

# Эффективность телесно-ориентированной психотехники в решении проблем психомоторного развития детей 4–5 лет с признаками СДВГ

**Чернигина Е. В.\***,

педагог-психолог государственного образовательного учреждения д/с № 2380

**Горшкова Е. В.\*\***,

кандидат педагогических наук, доцент кафедры дошкольной педагогики и психологии Московского городского психолого-педагогического университета

Статья написана на основе дипломного исследования; посвящена изучению проблемы психомоторного развития детей, имеющих признаки синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, и использованию методов телесно-ориентированной психотехники в психолого-педагогической работе с ними. Раскрываются особенности психики, поведения и основные трудности таких детей. Описывается разработанный для исследования комплекс методик диагностики психомоторного развития детей 4–5 лет с признаками СДВГ. Подтверждена гипотеза, что использование методов телесно-ориентированной психотехники оказывает коррекционное воздействие на ряд компонентов психомоторики детей этой категории, помогая компенсировать их отставание от возрастной нормы.

**Ключевые слова:** синдром дефицита внимания с гиперактивностью, психомоторика, динамическая и статическая координация, преодоление двигательного автоматизма, контроль импульсивности, телесно-ориентированная психотехника.

Интерес к проблемам детей, страдающих **синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)**, значительно вырос в 70–80 гг. XX в., что было обусловлено результатами анализа практических проблем, возникающих у детей в связи с началом обучения в школе, требующего от первоклассника достаточно высокого развития его личности, интеллекта, социаль-

ной адаптации, психофизического здоровья в целом.

В последние годы проблемы детей с СДВГ встают особо остро: доля таких детей может достигать до 17–25 % от общего числа школьников (Е. В. Мурашова, И. П. Брызгунов, Н. Н. Заваденко). Это связано с введением школьного обучения с шести лет и появлением различных лицеев, гимназий,

\* chernichka\_iva@mail.ru

\*\* m-gor-ppu@yandex.ru

работающих по усложненным образовательным программам, т. е. требующих от учащихся большого напряжения психофизических сил.

Термин **синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)** введен в 30-е гг. Основным симптом – «нарушение внимания»: ребенок не может сконцентрироваться более или менее продолжительное время на каком-либо занятии, часто не завершает начатое. Это создает основу для возникновения трудностей в учебе.

Главной (но не единственной) причиной возникновения у детей СДВГ могут быть **минимальные мозговые дисфункции (ММД)** – относительно малая степень поражения ЦНС (в отличие от таких состояний, как ДЦП или умственная отсталость). При ММД задерживаются темпы развития функциональных систем мозга, обеспечивающих сложные интегративные функции (речь, внимание, память, восприятие), другие виды высшей психической деятельности. Подчеркивается, что СДВГ обусловлено общими нарушениями процессов самоконтроля и торможения *на высшем уровне регуляции психической деятельности*, но отнюдь не элементарными расстройствами восприятия, внимания и двигательных реакций [7].

По общему интеллектуальному развитию дети с СДВГ находятся на уровне нормы (или субнормы), но при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации. В связи с этим существует большая вероятность возникновения у них феномена школьной дезадаптации – ухудшение успеваемости, снижение интереса к учебе, а также появление тревожности, нарушение поведения и др.

Гиперактивные дети отличаются от своих сверстников повышенной подвижностью, невнимательностью, импульсивностью. Для них свойственны нарушения моторного контроля, проявляющиеся в виде статико-локомоторной и динамической недостаточности. Часто гиперактивность сочетается с недостаточной сформированностью мелкой моторики и навыков самообслуживания. При обучении письму могут

проявляться дисграфии (неправильное написание элементов букв, «зеркальное» письмо, недописанные буквы). Могут отмечаться нарушения координации в пространстве, неловкость, неуклюжесть. Все это порождает у него проблемы во взаимоотношениях с окружающими, понижает самооценку.

Все авторы, исследующие СДВГ, говорят о возможности проведения коррекционной работы с детьми. При этом достаточно эффективной наряду с медицинской и психотерапевтической оказывается и психолого-педагогическая помощь.

