

**ОРТА ЖӘНЕ ОРТА БІЛІМНЕН КЕЙІНГІ БІЛІМ БЕРУ:
ОҚЫТУ МЕН ТӘРБИЕЛЕУДІҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ
СРЕДНЕЕ И ПОСЛЕСРЕДНЕЕ ОБРАЗОВАНИЕ:
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ**

МРНТИ 14.29.27.

<https://doi.org/10.51889/2959-5762.2023.80.4.026>

Пономарев Р.Д.,^{1} Жиенбаева Н.Б.¹*

¹*Казахский национальный педагогический университет им. Абая
г. Алматы, Казахстан*

**ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА
ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ И ЗАДЕРЖАННОГО ТИПА
ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ПОДРОСТКОВ**

Аннотация

В статье представлен анализ педагогических основ диагностики особенностей нейропсихологических нарушений у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и задержанным типом психического развития (ЗПР).

Методы исследования. комплекс специфических тестов для выявления особенностей синдрома дефицита внимания с гиперактивностью и задержкой психического развития.

Результаты: средний балл психических расстройств, полученный у детей с СДВГ, был в 3,45 раза выше; в 4,52 раза хуже навыки праксиса, в 2,13 раза хуже навыки гнозиса, в 6,03 раза хуже нейродинамика, в 3,61 раза хуже вербальные навыки и в 2,66 раза хуже когнитивные навыки по сравнению с детьми без СДВГ и ЗПР.

Научная новизна и теоретическая значимость работы: разработан комплексный и конструктивный подход к исследованию нервно-психического развития детей с СДВГ и ЗПР.

Практическая значимость работы. результаты иллюстрирует высокую распространенность нейродинамической дисфункции у детей с СДВГ, что свидетельствует о более низкой толерантности мозга к когнитивным нагрузкам, испытываемым ребенком в школе и приводящей к трудностям в обучении и социализации.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, задержанный тип психического развития, подростки, нейродинамические нарушения, мнестические расстройства.

Р.Д. Пономарев,^{1} Н.Б. Жиенбаева¹*

¹*Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық университеті.
Алматы қ., Қазақстан*

**ЗЕЙІН ТАПШЫЛЫҒЫНЫҢ ГИПЕРАКТИВТІЛІГІНІҢ БҰЗЫЛУЫН ЖӘНЕ
ЖАСӨСПІРІМДЕРДІҢ ПСИХИКАЛЫҚ ДАМУЫНЫҢ КЕШІКТІРІЛГЕН ТҮРІН
ЗЕРТТЕУДІҢ ПЕДАГОГИКАЛЫҚ НЕГІЗДЕРІ**

Аңдатпа

Мақалада зейін тапшылығы гиперактивтілігінің бұзылуы (АДГ) және психикалық дамуы тежелген (РДД) балалардағы жүйке-психикалық бұзылыстарды диагностикалаудың педагогикалық негіздеріне талдау берілген.

Зерттеу әдістері. зейін тапшылығының гиперактивтілігінің бұзылуының және ақыл-ойдың тежелуінің сипаттамаларын анықтауға арналған арнайы сынақтар кешені.

Нәтижелер: СДВГ бар балаларда алынған психикалық бұзылыстың орташа көрсеткіші 3,45 есе жоғары; Праксис дағдылары 4,52 есе нашар, гноздық дағдылар 2,13 есе нашар, нейродинамикалық дағдылар 6,03 есе нашар, ауызша сөйлеу дағдылары 3,61 есе нашар және когнитивті дағдылар 2,66 есе нашар АДГ және ЗПР жоқ балалармен салыстырғанда.

Жұмыстың ғылыми жаңалығы мен теориялық маңыздылығы: СДВГ және психикалық дамуы тежелген балалардың жүйке-психикалық дамуын зерттеудің кешенді және конструктивті тәсілі әзірленді.

Жұмыстың практикалық маңыздылығы. Нәтижелер СДВГ бар балаларда нейродинамикалық дисфункцияның жоғары таралуын көрсетеді, бұл баланың мектептегі когнитивті жүктемелеріне мидың төмен төзімділігін көрсетеді және оқу мен әлеуметтенуде қиындықтарға әкеледі.

