № 21» г. Павлодар. Выборку составили дети младшего школьного возраста 7-8 лет в количестве 32, из них 16 учеников с проявлениями синдрома дефицита внимания и гиперактивности (первая группа испытуемых) и 16 учащихся без проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности (вторая группа испытуемых).

## ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

В последнее время в Казахстане и во всем мире наблюдается рост детской гиперактивности. По данным большинства зарубежных эпидемиологических исследований, его частота среди детей дошкольного и школьного возраста составляет от 4,0 % до 9,5 %. Гиперактивность, наряду с невнимательностью и импульсивностью, - это одно из клинических проявлений СДВГ (синдрома дефицита внимания с гиперактивностью), она же является основным проявлением заболевания в младшем школьном возрасте. К 14 - 15 годам гиперактивность постепенно уменьшается, однако не «исчезает» окончательно: если проявления гиперактивности и импульсивности снижаются с возрастом, то нарушения внимания только нарастают [5].

Н.Н. Заваденко отмечает, что согласно последним исследованиям, для обозначения данного состояния больше подходит определение «гиперактивное расстройство с дефицитом внимания» (далее – ГРДВ) [6; 41].

Синдром детей с гиперактивным поведением рассматривается большинством исследователей (З. Трусаль, В.М. Трошин, А.М. Радаев, Ю.С. Шевченко, Л.А. Ясукава) как синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Это обозначение общепринято в Казахстане. Между тем Н.Н. Заваденко отмечает, что согласно последним исследованиям, определение «гиперактивное расстройство с дефицитом внимания» (далее-ГРДВ) более подходит для данного состояния [7; 27]. Ряд ученых, таких как Н.Н. Заваденко, А.Л. Сиротюк, Ю. Шевченко и др. обратили внимание на три основных блока СДВГ: гиперактивность, расстройства внимания и импульсивность. СДВГ в основном проявляется двигательной расторможенностью, дефектами концентрации внимания, рассеянностью, импульсивным поведением и проблемами во взаимоотношениях с окружающими [7; 87]. В то же время гиперактивные дети имеют нормальный или высокий интеллект, но чаще всего плохо успевают в школе. Помимо трудностей в обучении и низкой успеваемости, эти нарушения сказываются на неуверенности в себе и низкой самооценки.

Основными причинами гиперактивности у детей, прежде всего, являются патология беременности, родов, инфекции и интоксикации первых лет жизни ребенка, генетическая обусловленность. В 85% случаев гиперактивности диагностируется патология беременности и/или родов [8; 64].

Психологи выделяют следующие признаки, являющиеся диагностическими симптомами гиперактивных детей: беспокойные движения в руках и ногах. Сидит на стуле, корчится, извивается; при необходимости не может усидеть на месте; легко отвлекается на посторонние раздражители; с трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе (на занятиях, во время экскурсий и праздников); часто отвечает на вопросы не задумываясь, не дослушав их до конца; при выполнении предложенных заданий испытывает трудности (не связанные с негативным поведением или непониманием); испытывает трудности с поддержанием внимания при выполнении заданий или во время игр; часто переходит от одного незаконченного действия к другому; не может играть спокойно; разговорчив; часто мешает другим, пристаёт к другим (например, мешает другим детским играм); часто кажется, что ребенок не слушает обращенную к нему речь; часто теряет вещи, необходимые в детском саду, школе, дома, на улице; часто не может сосредоточиться на работе; иногда он делает опасные вещи, не думая о последствиях, но он не ищет специально приключений или острых ощущений (например, он выбегает на улицу, не оглядываясь).

Трудности в организации поведения и поддержании внимания обычно четко выявляются у таких детей задолго до поступления в школу, начиная с трех-четырех лет. Условия учебного процесса только увеличивают их проблемы. Потому что повышенные требования начинают предъявляться к тем свойствам, которые дети нарушили. Как отмечает А. Л. Сиротюк, нарушения внимания могут проявляться в трудностях его удержания, в снижении избирательности и выраженной дистракции с частым переключением с одной деятельности на другую [9; 34].

Таким образом, неправильное развитие гиперактивных детей в дошкольном и младшем школьном возрасте может привести к нарушению процесса социализации, нарастанию не только школьной, но и более широкой социальной дезадаптации.