В литературе, посвященной изучению СДВГ, в основном рассматриваются проблемы детей школьного и старшего дошкольного возрастов. Однако для того чтобы более успешно проводить коррекционную работу с детьми, важно как можно более раннее выявление СДВГ – задолго до того, когда проявленные признаки синдрома станут вызывать серьезную тревогу за ребенка в связи с его неудачами в обучении. На наш взгляд, начинать и диагностику, и коррекцию можно с четырех лет, когда у детей появляются первые признаки гиперактивного поведения, прежде всего в психомоторной сфере: недостаточное развитие тонкой моторики, трудности при выполнении действий, требующих автоматизма и координации движений.

Логично предположить, что и диагностика выраженности признаков СДВГ, и их коррекция должны обязательно включать методы, связанные с двигательной сферой ребенка и отражающие уровень развития его психомоторики. К ним можно отнести методы телесно-ориентированной психотехники.

Понятие **«телесно-ориентированная психотехника»** встречается в литературе [11], но формулировки его содержания мы не нашли ни в одном источнике. Попытаемся дать свое определение, оттолкнувшись от содержания смежных с ним понятий: «психотехника» и «телесно-ориентированная психотерапия» [3].

В нашем исследовании под телесно-ориентированной психотехникой (для до-

школьников) понималось направление психолого-педагогической помощи, которое на основе знаний о психике ребенка решает практические задачи сглаживания (коррекции) его психологических проблем, рассматривая их в связи с особенностями функционирования его тела и характера протекания его движений, в том числе выразительных. Методами телесно-ориентированной психотехники мы называем различные направления работы, реализуемые с помощью определенных упражнений и соотвествующие той или иной задаче.

**Основная гипотеза исследования:** методы телесно-ориентированной психотехники оказывают коррекционное воздействие на психомоторное развитие детей 4–5 лет с признаками СДВГ – позволяют развить у них умение произвольно управлять своим телом, контролировать свою импульсивность, лучше понимать и различать на невербальном уровне эмоциональные переживания своих сверстников и взрослых.

Исследование проводилось в 2006 г. на базе ДОУ № 2380 общего профиля г. Москвы. Были обследованы 30 детей 4–5 лет.

На предварительном этапе исследования по итогам наблюдения за каждым из детей в повседневной жизни и по результатам анкетирования воспитателей и родителей (опросники J. Swanson, Н. Н. Заваденко [7; 9]) была выделена экспериментальная группа (ЭГ) – 10 дошкольников с характерными для СДВГ признаками (повышенная невнимательность, импульсивность, неусидчивость, эмоциональная неустойчивость), признаками трудного поведения (капризность, обидчивость, агрессивность, тревожность); почти у всех были трудности засыпания во время дневного сна, неумение выполнять координированные движения в танцах, физкультуре, низкое качество графических и аппликационных работ, неумение организовать самостоятельную свободную деятельность. Остальные 20 детей составили контрольную группу (КГ).

Далее проводился эксперимент в три этапа: констатирующая диагностика (Д1), формирование и контрольная диагностика (Д2).

## Констатирующая диагностика (Д1)

На этом этапе определялись уровни развития компонентов движений (статическая и динамическая координация, преодоление двигательного автоматизма, мелкая моторика, отсутствие синкинезий и такая особенность поведения, как контроль импульсивности) с целью выяснить особенности их развития у гиперактивных детей.

Эти компоненты движений описал М. О. Гуревич [5]. Приведем их краткие характеристики.

**Координация движений** – точность выполнения целостного двигательного акта (а не отдельных его элементов). В конечном итоге зависит от правильного функционирования всех систем организма. *Статическая координация* – это регуляция двигательных актов, удерживающих тело в состоянии статического равновесия. *Динамическая координация* – регуляция движений в смысле сохранения их точности при смещении тела (или частей тела) в пространстве.

**Преодоление двигательного автоматизма** определяет приспособление всего двигательного аппарата к данной изменяющейся ситуации. Особенно важно учитывать быстроту перехода от одной двигательной установки к другой, что является одной из предпосылок моторной ловкости.