Түйін сөздер: зейін тапшылығының гиперактивтілігінің бұзылуы, ақыл-ойдың артта қалуы, жасөспірімдер, нейродинамикалық бұзылулар, мнестикалық бұзылулар.

Ponomarev R.,^{1} Zhiyenbayeva N.¹*
¹Abai University, Almaty, Kazakhstan

PEDAGOGICAL BASES OF STUDYING ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND DELAYED TYPE OF MENTAL DEVELOPMENT OF ADOLESCENTS

Abstract

The article presents an analysis of the pedagogical basis for diagnosing the characteristics of neuropsychological disorders in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and delayed mental development (RDD).

Research methods. a set of specific tests to identify the characteristics of attention deficit hyperactivity disorder and mental retardation.

Results: The mean mental disorder score obtained in children with ADHD was 3.45 times higher; 4.52 times worse praxis skills, 2.13 times worse gnosis skills, 6.03 times worse neurodynamic skills, 3.61 times worse verbal skills and 2.66 times worse cognitive skills compared to children without ADHD and ZPR.

Scientific novelty and theoretical significance of the work: a comprehensive and constructive approach to the study of the neuropsychological development of children with ADHD and mental retardation has been developed.

Practical significance of the work. The results illustrate the high prevalence of neurodynamic dysfunction in children with ADHD, which indicates lower brain tolerance to the cognitive loads experienced by the child at school and leading to difficulties in learning and socialization.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, mental retardation, adolescents, neurodynamic disorders, mnestic disorders.

Основные положения. Проведенное нами исследование позволило вывести ряд положений:

– этиопатогенез синдром дефицита внимания с гиперактивностью и задержанным типом психического развития до сих пор плохо изучен.

– биологическими факторами, способствующие развитию СДВГ, являются генетическая предрасположенность, нарушение нейробиологической регуляции мозговой деятельности, атипичное развитие мозга и нейроанатомические аномалии.

– социальными факторами, способствующие развитию СДВГ являются эволюция информационного общества, новые глобальные тенденции, культурные обычаи, стили воспитания, семейные отношения.

Введение. Одной из важнейших и актуальных проблем специальной педагогики и клинической психологии является проблема нарушений психического развития: синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и задержанного типа психического развития (ЗПР), который можно отнести к наиболее распространенным поведенческим расстройствам у детей младшего подросткового возраста [1]. Распространенность СДВГ и ЗПР среди детей колеблется от 2 до 18% и зависит от исследуемой популяции и диагностических критериев [2]. По данным Центров по контролю и профилактике заболеваний, у 6,1 млн (9,4%) американских детей в возрасте 2–17 лет диагностирован СДВГ и ЗПР, причем почти половина этих случаев зарегистрирована у детей в возрасте 12–17 лет [3]. Интересно, что распространенность СДВГ и ЗПР неоднородна в разных географических регионах США. Например, распространенность СДВГ и ЗПР оценивается в 12,2% на Среднем Западе, 11,1% на Юге, 10,3% на Северо-Востоке и 7% на Западе [4]. Как правило, наиболее явные симптомы СДВГ и ЗПР проявляются у детей 6-7 лет, которые проходят очень важный этап – вместо обычного детского распорядка они начинают осваивать саморегуляцию в школе. СДВГ

и ЗПР является очень серьезным препятствием для адаптации ребенка к новой среде и прогресса в обучении [5-7]. В норме выраженность проявлений СДВГ и ЗПР снижается к 15 годам. Однако полностью симптомы не исчезают, а дефицит внимания становится более выраженным [6, 8]. Важно отметить, что субклинические проявления этого расстройства сохраняются на протяжении всей жизни почти у 20% больных [9]. СДВГ чаще встречается у мальчиков (случаи подтверждаются в 3-9 раз чаще, чем у девочек) [10,11]. Вероятно, это связано с тем, что мальчики более подвержены различным негативным воздействиям во время беременности и родов. Кроме того, полушария головного мозга младенцев женского пола обладают более высоким компенсаторным потенциалом по сравнению с таковыми у младенцев мужского пола [12,13]. Соотношение тенденций в распространенности СДВГ и ЗПР: высокий процент данных типов нарушений в детской популяции.