Эмоциональное развитие гиперактивных детей отстает в сравнении с показателями здоровой группы соответствующего возраста. Для таких детей характерны заниженная самооценка, низкие самоконтроль и произвольная регуляция, а также повышенный уровень тревожности [10; 124], что было исследовано в нашем эксперименте. Спокойные обстановка и детско-родительские отношения в семьях приводят к тому, что деятельность гиперактивных детей, в том числе школьная становится более успешной. Эмоции детско-родительских отношений оказывают значительное влияние на разные сферы деятельности этих детей [11; 37]. Нами в исследовании изучались эмоции детско-родительских отношений средней интенсивности, которые активизировали школьную деятельность, но при дальнейшем повышении эмоционального фона деятельность гиперактивных детей подвергалась риску дезорганизации.

### Результаты и их обсуждение

Исследования проводились в школе № 21 г. Павлодар с участием младших школьников в возрасте от 7 до 8 лет, выборка составила 32 учащихся.

Анализ результатов исследования уровня адаптированности в группах испытуемых представлен на рисунке 1.

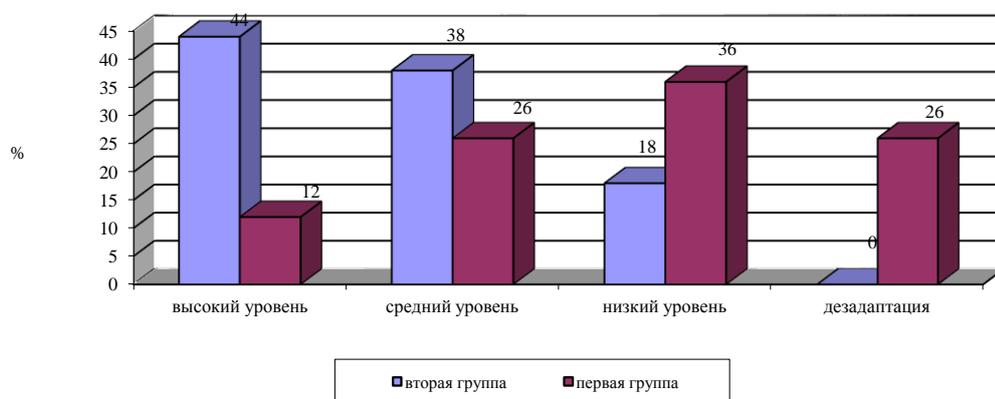


Рисунок 1 – Результаты изучения средовой адаптированности у испытуемых

Из результатов изучения средовой адаптации следует, что 12% детей с СДВГ (первая группа) имеет высокий уровень адаптированности, 26 % - средний, и значительное число детей с СДВГ имеют низкий уровень адаптации (36%).

В успешной социальной адаптации таких детей большая роль отводится родителям, так как улучшение состояния гиперактивного ребенка зависит не только от коррекционных мер, оказываемых профильными специалистами, но и от адекватного отношения к нему со стороны значимых взрослых. Иными словами, семья должна стать особой коррекционной средой для гиперактивного ребенка. Внутрисемейные условия и, прежде всего, воспитательные установки родителей должны быть сориентированы на оптимальное развитие ребенка с психофизиологическими особенностями. Для этого, с одной стороны, родителям гиперактивного ребенка необходимо осознавать, что особенности его поведения, проблемы произвольной регуляции порождены определенными недостатками в функционировании его нервной системы, а педагогам и психологам образовательного учреждения, с другой стороны, – понимать специфику воспитательных установок в его семье. Результаты проведения теста Филипса по определению

тревожности в младшем школьном возрасте представлены на рисунке 2.

Исследование уровня тревожности детей с СДВГ показало, что по сравнению с детьми без проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности они более подвержены страхам и тревогам. Они носят характер вторичных нарушений, то есть связаны с конфликтными ситуациями в школе и дома, трудностями взаимоотношений с окружающими, проявляются неуверенностью детей с СДВГ в себе, боязнью новых ситуаций, нежеланием посещать школу, навязчивыми действиями (сосет палец, грызет ногти, кусает губы и т.д.).