**Мелкая моторика (точные движения)** обеспечивается благодаря выработке формул движения и способности их сохранения и автоматизации движений. Этот компонент – функция преимущественно высших лобных двигательных центров, которые дают движениям последовательность, непрерывность, необходимые при выполнении точных движений (в речи, письме, игре на музыкальных инструментах и способности к манипулированию предметами).

**Отсутствие синкинезий** (излишних сопровождающих движений) связано с точностью передачи моторных импульсов. Неточная передача провоцирует участие ненужных для данного движения мышц – синкинезии, которые затрудняют протекание основного движения.

**Контроль импульсивности.** Импульсивное поведение, или склонность действовать под влиянием внезапного побуждения, импульса [10], почти всегда присутствует у гиперактивных детей. Хотя оно в какой-то степени присутствует у всех детей до пяти лет, но у гиперактивных детей проявляется особенно ярко и сохраняется вплоть до достижения взрослого возраста (в норме оно практически исчезает к 6–7 годам). Нарушение контроля импульсивности характерно для детей с трудностями в удержании произвольного внимания.

Индивидуальные диагностические задания в нашем исследовании разрабатывались на основе тестов Н. Озерецкого [8]; такие задания в данной статье помечены «звездочкой» (\*). Они дополнялись заданиями, разработанными нами для эксперимента.

**1. Статическая координация\*.**

Принять неподвижную позу (пятка правой ноги примыкает к носку левой, стопы расположены по прямой линии – одна впереди другой), руки опущены вдоль тела, глаза закрыты. Время удержания позы – 10 сек (для детей 4–4,5 лет) и 15 сек (4,6–5 лет). Задание не выполнено, если ребенок теряет равновесие и сходит с места раньше времени.

**2. Динамическая координация\*.**

Прыгать по «дорожке» (5 м x 0,5 м), ограниченной двумя веревками, удерживая руки на поясе: прыжки на двух ногах (для детей 4–4,5 лет), прыжки на одной ноге (4,6–5 лет). Задание не выполнено, если ребенок три и более раз переходит на более легкий способ передвижения (например, шаги – вместо прыжков на двух ногах) и есть падения или заступы за границу «дорожки».

**3. Преодоление двигательного автоматизма.** Начинать и завершать по словесному сигналу быстрое перемещение в пространстве (детям 4–4,5 лет: быстрый бег; детям 4,6–5 лет: прыжки на двух ногах с продвижением). Цикл повторяется три раза

подряд. Задание не выполнено, если после сигнала («стоп») ребенок не может быстро затормозить движение или не реагирует на сигнал с первого раза.

**4. Мелкая моторика\*.** Перекладывание 20 монет (по одной) с поверхности стола в коробку (10 см x 10 см). Задание не выполнено, если ребенок захватывает монеты неточно (выпускает, роняет их, задевает соседние или сдвигает по поверхности до края стола для более удобного захвата); если при укладывании монет в коробку бросает их, не донося до дна, или промахивается мимо коробки.

**5. Отсутствие синкинезий\*.** Для детей 4–4,5 лет: ведущей рукой пожать кисть экспериментатора (рукопожатие) как можно сильнее. Для 4,6–5-летних: оскалить (показать) зубы. Задание не выполнено, если в движение вовлекаются мышцы не только «работающих» органов, но и других частей тела (лица).

**6. Контроль импульсивности.** В игре «Запрещенное движение» ребенок повторяет простые гимнастические движения по образцу взрослого, кроме одного (заранее «запрещенного»). Задание не выполнено, если ребенок воспроизводит «запрещенное» движение и повторяет эту ошибку в следующих циклах игры, даже несмотря на напоминание инструкции.

**Оценка.** Проводилась по двум показателям: 1) *выполнение структуры движения* (т. е. воспроизведение основных его фаз в определенной последовательности); 2) *качество выполнения движения* (т. е. характер его протекания, в частности, наличие или отсутствия ритмической организации, степень слаженности движений разных частей тела).