Этиопатогенез СДВГ и ЗПР до сих пор плохо изучен. Среди факторов, способствующих развитию СДВГ, ученые выделяют биологические и социальные [2,14,15]. Основными биологическими факторами являются генетическая предрасположенность [2,16], нарушение нейробиологической регуляции мозговой деятельности, атипичное развитие мозга и нейроанатомические аномалии [17]. Социальные факторы, способствующие развитию СДВГ, включают эволюцию информационного общества, новые глобальные тенденции, культурные обычаи, стили воспитания, семейные отношения и т. д. [5,14].

Отечественные и зарубежные классификации еще не сложили единого языка для понимания СДВГ и ЗПР. И как утверждают В.Б. Никишина и В.П. Глушкова целесообразно провести сравнительно-психологический анализ таких психических нарушений как СДВГ и ЗПР. Согласно еще действующей Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) (1995 г.) СДВГ выделен в отдельное заболевание в рубрике F90 - 98. F90 – гиперкинетические расстройства; F90,0 – нарушение активности и внимания. F90,1 – гиперкинетическое расстройство поведения. В системе DSM-4 применяется термин «синдром дефицита внимания». СДВГ проявляется тремя основными симптомами: гиперактивностью, импульсивностью и невнимательностью [5]. Как правило, ребенок с СДВГ часто переключается с одного вида деятельности на другой, испытывает трудности с выполнением задачи или задания, легко теряет терпение, испытывает двигательное беспокойство и проявляет различные стимулирующие формы поведения [18]. В целом клиническая картина СДВГ весьма разнообразна. Для детей с СДВГ также характерны плохой самоконтроль, эмоциональные и поведенческие нарушения, проблемы школьной адаптации и проблемы с общей адаптацией к новой или меняющейся среде, легкие когнитивные нарушения и др. [19-21]. В МКБ-10 задержанный тип психического развития назван как категория F80-89 – расстройства психологического (психического) развития. И с этого времени задержка психического развития не может использоваться в качестве медицинского диагноза и формально не может противопоставляться психическим расстройствам включая умственную отсталость и СДВГ.

Учитывая вышеизложенное, проблема СДВГ и ЗПР не только актуальна в контексте специальной педагогики и клинической психологии, но и представляет собой значимую социальную проблему, которую решают детские психиатры, психологи, невропатологи, педагоги. Поэтому очень важно разработать комплексный и конструктивный подход к исследованию СДВГ и ЗПР. Несмотря на то, что СДВГ и ЗПР не приводят к инвалидности или серьезным проблемам со здоровьем, они могут быть связаны с девиантным поведением и значительным психологическим дискомфортом, который испытывает как индивидуум, страдающий этим расстройством, так и окружающие его люди. Несмотря на обширное изучение многими исследователями, СДВГ и ЗПР недостаточно изучены с точки зрения этиопатогенеза, клинической картины, диагностики и лечения.

Цель исследования – выяснение клинической картины и психопатологии нейробиологического синдрома у подростков с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и задержанным типом психического развития.

Материалы и методы. В исследование были включены 97 детей в возрасте 8-10 лет (средний возраст $8,73 \pm 0,85$ года) с диагнозом синдром дефицита внимания и гиперактивности, которые составили экспериментальную группу. Среди детей, включенных в экспериментальную группу, было 68 (70,1%) мальчиков и 29 (29,9%) девочек. В контрольную группу вошли 45 практически здоровых детей соответствующего возраста (средний возраст $8,59 \pm 0,76$ года) без синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Из них 29 (64,4%) мальчиков и 16 (35,6%) девочек. Исследование началось в феврале 2019 года и завершилось в декабре 2020 года.

Для включения в исследование субъекты должны были соответствовать следующим критериям включения: возраст от 8 до 10 лет, наличие синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, раннее начало синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, задержанный тип психического развития и нормальное когнитивное развитие. Кроме того, от родителей каждого ребенка была получена форма добровольного информированного согласия, свидетельствующая об их согласии на участие ребенка.

Регистрация не проводилась для педиатрических пациентов, которые соответствовали следующим критериям исключения: острое начало синдрома дефицита внимания и гиперактивности; нарушение зрения или слуха; очаговая неврологическая симптоматика; неврологические заболевания. Кроме того, в исследование не включались пациенты с нейроинфекцией, аутизмом, умственной отсталостью, общим недоразвитием речи, дизонтогенетическими новообразованиями, тревожными расстройствами, депрессивным синдромом, психическими заболеваниями родителей, острой или хронической обостренной субкомпенсированной/декомпенсированной соматической патологией, онкологическими заболеваниями.