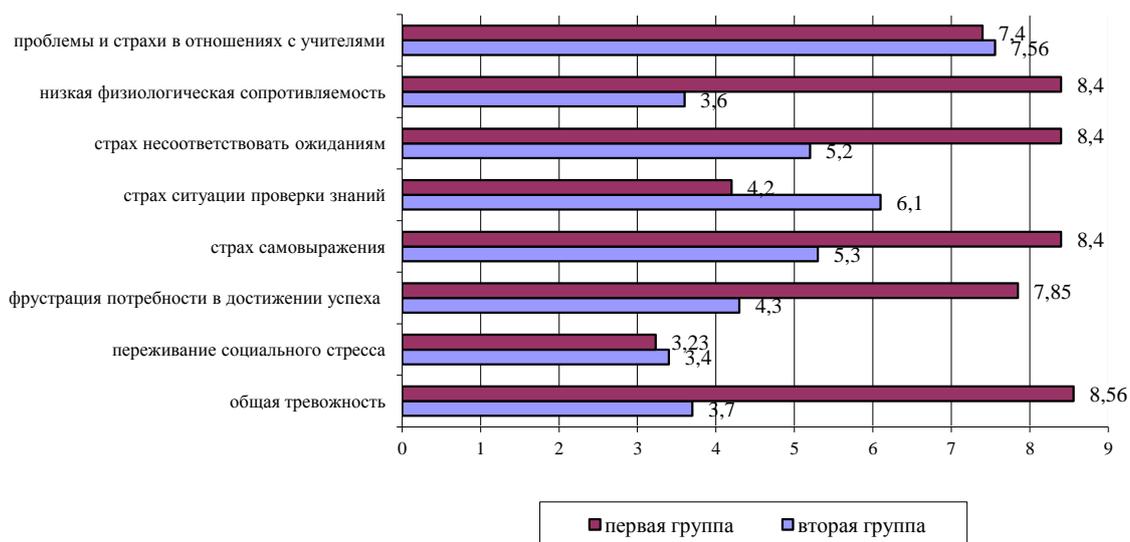


Рисунок 2 – Результаты изучения школьной тревожности у испытуемых

Таким образом, средние значения детей с СДВГ по шкалам методики свидетельствуют о переживании сильной фрустрации потребности в достижении успеха (7,85), страха самовыражения (8,4) и страхов в отношениях с учителями (7,4), что указывает на неблагоприятный психический фон, не позволяющий ребенку развивать свои потребности в успехе, в достижении высокого результата. Негативные эмоциональные переживания ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей, а также общий негативный эмоциональный фон отношений со взрослыми в школе, снижают успешность обучения ребенка.

Страхи и опасения у детей с СДВГ обусловлены несложившимися отношениями со сверстниками и со старшими. Недостаточная психолого-педагогическая компетентность педагогов, родителей, выражается в том, что они требуют от ребенка высоких результатов, наказывают его, препятствует преодолению возникших трудностей. Американские исследователи Бергер и Карлсон отмечают: «В контексте США пороговое значение, в первую очередь, имеет значение, потому что формулы, используемые для установки обязательств по уходу за ребенком родителями, различаются в зависимости от процента времени с каждым родителем» [12; 481].

Особенности родительских установок в отношениях с детьми анализировались по первым 11 шкалам опросника «АСВ», поскольку они отражают отдельные особенности семейного воспитания. Различия между показателями матерей детей с нормативным поведением и матерей детей с признаками гиперактивности статистически значимы ( $p \leq 0,01$ ) и отражены в таблице 1.

Таблица 1 - Результаты опроса матерей по методике «АСВ»

Шкалы	Матери детей	Матери	Критическое
-------	--------------	--------	-------------

	с норм. поведением	детей с СДВГ	значение по шкале
Гиперпротекция (Г+)	5,1	5,5	7
Гипопротекция (Г-)	2,8	3,7	8
Потворствование (У+)	4,5	3,5	8
Игнорирование потребностей ребенка (У-)	1	1,3	4
Чрезмерность требований-обязанностей ребенка (Т+)	1,4	3,8	4
Недостаточность требований-обязанностей ребенка (Т-)	2,3	2,2	4
Чрезмерность требований-запретов (З+)	2	3,7	4
Недостаточность требований-запретов (З-)	1,5	2,3	3
Чрезмерность санкций (С+)	1,3	3,8	4
Минимальность санкций (С-)	3,3	2,8	4
Неустойчивость стиля воспитания	1,6	2,7	5

В ходе обследования матерей детей с гиперактивностью по методике «АСВ» было установлено, что у двух из них наблюдается завышенное значение по шкале «Гиперпротекция». Шесть матерей предъявляют завышенные, не соответствующие возможностям ребенка, требования к своим детям, ограничивая их свободу и самостоятельность, многое запрещают детям, подавляют их активность, о чем свидетельствуют высокие значения по шкалам «Чрезмерность требований, обязанностей» и «Чрезмерность требований-запретов».