В зависимости от сочетания этих показателей определялись уровни выполнения – для каждого диагностического задания. В обобщенном виде *высокому* уровню со-

ответствуют безошибочное воспроизведение структуры движения и хорошее (даже высокое) качество его выполнения, благодаря которому движение выглядит ловким, грациозным, слаженным. Среднему уровню соответствует воспроизведение структуры движения с незначительными погрешностями и не очень хорошее качество его выполнения, из-за которого движение выглядит не очень ловким, угловатым. При низком уровне наблюдаются грубые ошибки в воспроизведении структуры движения, из-за чего само движение нарушается, приостанавливается, при этом о качестве говорить не приходится.

### Результаты констатирующего эксперимента<sup>1</sup>

Почти во всех заданиях дети ЭГ демонстрируют существенное отставание от своих сверстников из КГ. Больше всего оно наблюдается в преодолении двигательного автоматизма, динамической координации, контроле импульсивности. Не столь резкое отставание ЭГ от КГ выявлено в мелкой моторике и отставание в малой степени – при выполнении заданий на статическую координацию.

«Отсутствие синкинезий» – единственное задание, в котором ЭГ на этапе констатации приблизилась к результатам своих сверстников из КГ (условной возрастной норме): в обеих группах наибольшая часть детей показывает средний уровень (50 % – в ЭГ; 56 % – в КГ), и довольно у большого процента детей выявлен высокий уровень (30 % – в ЭГ; 44 % – в КГ). Поэтому можно заключить, что, в отличие от других компонентов движения, произвольное управление дифференцированными движениями у детей ЭГ, если и нарушено, то – минимально. Вероятно, это обусловлено, главным образом, несовершенством проекта движения из-за неточного (невнимательного) восприятия образца заданного движения.

При сравнении данных очевидно еще одно отличие детей ЭГ от детей КГ. У детей выявлено достаточно равномерное разви-

тие всех исследуемых показателей психомоторики: во всех заданиях у них преобладают уровни: высокий (от 44 до 56 %) или средний (от 32 до 56 %). А у детей ЭГ выявлена неравномерность психомоторного развития: они были относительно успешны, показав преимущественно средний уровень (50–60 %) в заданиях на отсутствие синкинезий, статическую координацию, мелкую моторику и контроль импульсивности; в то же время здесь у значительного большинства зафиксирован низкий уровень в преодолении двигательного автоматизма (70 %) и динамической координации (50 %). Вероятно, данный факт можно объяснить существенными затруднениями у детей ЭГ в смене двигательной установки в ответ на изменяющиеся условия ситуации (торможение установки «действовать по образцу» при виде «запрещенного» движения). Это может быть вызвано как недостаточным точным восприятием условий ситуации (из-за невнимательности), неудерживанием правила, так и замедленной реакцией на их изменение.

Если у детей КГ результаты по динамической и статической координации примерно одинаковы, то у детей ЭГ статическая координация развита лучше, чем динамическая: детям с признаками СДВГ относительно легче удерживать неизменную позу, чем точно выполнять движения при передвижении в пространстве с учетом предметных условий ситуации (большинство ошибок, снижающих результаты, были связаны с заступом за границы «дорожки»).

Итак, можно сделать вывод, что наибольшие трудности у детей с признаками СДВГ наблюдаются в смене двигательной установки при задаче перейти от активного движения к его торможению (по сигналу или условному запрету). Достаточно трудными для этих детей остаются точные движения (с сохранением равновесия) при перемещении тела в пространстве с учетом предметных условий ситуации, а также предметные действия, требующие точной координации движений рук в зависимости

<sup>1</sup> См. табл.

от предметных условий. И меньше всего трудностей (хотя они выявлены) – в сохранении устойчивого равновесия при неподвижной позе и в дифференцированном управлении движениями.

### **Формирующий эксперимент**

При создании системы занятий за основу был взят курс коррекционных занятий, предложенный И. Л. Арцишевской [1]; он был переработан для детей 4–5 лет, а также использовались разработки других авторов [4, 9, 12 и др.].