В ходе исследования применялся комплекс методов. В частности, это сбор клинико-анамнестических данных, наблюдение, объединение клинической картины и психопатологического профиля, психодиагностика, метод опроса, обзор литературы и анализ смысловых отношений.

Для выявления социальных и биологических факторов риска СДВГ и ЗПР использовали анкету раннего развития, которую заполняли родители. Анкета включала вопросы, касающиеся течения беременности матери, перинатального и раннего развития ребенка, а также особенностей характера ребенка, семейных проблем, проблем с одноклассниками, трудностей в обучении, с которыми сталкивается ребенок.

Диагноз СДВГ и его тяжесть верифицированы с помощью оценочных шкал Коннерса [22]. Для этого была применена полноформатная версия родительской формы, состоящая из 80 элементов. Каждый ответ ранжирует частоту определенного поведения по шкале от 0 до 3, где 0 означает никогда, 1 – редко, 2 – регулярно, 3 – очень часто. Все баллы суммировались, и результат интерпретировался, как указано ниже. У испытуемых, набравших 60 или меньше баллов, низкий риск эмоциональных, поведенческих и академических проблем. 61-70 баллов означают умеренные и слегка нетипичные эмоциональные и поведенческие нарушения и плохую успеваемость. Более серьезные и очень нетипичные эмоциональные, поведенческие и академические проблемы подтверждены у детей с оценкой более 79 баллов.

Тяжесть симптомов СДВГ и трудности, с которыми сталкиваются дети с СДВГ, оценивали по шкале от 0 до 3. 0 баллов означает отсутствие симптома, тогда как симптомы с 3 баллами считаются наиболее тяжелыми.

Для оценки количественных и качественных особенностей СДВГ проводилась нейропсихологическая оценка с использованием адаптированных для детей тестов Лурия. Нейропсихологическая оценка охватывала 7 областей психического функционирования: общие характеристики, праксис, гнозис, нейродинамику, память, речь и когнитивные навыки [23,24]. Для количественной оценки каждого из доменов использовалась следующая система оценок. Оценка 0 означает, что тест выполнен правильно. Оценка 0,5 предполагает медленный вход в задание или единичные самоисправленные ошибки. 1 балл присваивается ребенку, который допускает единичные ошибки и самостоятельно их исправляет, при этом слегка стимулируется исследователем. Оценка 1,5 означает совершение нескольких ошибок с последующим их исправлением после подсказки. Оценка 2 присваивается педиатрическому пациенту, который совершает множественные ошибки и не может их исправить даже после того, как ему дали четкие подсказки. Оценка 3 балла означает, что ребенок не справляется с заданием, даже если ему предлагается какая-либо помощь.

Для оценки каждой из семи психических функций (доменов) использовалось разное количество тестов. Баллы, полученные для каждой конкретной функции (области), суммировались и делились на количество тестов, использованных для оценки этой области.

Объектам исследования были даны общие характеристики. Для этого было проведено собеседование с каждым ребенком. Оценивались ориентация ребенка, адекватность и критическое мышление.

Батарея тестов Лурии использовалась для изучения специфики праксиса. К ним относятся тесты на реципрокную координацию, оральный праксис, пальчиковый праксис локализации, динамический праксис, пространственный праксис (для детей 9-10 лет), самостоятельное рисование и копирование

таблицы, копирование трехмерного изображения дома. с деревом и двумя заборами, пробы на воспроизведение ритмических структур и условные двигательные реакции.

Набор тестов был использован для исследования гностических функций. Это акустический гнозис, предметный гнозис, лицевой гнозис (для детей 9 лет и старше), тактильный гнозис, буквенный гнозис, стереогнозис, проба Бентона (узнавание пространственно ориентированных простых форм), идентификация эмоций.

Нейродинамические характеристики оценивали с помощью корректурного теста. За 1 минуту ребенок зачеркнул как можно больше фигур того типа, который указал исследователь. Фиксировали количество правильно выбранных фигур и количество ошибок (перепутывание с визуально похожими или разными фигурами). Кроме того, применялся тест на нахождение чисел (от 1 до 25) на основе таблиц Шульте. Фиксировалось среднее время, затрачиваемое на поиск чисел из трех таблиц.