Результаты матерей этой же исследуемой группы обнаружили завышенные значения показателей шкалы «Чрезмерность санкций» (С+), что может свидетельствовать о строгих наказаниях и возможном жестком обращении с ребенком. Такое воспитание для ребенка с СДВГ является наиболее неблагоприятным, более того, подобное отношение к гиперактивному ребенку в силу его импульсивности и конфликтности может вести к протестному поведению, вызывающему дополнительные родительские санкции. Результаты опроса показали, что две матери гиперактивных детей продемонстрировали позицию, противоположную описанной выше (шкала «Недостаточность требований-запретов» и шкала «Минимальность санкций»), что свидетельствует о попустительском стиле воспитания, когда многое разрешается, и ребенок не наказывается. Только одна мать этой группы не использует (или почти не использует) наказания, стремясь больше поощрять хорошие поступки ребенка.

Таким образом, в группе матерей детей с признаками гиперактивности представлены особенности эмоциональной сферы в детско-родительских отношениях по типу доминирующей гиперпротекции (Г+, Т+, З+, С+/-) и эмоционального отвержения с признаками жесткого обращения (Т+, З+, С+). Такие детско-родительские отношения не способствуют развитию личности ребенка. Нами была обнаружена и противоположная родительская позиция (Г-, С-), которая является неблагоприятной для развития ребенка, не развивающей способности к саморегуляции и самоконтролю, не способствующей пониманию приемлемого и неприемлемого поведения.

Результаты применения опросника «АСВ» были дополнены данными, полученными на основе методики «ОРО» А.Я. Варги - В.В. Столина и представленными в таблице 2.

**Таблица 2** - Результаты методики «ОРО» Варги А.Я. – Столина В.В.

Шкалы	Матери детей с нормальным поведением	Матери детей с СДВГ
Принятие/отвержение	24,8	20,6
Кооперация	6,25	3,6
Симбиоз	4,1	3
Авторитарный контроль	3,4	5,75
Отношение к неудачам ребенка	3,5	5,8

Результаты анализа показателей по методике «ОРО» фиксируют высоко значимые различия между матерями гиперактивных детей и матерями детей с нормативным поведением только по шкалам «Авторитарный контроль» и «Отношение к неудачам ребенка» и менее выраженные

различия по шкалам «Кооперация» и «Принятия-отвержения».

Результаты нашего исследования подтвердили, утверждения Габдракипова В.И. и Эйдемиллера Э.Г. [13; 3], что матери детей с признаками гиперактивности в сравнении с матерями детей, имеющих нормативное поведение, ведут себя по отношению к ребенку авторитарно, предъявляют к нему завышенные требования, используют чрезмерные запреты и санкции, они в меньшей степени склонны принимать его особенности и уважать его индивидуальность. По-видимому, родители, стремясь компенсировать недостаточно развитые у их детей функции саморегуляции и контроля в поведении, берут часть этих функций на себя. Однако завышенные требования, ограничения и запреты родителей способствуют росту внутреннего напряжения у ребенка, усилению тревожности и напряжения, и как следствие - социальной дезадаптации. Эти процессы взаимосвязаны, усиливая друг друга и углубляя деформацию отношений матери и ребенка. Между тем, как уже было отмечено, от того, насколько благополучно складываются детско-родительские отношения в семье гиперактивного ребенка, в существенной степени зависит перспектива компенсации СДВГ.