Игровые занятия с детьми ЭГ шли по подгруппам (5 человек), 1–2 раза в неделю. Было проведено 15 занятий с использованием методов телесно-ориентированной психотехники. Их структура представлена следующим образом.

#### **1. Встреча** (короткий «ритуал»).

Игры и упражнения в кругу с целью обратить внимание детей друг на друга при помощи контакта руками, взглядами, называния имен друг друга, интонационно-выразительного приветствия.

**2. Разминка.** Общеразвивающие упражнения (по показу взрослого), подвижные игры для детей 4–5 лет, требующие координировать свои движения с учетом предметных условий («Не задень», «Пройди по извилистой дорожке» и др.).

**3. Пальчиковые игры на развитие мелкой моторики.** Например, требующие точных прикосновений кончиками пальцев друг к другу («Очки»); или переплетение пальцев («Замок») и др.

**4. Подвижные игры на внимание** (выполнение правила, действия по сигналу), преодоление двигательного автоматизма и контроль импульсивности. Например, требуется быстро затормозить или начать движение («Замри»); дожидаться своей очереди, чтобы ответить на вопрос взрослого («Прошепчи на ухо») и др.

**5. Работа с голосом, дыхательные упражнения.** Протяжные звуко-

подражания голосом («Гудок пархода»), передача голосом эмоции («Плакса»); произвольное управление дыханием («Надуй шарик») и др. Дети учатся сознательно регулировать силу голоса, что способствует непроизвольному расслаблению мышц лица и тела, снятию психоэмоционального напряжения.

**6. Психогимнастика с последующим обсуждением в кругу.** Например, передача физических состояний («Холодно – жарко»), эмоций («Веселая пчелка»); развитие умения понимать партнера («Насос и мяч») и др.

**7. Игра на произвольное управление ритмической сменой мышечного напряжения и расслабления** («Потянулись – сломались», «Штанга»); упражнения на релаксацию мимических мышц («Надоедливый муха», «Лимон» и др.).

**8. Завершение.** Обсуждение в кругу: что детям особенно запомнилось (понравилось или нет) во время занятия.

### **Контрольная диагностика (Д2)**

Предлагались задания более сложные, чем на этапе констатации (Д1); по ряду заданий было два варианта – в зависимости от возраста детей.

**Статическая координация\*.** Требуется сохранять неподвижность позы (как в Д1) в течение 15 сек (детям 4,6–4,11 года) или 20 сек (5–5,5 лет).

**Динамическая координация\*.** Прыгать на одной ноге по «дорожке» (5 м), между двумя веревками; ширина «дорожки» – 0,5 м (детям 4,6–4,11 лет) или 0,4 м (5 – 5,5 лет); удерживать руки на поясе. Задание не выполнено, если ребенок больше двух раз переходил на более легкий способ передвижения (шаги или прыжки на двух ногах), если были остановки, падения или заступы на границу «дорожки».

*Преодоление двигательного автоматизма.* По сигналу «Прыгай!» передвигаться по кругу прыжками на двух ногах и останавливаться по сигналу «Стоп!» – этот цикл повторяется без пауз три раза. Задание не выполнено, если после сигнала («стоп») ребенок не тормозит движение.

*Мелкая моторика* [6]. Нанизывание на шнурок пуговиц (20 шт. диаметром 2 см). Задание не выполнено, если ребенок захватывает пуговицы неточно, выпускает, роняя их, задевая соседние или сдвигая по поверхности до края стола для более удобного захвата; не завершает задание.

*Отсутствие синкинезий\**. Оскалить зубы. Задание не выполнено, если в движение вовлекаются мышцы не только рта, но и других частей тела (лица).

*Контроль импульсивности.* Игра «Запрещенное движение» (как в

Д1), но с более сложным комплексом гимнастических движений.

Результаты контрольной диагностики и их сравнение с данными констатирующего эксперимента представлены в таблице.

У детей ЭГ выявлена положительная (но неравномерная) динамика развития всех исследуемых компонентов психомоторики. Существенно повысился уровень развития тех компонентов, по которым в констатации было наименьшее отставание – отсутствие синкинезий и статическая координация; по ним дети ЭГ почти приблизились к результатам своих сверстников из КГ.