Оценка вербальных функций включала оценку спонтанной речи (расширение, беглость, лексическая и грамматическая правильность), автоматизированную речь, фонематическую дискриминацию, тесты на понимание слов и называние, понимание логических и грамматических структур, навыки чтения и письма.

Исследование мнестических функций у детей с СДВГ включало тест на слуховую память, в котором оценивалось, насколько хорошо ребенок может запомнить ряд не связанных между собой слов. Кроме того, проводились тесты на зрительную память (запоминание реальных образов в определенной последовательности) и моторную память (запоминание показанных ребенку движений и перенос их на другую руку).

Наконец, у каждого педиатрического пациента оценивались его/ее когнитивные способности. Для этого применялись следующие тесты: понимание смысла картинок, понимание смысла рассказа, счетная последовательность, образование аналогий, исключение и обобщение понятий, решение арифметических задач.

Статистическую обработку данных проводили с помощью Microsoft Office Excel 2013 и SPSS 17.0. Для качественных оценок использовали t-критерий Стьюдента. Отношение шансов (OR) использовалось для сравнения частоты конкретного симптома или синдрома. Различия между группами считались достоверными при $p < 0,05$.

Соблюдение этических норм и принципов. Исследование проводилось в соответствии с международными нормами и принципами биомедицинской этики. В него были включены только те дети, родители которых дали согласие (как устное, так и письменное) на участие их ребенка. Протокол исследования и форма информированного согласия на участие в исследовании были рассмотрены и утверждены на заседании Комиссии по этике Казахского национального педагогического университета имени Абая.

Результаты и обсуждение. В исследовании зафиксировано, что наиболее частым типом СДВГ был комбинированный, о котором сообщалось у 55 (56,7%) детей. Преимущественно гиперактивный тип наблюдался у 31 (32,0%) ребенка, преимущественно невнимательный тип – у 11 (11,3%) ребенка.

Были проанализированы возможные причины СДВГ. Примечательно, что 26 (26,8%) детей имели семейный анамнез СДВГ, 34 (35,1%) детей имели родственников с психическими отклонениями, 19 (19,6%) детей имели черепно-мозговые травмы, 43 (44,3%) ребенка имели серьезные соматические нарушения. Кроме того, у матерей 77 (79,4%) детей имелись патологии беременности, у матерей 76 (78,4%) детей — патологии родов.

Исследователи попытались установить связь между возможными причинами СДВГ и его клиническим типом. Таким образом, они обнаружили, что у детей с комбинированным СДВГ были неблагоприятные перинатальные переживания. Это было подтверждено у 48 (87,3%) детей с комбинированным СДВГ, у 13 (41,9%) детей с гиперактивным СДВГ (ОШ = 9,49 95% ДИ [3,27–27,59], $p < 0,05$) и у 6 (54,5%) детей с невнимательным вниманием. СДВГ (ОШ = 5,71 95% ДИ [1,37–23,82], $p < 0,05$).

Кроме того, авторы показали, что дети с гиперактивным СДВГ чаще имели удовлетворительное физическое здоровье по сравнению с детьми с невнимательным СДВГ, о чем свидетельствует физическое благополучие 28 (90,3%) и 5 (45,5%) детей соответственно (ОШ. = 11,2 95% ДИ [2,09–60,16], $p < 0,05$). Достоверных подгрупповых различий между гиперактивным и комбинированным типами, а также между комбинированным и невнимательным типами не выявлено ($p > 0,05$).

Детей с СДВГ и детей без СДВГ сравнивали с точки зрения поведенческих проблем, эмоциональной регуляции и психического здоровья. Проявления гиперактивности выявлены у 86 (88,7%)

детей с СДВГ и у 9 (20,0%) детей без СДВГ (ОШ = 31,27 95% ДИ [11,94-81,92], $p < 0,05$), поведенческие расстройства – у 84 (86,6%) и 11 (24,4%) детей соответственно (ОШ = 19,97 95% ДИ [8,15–48,94], $p < 0,05$). Эмоциональные расстройства наблюдались у 79 (81,4%) детей с СДВГ и 14 (31,1%) детей без СДВГ (ОШ = 9,72 95% ДИ [4,31-21,90], $p < 0,05$), психические расстройства - у 90 (92,8%) и 8 (17,8%) детей соответственно (ОШ = 59,46 95% ДИ [20,11–175,8], $p < 0,05$). Наконец, проблемы с обучением были обнаружены у 82 (84,5%) детей с СДВГ и у 13 (28,9%) детей без СДВГ (ОШ = 13,46 95% ДИ [5,77–31,41], $p < 0,05$).