Таким образом, в программу консультирования родителей ребенка с гиперактивностью необходимо включать компоненты, ориентированные на понимание генеза нарушений поведения, формирование адекватных его особенностям требований и на ограничение жесткого контроля. Необходимо способствовать родительскому осознанию того, что ребенку с СДВГ необходимо пространство для проявления самостоятельности и независимости [14; 144]. Следовательно, диагностика и психологическая коррекция детско-родительских отношений должны быть основой специальных программ психологической помощи родителям детей с СДВГ.

Какие **рекомендации** можно дать родителям гиперактивного ребенка и тем самым помочь им в процессе их воспитания?

Первая группа рекомендаций относится к внешней стороне поведения взрослых близких к ребенку:

- старайтесь как можно больше сдерживать свои бурные эмоции, особенно если вы расстроены или недовольны поведением ребенка. Эмоционально поддерживайте детей во всех попытках конструктивного, позитивного поведения, какими бы незначительными они ни были. Развивайте интерес к более глубоким знаниям и пониманию ребенка;

- избегайте категоричных слов и выражений, резких оценок, упреков, угроз, которые могут создать напряженную ситуацию и вызвать конфликт в семье. Старайтесь реже говорить «нет», «не могу», «стоп» - лучше постарайтесь переключить внимание малыша, и по возможности делайте это легко, с юмором;

- следите за своей речью, старайтесь говорить спокойным голосом. Гнев и негодование нелегко контролировать. Выражая недовольство, не манипулируйте чувствами ребенка и не унижайте его.

Вторая группа рекомендаций касается организации окружающей среды и окружающей среды в семье:

- по возможности постарайтесь выделить ребенку комнату или ее часть для учебы, игр или одиночества (то есть свою собственную «территорию»). В дизайне желательно избегать ярких цветов, сложных композиций. На столе и в ближайшем окружении ребенка не должно быть отвлекающих предметов. Гиперактивный ребенок не способен сделать так, чтобы ничто внешнее его не отвлекало;

- организация всей жизни должна оказывать успокаивающее воздействие на ребенка. Для этого вместе с ним составьте распорядок дня, следуя которому, проявите как гибкость, так и настойчивость;

- определить обязанности ребенка и держать их под постоянным наблюдением и контролем, но не слишком жестко. Отмечайте и хвалите его усилия чаще, даже если результаты далеки от совершенства.

Третья группа рекомендаций направлена на активное взаимодействие ребенка с близким взрослым, на развитие способности как взрослого, так и ребенка чувствовать друг друга, сближаться эмоционально. И здесь самое главное занятие для детей-игра-абсолютно незаменима, потому что она близка и понятна ребенку. Использование эмоциональных воздействий, содержащихся в интонации голоса, мимике, жестах, форме реакции взрослого на свои действия и действия ребенка,

доставит обоим участникам большое удовольствие [15, с.22].

В целом приемы модификации поведения детей с гиперактивностью можно свести к следующему: в отношениях с ребенком следуйте «позитивной модели». Хвалите его, когда он этого заслуживает, подчеркивайте успех. Это укрепляет уверенность ребенка в себе и самоуважение; разговаривайте с ребенком всегда сдержанно, спокойно, мягко; дайте ребенку только одно задание на определенный период времени, чтобы он мог его выполнить; используйте визуальную стимуляцию для подкрепления устных инструкций.; поощряйте ребенка ко всем видам деятельности, требующим концентрации (например, работа с блоками, раскрашивание, чтение); поддерживайте четкий распорядок дня дома. Питание, домашние задания и время сна должны быть установлены в соответствии с вашим ежедневным расписанием; избегайте толпы, если это возможно. Быть в больших магазинах, рынках, ресторанах и т. д. оказывает чрезмерно стимулирующее воздействие на такого ребенка; во время игр ограничьте ребенка одним партнером. Избегайте беспокойных, шумных приятелей; оберегайте своего ребенка от переутомления, так как это приводит к снижению самоконтроля и повышенной гиперактивности. дайте ребенку возможность потратить дополнительную энергию. Ежедневные физические нагрузки на свежем воздухе, длительные прогулки, бег, занятия спортом, игры полезны; всегда учитывайте недостатки ребенка.