Результаты по контролю импульсивности и мелкой моторике в ЭГ оказались практически одинаковыми, как до, так и после формирования, улучшившись совсем незначительно, по сравнению с констатацией (60–70 % детей показали средний уровень; 20 % – низкий и 10–20 % – высокий). В то же время в КГ при малом улучшении контроля импульсивности выявлено

Таблица  
Уровни психомоторного развития у детей среднего дошкольного возраста до и после формирующего эксперимента (в %)

Задания	1		2		3		4		5		6		
	Статическая координация		Динамическая координация		Преодоление двигательного автоматизма		Мелкая моторика		Отсутствие синкинезий		Контроль импульсивности		
Группы, уровни	Д1	Д2	Д1	Д2	Д1	Д2	Д1	Д2	Д1	Д2	Д1	Д2	
ЭГ	В	20	40	10	10	20	20	20	20	30	60	10	10
	С	50	50	40	80	10	40	50	60	50	20	60	70
	Н	30	10	50	10	70	40	30	20	20	20	30	20
КГ	В	44	50	50	56	50	63	56	75	44	63	44	50
	С	44	50	38	44	50	37	32	25	56	37	56	50
	Н	12	0	12	0	0	0	12	0	0	0	0	0

Обозначения: Д1 – констатирующая диагностика; Д2 – контрольная диагностика; ЭГ – экспериментальная группа, КГ – контрольная группа. Уровни: Н – низкий, С – средний, В – высокий.

весьма интенсивное развитие мелкой моторики – подавляющее большинство детей (75 %) здесь показали высокий уровень. Поэтому отставание детей ЭГ от детей КГ не только сохранилось, но и возросло.

По динамической координации у детей ЭГ выявлено заметное сокращение процента детей, показавших низкий уровень (с 50 до 10), в результате чего процент детей среднего уровня здесь удвоился (с 40 до 80). При этом в КГ улучшение результатов гораздо менее интенсивно. В итоге отставание детей ЭГ от детей КГ существенно сократилось, но не исчезло; тем не менее можно считать, что после формирования практически у всех детей ЭГ выявлена (условная) возрастная норма.

Наконец, результаты по преодолению двигательного автоматизма в ЭГ также значительно улучшились: число детей с низким уровнем сократилось, а число детей со средним уровнем возросло на 30 %. В сравнении с этим, у детей КГ, несмотря на явно меньшую интенсивность повышения результатов (на 13 %), данный компонент движения в целом был развит гораздо лучше – как в начале, так и в конце эксперимента. Кроме того, если у детей ЭГ сохранилось отставание от всех других ком-

понентов психомоторики, то у детей КГ – хоть и немного, но есть опережение в развитии динамической и статической координации, а также контроля импульсивности.

### **Основные выводы**

Гипотеза частично подтвердилась: использование методов телесно-ориентированной психотехники в психолого-педагогической работе с детьми 4–5 лет, имеющими признаки СДВГ, оказывает корректирующее воздействие на их психомоторное развитие, которое в нашем исследовании оказалось неравномерным.

Наиболее активно поддаются коррекции статическая и динамическая координация.

Наиболее проблемный компонент психомоторики – преодоление двигательного автоматизма, что говорит о больших трудностях у детей 4–5 лет с признаками СДВГ в смене двигательной установки при изменяющихся условиях ситуации.

В формировании наиболее эффективными оказались такие методы телесно-ориентированной психотехники, как произвольное управление голосом и дыханием, релаксация, психогимнастика, игры с правилами.

### **Литература**

1. Арцишевская И. Л. Работа психолога с гиперактивными детьми в детском саду. М., 2003.
2. Брызгунов И. П., Касатикова Е. В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. М., 2002.
3. Большой психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б. Г. Мещеряков и В. П. Зинченко. СПб., 2003.
4. Грибанов А. В., Волокитина Т. В., Гусева Е. А., Подopleкин Д. Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. М., 2004.
5. Гуревич Н. И. Компоненты психомоторики // Хрестоматия. Психология аномального развития ребенка / Сост. В. В. Лебединский, М. К. Бардышевская. М., 2002. Т.1.
6. Дневник воспитателя: развитие детей до-

школьного возраста / Под ред. О. М. Дьяченко, Т. В. Лаврентьевой. М., 1998.