Основными жалобами родителей детей с СДВГ были чрезмерная двигательная активность, эмоциональная лабильность, невнимательность, дезорганизованность, низкая концентрация внимания и др.

Анализ основных жалоб на проблемы с обучением и эмоциональную импульсивность, поступивших от родителей детей с СДВГ и без СДВГ, показал что выявленные у детей с СДВГ расстройства, приводящие к проблемам в обучении и общении, были значительно более тяжелыми ($p < 0,05$), чем у детей без СДВГ. У детей с СДВГ самые высокие баллы получены по следующим характеристикам: девиантное поведение, беспокойство, невнимательность, отвлекаемость, невнимательность (табл. 1).

Таблица 1 - Выраженность трудностей обучения, поведенческих проблем и эмоциональной нестабильности у подростков с СДВГ и без

Характеристики	Подростки без СДВГ n = 45	Подростки с СДВГ n = 97
Рассеянность	1,70 ± 0,10	2,24 ± 0,13*
Отвлекаемость	1,84 ± 0,12	2,61 ± 0,11*
Невнимательность	1,71 ± 0,09	2,65 ± 0,15*
Дезорганизованность	1,63 ± 0,12	2,37 ± 0,19*
Трудности письма	1,78 ± 0,14	2,40 ± 0,18*
Концентрационные задачи	1,30 ± 0,08	2,43 ± 0,17*
Конфликтность	1,32 ± 0,05	2,26 ± 0,09*
Раздражительность	1,26 ± 0,08	2,18 ± 0,14*
Лабильность настроения	1,26 ± 0,06	2,30 ± 0,25*
Беспокойство	1,38 ± 0,10	2,68 ± 0,22*
Поведенческие проблемы	1,24 ± 0,08	2,72 ± 0,30*

Примечание. * – различия достоверны по сравнению с подростками без СДВГ ($p < 0,05$)

Несколько интересных наблюдений было сделано после исследования эмоциональных, когнитивных и поведенческих расстройств у детей с различными типами СДВГ. Таким образом, у детей с комбинированным типом СДВГ задержка в развитии основных школьных навыков наблюдалась чаще, чем у детей с невнимательным СДВГ – 36 (65,5%) и 2 (18,2%) случая соответственно (ОШ = 8,53 95% ДИ [1. 1,67-43,51], $p < 0,05$). В то же время дети с преимущественно невнимательным СДВГ имели более соответствующие возрасту базовые школьные навыки, чем дети с комбинированным СДВГ – 8 (72,7%) и 14 (25,5%) случаев соответственно (ОШ = 7,81 95% ДИ [1,82–33,60] , $p < 0,05$). Достоверных различий по сравнению с гиперактивным типом не наблюдалось ($p > 0,05$). У детей с преимущественно невнимательным СДВГ наблюдалась более успешная социально-психологическая адаптация, чем у детей с преимущественно гиперактивным СДВГ – 7 (63,6%) и 8 (25,8%) случаев соответственно (ОШ = 5,03 95% ДИ [1,16-21,85] , $p < 0,05$). Далее агрессивное поведение было более характерно для детей с гиперактивным СДВГ по сравнению с детьми с невнимательным СДВГ – 23 (74,2%) и 3 (27,3%) случая соответственно (ОШ = 7,67 95% ДИ [1,62-36,18], $p < 0,05$).). Достоверных различий по сравнению с комбинированным СДВГ не наблюдалось ($p > 0,05$).

Проанализировав выраженность когнитивных и нейродинамических нарушений, исследователи пришли к выводу, что у детей с СДВГ достоверно более выражены ($p < 0,05$) нарушения психических функций по сравнению с детьми без СДВГ (табл. 2).