Каждый учитель, работающий с гиперактивным ребенком, знает, сколько неприятностей он причиняет другим. Однако это только одна сторона медали. Мы не должны забывать, что сам ребенок страдает в первую очередь. Ведь он не может вести себя так, как требуют взрослые, и не потому, что не хочет, а потому, что его физиологические возможности не позволяют ему этого делать. Такому ребенку трудно долго сидеть спокойно, не ерзать, не разговаривать. Постоянные крики, замечания и угрозы наказания, которыми так щедро одаривают взрослые, не улучшают его поведения, а иногда даже становятся источниками новых конфликтов. Кроме того, такие формы воздействия могут способствовать формированию у ребенка «отрицательных» черт характера. В результате страдают все: и ребенок, и взрослые, и дети, с которыми он общается.

Родителям таких детей рекомендуется найти кружок, секцию, где ребенок сможет почувствовать свой успех. И родители поймут, что есть за что хвалить ребенка. А для гиперактивных детей это очень важно.

Хвалите их каждый раз, когда они этого заслуживают: за их талант, за их усилия, за их помощь, даже если то, что они сделали, несовершенно. Дайте им уверенность и оптимизм. Не скупитесь на слова любви к ним! Непоседы должны четко знать, что есть люди, которые любят их и принимают такими, какие они есть, несмотря ни на что [16, с.91].

Исследование детско-родительских отношений в семьях детей с СДВГ выявило следующее. Если родители выбирают неконструктивный и неадекватный подход в своих отношениях с ребенком, ребенок ведет себя более агрессивно и может прибегать к уловкам ради собственной выгоды. Мы пришли к выводу, что с такими детьми нужно дружить, выбирать компромиссы в сложных ситуациях. Если родители выбирают авторитарный стиль взаимоотношений, то таким детям трудно адаптироваться в коллективе, они используют агрессию для достижения доверия.

Таким образом, в программу консультирования родителей ребенка с гиперактивностью необходимо включать компоненты, ориентированные на понимание генеза нарушений поведения, формирование адекватных его особенностям требований и на ограничение жесткого контроля. Необходимо способствовать родительскому осознанию того, что ребенку с СДВГ необходимо пространство для проявления самостоятельности и независимости. Следовательно, диагностика и психологическая коррекция детско-родительских отношений должны быть основой специальных программ психологической помощи родителям детей с СДВГ.

## ВЫВОДЫ

Наше исследование позволило сформулировать следующие выводы:

Результаты методики ранжирования признаков средовой адаптации (дезадаптации) ребенка Р.В. Овчаровой показали, что детям с СДВГ свойственен низкий уровень адаптированности, формирование неадекватных механизмов приспособления к обучению в школе, для таких учащихся свойственны нарушения в учебе и поведении.

Результаты теста Филиппа по определению тревожности в младшем школьном возрасте показали, что дети с СДВГ испытывают высокую общую тревожность в школе, страх несоответствия ожиданиям окружающих, низкую физиологическая сопротивляемость стрессу, а также страхи в отношениях с учителями.

Взаимоотношения ребенка с СДВГ и сверстников зависят от выбора родителями стиля отношений в семье. Наличие агрессивного, жесткого отношения к ребенку, чрезмерный контроль со стороны матери приводят к демонстрации агрессии, что препятствует эффективной коммуникации и взаимодействию со сверстниками.