7. Заваденко Н. Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. М., 2001.
8. Озерецкий Н. И. Метод массовой оценки моторики у детей и подростков. М., 1930.
9. Политика О. И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. СПб., 2005.
10. Психологический словарь / Авт.-сост. В. Н. Копорулина, М. Н. Смирнова, Н. О. Гордеева, Л. М. Балабанова / Под общ. ред. Ю. Л. Неймера. Ростов н/Д, 2003.
11. Свободное тело. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике. Серия «Телесно-ориентированная психотерапия». Вып. 3 / Ред.-сост. В. Ю. Баскаков. М., 2001.
12. Чистякова М. И. Психогимнастика. М., 1986.



## Effect of Body-Oriented Techniques on Psychomotor Development in 4–5-Year-Old Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

**Ye. V. Chernigina,**

*psychologist at the Kindergarten № 2380*

**Ye. V. Gorshkova**

*Ph.D. in Pedagogy, associate professor at the Chair of Preschool Pedagogy and Psychology, Moscow State University of Psychology and Education*

This article is based on a graduation research and focuses on psychomotor development in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and on the use of body-oriented therapy in psychological treatment of these children. The article reveals behavioural and psychological characteristics and main problems in children with ADHD; it also describes a series of techniques for exploring their psychomotor development. Results obtained in the research prove that using body-oriented therapy has a positive effect on certain psychomotor components in children with ADHD and helps to promote their development eliminating the gap between these children and their age peers.

**Keywords:** attention deficit hyperactivity disorder, psychomotor development, dynamic and static coordination, overcoming motor automatism, control over impulsiveness, body-oriented therapy.

### References

1. *Arcishevskaya I. L. Rabota psihologa s giperaktivnymi det'mi v detskom sadu. M., 2003.*
2. *Bryazgunov I. P., Kasatikova E. V. Deficit vnimaniya s giperaktivnost'yu u detei. M., 2002.*
3. *Bol'shoi psihologicheskii slovar' / Sost. i obsh. red. B.G. Mesheryakov i V. P. Zinchenko. SPb., 2003.*
4. *Gribanov A. V., Volokitina T. V., Guseva E. A., Podoplekin D. N. Sindrom deficita vnimaniya s giperaktivnost'yu u detei. M., 2004.*
5. *Gurevich N. I. Komponenty psihomotoriki // Hrestomatiya: Psihologiya anomal'nogo razvitiya rebenka / Sost. V. V. Lebedinskii, M. K. Bardyshevskaya. 2002. T.1.*
6. *Dnevnik vospitatel'ya: razvitie detei doskol'nogo vozrasta / Pod red. O. M. D'yachenko, T. V. Lavrent'evoi. M., 1998.*
7. *Zavadenko N. N. Kak ponyat' rebenka: deti s giperaktivnost'yu i deficitom vnimaniya. 2-e izd. M., 2001.*
8. *Ozereckii N. I. Metod massovoi ocenki motoriki u detei i podrostkov. M, 1930.*
9. *Politika O. I. Deti s sindromom deficita vnimaniya i giperaktivnost'yu. SPb., 2005.*
10. *Psihologicheskii slovar' // Avt.-sost. V. N. Kopolina, M. N. Smirnova, N. O. Gordeeva, L. M. Balabanova / Pod obsh. red. Yu. L. Neimera. Rostov n/D, 2003.*
11. *Svobodnoe telo. Hrestomatiya po telesno-orientirovannoi psihoterapii i psihotehnike / Red.-sost. V. Yu. Baskakov (Seriya "Telesno-orientirovannaya psihoterapiya". Vyp. 3). M., 2001.*
12. *Chistyakova M. I. Psihogimnastika. M., 1986.*