Таблица 2. Тяжесть психических дефектов у подростков с СДВГ и без синдрома

Характеристики	Подростки без СДВГ n = 45	Подростки с СДВГ n = 97
Общий профиль	0,20 ± 0,05	0,69 ± 0,07*
Праксис	0,25 ± 0,04	1,13 ± 0,10*
Гнозис	0,30 ± 0,07	0,64 ± 0,07*
Нейродинамика	0,31 ± 0,02	1,87 ± 0,13*
Память	0,23 ± 0,04	0,62 ± 0,08*
Речь	0,18 ± 0,01	0,65 ± 0,05*
Когнитивные способности	0,29 ± 0,05	0,77 ± 0,06*
Примечание. * – различия достоверны по сравнению с детьми без СДВГ (p < 0,05).		

Таким образом, средний балл психических расстройств, полученный у детей с СДВГ, был в 3,45 раза (p < 0,05) выше, чем у детей без СДВГ. Кроме того, у детей с СДВГ в 4,52 раза хуже навыки праксиса (p < 0,05), в 2,13 раза хуже навыки гнозиса (p < 0,05), в 6,03 раза хуже нейродинамика (p < 0,05), в 2,70 раза хуже память (p < 0,05), в 3,61 раза хуже вербальные навыки (p < 0,05) и в 2,66 раза хуже когнитивные навыки (p < 0,05) по сравнению с педиатрическими пациентами без СДВГ.

Основными задачами предпринятого исследования были описание клинической картины и психопатологии СДВГ у детей, а также изучение структуры психических дефектов у детей с СДВГ. Большинство участников исследования имели сочетанный СДВГ (56,7% случаев). Анализ возможных причин СДВГ выявил важную роль генетической предрасположенности, неблагоприятных перинатальных переживаний, состояния здоровья детей и подверженности матери риску во время беременности.

Родители детей с СДВГ жаловались на непослушание своих детей, чрезмерную физическую активность, импульсивность, отсутствие концентрации внимания, неусидчивость, эмоциональную лабильность, раздражительность и др. Авторы обнаружили, что у детей с СДВГ более выражены учебные, поведенческие и эмоциональные проблемы, чем у детей без СДВГ. (см. Таблицу 1). У детей с СДВГ были явные признаки школьной дезадаптации, о чем свидетельствовали их частые конфликты с одноклассниками и учителями. Исследователи полагают, что с такой дезадаптацией могут быть связаны трудности в обучении (недостаточная концентрация, невнимательность и т. д.) и девиантное (в частности, оппозиционное) поведение. Как следствие, у детей с СДВГ наблюдалась задержка в развитии основных школьных навыков (письмо, чтение и т. д.), что проявлялось низкими темпами чтения и письма, трудностями в решении математических задач, плохим почерком. Интересно, что такие дети демонстрировали достаточно хорошие навыки и знания, находясь дома. Этот факт также свидетельствует о вторичном характере проблем обучения у детей с СДВГ и поддерживает идею значительного влияния школьной дезадаптации.

Проведен анализ клинико-психопатологических особенностей различных типов СДВГ. Он продемонстрировал задержку развития навыков, связанных со школьными компетенциями, у детей с комбинированным СДВГ. Агрессивное поведение и паттерны социально-психологической дезадаптации наблюдались преимущественно у детей с гиперактивным СДВГ. Эти данные могут указывать на то, что эти типы СДВГ являются наиболее тяжелыми и предполагают неадекватное поведение.

При сравнительном анализе результатов нейропсихологического обследования детей с СДВГ и без него основное внимание уделялось влиянию исследуемого синдрома на наличие и выраженность когнитивных и нейродинамических расстройств. У детей с СДВГ выявлены более выраженные дефекты психического функционирования (p < 0,05), праксиса (p < 0,05), гнозиса (p < 0,05), нейродинамики (p < 0,05), памяти (p < 0,05), речи (p < 0,05). p < 0,05) и когнитивных навыков (p < 0,05) по сравнению с педиатрическими пациентами без СДВГ (см. табл. 2). Особая выраженность мнестических дефектов у детей с СДВГ объясняется тем, что процессы обучения, познания, синтеза и запоминания информации требуют должного контроля за деятельностью личности, позволяющей адекватно перерабатывать большие объемы информации. Действительно, у детей с СДВГ были проблемы с контролем собственной деятельности, о чем свидетельствовали их неусидчивость, отвлекаемость, отсутствие концентрации внимания, рассеянность и т. д. Результаты настоящего исследования подтверждают тот факт, что мнестический дефицит является неотъемлемой частью и явным признаком СДВГ. В качестве альтернативы, эти дефициты могут быть связаны с незрелыми регуляторными структурами головного мозга ребенка [25,26].