#### Список литературы

- 1 Семаго М.М., Семаго Н.Я. (2011) Организация и содержание деятельности психолога специального образования. М.: АРКТИ. – 336 с.
- 2 Ha, A.P., Bergman, K.N., Davies, P.T., & Cummings, E.M. (2018) Parental postconflict explanations: implications for children's adjustment outcomes. *Family Court Review*, 56(2), 219–233.
- 3 Сухонослова О.Ю. (2013) Особенности коррекции синдрома гиперактивности с дефицитом внимания у детей. *Здоровье Казахстана. Медицинская газета*. 13 сентября. (Электронный ресурс) // <https://health-kz.com/2013/09/12/osobennosti-korreksii-cindroma-giperaktivnosti-s-defitsitom-vnimanija-u-detey/>
- 4 Казбекова М.Т. (2010) Внимание к детям, страдающим синдромом дефицита внимания и гиперактивности // *Наука и здравоохранение*. №4. С. 85-86.
- 5 *Guiding Principles for the Diagnosis and Treatment of Attention Deficit / Hyperactivity Disorder*. - Washington: The Attention Deficit Disorder Association, 2006.
- 6 Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учебное пособие для вузов. – М.: «Академия», 2005. – 136 с.
- 7 Альтхерр П., Берг Л., Вельфль А., Пассольт М. (2004) Гиперактивные дети. Коррекция психомоторного развития. – М: Издательский центр «Академия». – 160 с.
- 8 Заваденко Н.П. (2000) Диагноз и дифференциальный диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей // *Школьный психолог*. № 4. С. 64-68.
- 9 Сиротюк А.Л. (2002) Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. М.
- 10 Психология семейных отношений с основами семейного консультирования (2004) Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.И. Артамонова, Е.В. Екжанова, Е.В. Зырянова и др. Под ред. Е.Г. Силяевой. 2-е изд., стереотип. Москва: Издательский центр "Академия". - 488с.
- 11 Политика О.И. (2005) Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. СПб.: Речь. – 208 с.
- 12 Berger, L.M., Carlson M.J. (2020) Family policy and complex contemporary families: A decade in review and implications for the next decade of research and policy practice. *Journal of Marriage and Family* 82 (1), 478-507.
- 13 Габдракипова В.И., Эйдемиллер Э.Г. (2009) Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. М.: УЦ "Перспектива". – 44 с.
- 14 Моница Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С. (2007) Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция. СПб.: Речь. – 186 с.
- 15 Кучма В.Р., Платонова А.Г. (1997) Дефицит внимания с гиперактивностью у детей в России. - М.: РАРОГЪ. - 67 с.
- 16 Чумаков М.В. (2012) Развитие эмоционально-волевой сферы личности. Курган: Изд-во КГУ. - 124 с.

#### Назар тапшылығы және гипербелсенділік синдромы бар бастауыш сынып оқушыларының эмоционалдық саласын қалыптастырудағы балалар мен ата-ана қатынастарының рөлі

*И.С. Шаймарданова, Т.В. Пак*

Павлодар мемлекеттік педагогикалық университеті, Павлодар, Қазақстан  
irada95-95@mail.ru, paktanv@mail.ru

Балалардағы ең көп таралған мінез-құлықтық бұзылулар назар тапшылығы және гипербелсенділік синдромы (СДВГ) болып табылады. Мақалада кіші мектеп жасындағы балалардың СДВГ мәселесі бойынша шетелдік және отандық зерттеушілердің ғылыми жұмыстарының талдауы ұсынылған. Павлодар мектептерінің бірінің 32 баласымен эксперимент жүргізілді. Балаға қарым-қатынас сипатының өзгеруі, ата-

аналарға психологиялық көмектің арнайы бағдарламасын іске асыру нәтижесінде қабылдау мен түсінудің мінез-құлықтық стереотиптері туралы алынған мәліметтер ұсынылған. Жүргізілген зерттеу нәтижелері осындай балалармен психокоррекциялық қызметке саралап қарауға мүмкіндік береді.

**Түйін сөздер:** назар тапшылығы және гипербелсенділік синдромы (СДВГ), қорқыныш, агрессивтілік, мазасыздық, психологиялық диагностика, эмоциялық сала, психологиялық-педагогикалық түзету.

### **The role of child-parent relationships in the formation of the emotional sphere of primary school children with attention deficit hyperactivity disorder**

*I.S. Shaimardanova, T.V. Pak*

Pavlodar State Pedagogical University, Pavlodar, Kazakhstan  
irada95-95@mail.ru, paktanv@mail.ru

The most common behavioral disorder in children is attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). The article presents an analysis of scientific works of both foreign and domestic researchers on the problem of ADHD in primary school children. An experiment was conducted with 32 children from one of the schools in Pavlodar. The obtained data on changes in the nature of attitudes to the child, his behavioral patterns of perception and understanding as a result of the implementation of a special program of psychological assistance to parents are presented. The results of the study allow a differentiated approach to psychocorrective activities with such children.

**Keywords:** attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), fears, aggression, anxiety, psychological diagnostics, emotional sphere, psychological and pedagogical correction.

Поступила в редакцию 20.01.2020

**6 - бөлім**  
**ӨНЕР ЖӘНЕ МӘДЕНИЕТ**

**Раздел 6**  
**ИСКУССТВО И КУЛЬТУРА**

**Section 6**  
**ART AND CULTURE**