Данная статья иллюстрирует более высокую распространенность нейродинамической дисфункции у детей с СДВГ по сравнению с детьми без СДВГ (см. Таблицу 2). Это свидетельствует о более низкой толерантности мозга к умственным нагрузкам, испытываемым ребенком в школе. Кроме того, у детей с СДВГ были более серьезные дефекты речи. Последнее может привести к трудностям в обучении, снижению когнитивных способностей и ограничению социальных взаимодействий.

Результаты нашего исследования согласуются с данными, полученными другими учеными, занимавшимися изучением нейропсихологического синдрома у детей с СДВГ [26-28]. Так, в одном из исследований обнаружен мнестический дефицит (в частности, проблемы с пространственной и вербальной рабочей памятью, кратковременной памятью) у подростков с СДВГ [27]. В другом исследовании, включавшем качественную оценку нейропсихологических функций у дошкольников с СДВГ и без нее на основе показателей, было показано, что нейропсихологический профиль детей с СДВГ характеризуется достаточно значительным функциональным дефицитом в механизмах контроля и программирования, пространственного анализа и синтеза, последовательного двигательная организация и общая активация мозга [28]. Основываясь на результатах описанных выше исследований и результатах текущего исследования, СДВГ представляет собой сложный нейропсихологический синдром, который включает множество механизмов и влияет на различные уровни центральной нервной системы.

Заключение. Таким образом, в ходе исследования установлено, что поведенческие расстройства (84 (86,6%) и 11 (24,4%) детей (ОШ = 19,97 95% ДИ [8,15-48,94], $p < 0,05$)), проявления гиперактивности (86 (88,7%) и 9 (20,0%) детей (ОШ = 31,27 95% ДИ [11,94-81,92], $p < 0,05$)), эмоциональные расстройства (79 (81,4%) и 14 (31,1%) детей (ОШ = 9,72 95% ДИ [4,31- 21,90], $p < 0,05$)), психические расстройства (90 (92,8%) и 8 (17,8%) детей (ОШ = 59,46 95% ДИ [20,11-175,8], $p < 0,05$)) и проблемы с обучением (82 (84,5 %) и 13 (28,9%) детей (ОШ = 13,46 95% ДИ [5,77-31,41], $p < 0,05$)) чаще встречались у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, чем у детей без синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью показали значительно худшие результаты в тестах на психическое здоровье по сравнению с детьми без синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Для иллюстрации общие характеристики психических нарушений у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью были в 3,45 раза ($p < 0,05$) хуже, чем у детей без синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Дети с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью показали худшие результаты в 4,52 раза в тестах на практические навыки ($p < 0,05$), в 2,13 раза хуже в тестах на гнозисные навыки ($p < 0,05$), в 6,03 раза хуже в тестах на нейродинамику ($p < 0,05$), 2,70 раз хуже в тестах на память ($p < 0,05$), в 3,61 раза хуже в тестах на речь ($p < 0,05$) и в 2,66 раза хуже в тестах на когнитивные навыки ($p < 0,05$), чем дети без синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Список использованной литературы:

1. Кэй А., Петреско С., де Баррос А.Д., Брессан Р.А. Относительный возраст и синдром дефицита внимания/гиперактивности: данные трех эпидемиологических когорт и метаанализа. // *Детская подростковая психиатрия*. – 2020. – 59(8). – С.990-997. [https://doi.org/ 10.1016/j.jaac.2019.07.939](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.939)
2. Крулл К.Р. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей и подростков: эпидемиология и патогенез. - Уолтем, Массачусетс: UpToDate. - 2019. - С. 220-234.
3. Статистика о СДВГ. / Центры профилактики заболеваний и контроля. – 2019: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>
4. Баркли Р.А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: руководство по диагностике и лечению. - Нью-Йорк: Публикации Гилфорда – 2014 - 4-е изд. С. 35 -45.
5. Вольрайх М.Л., Хаган Дж.Ф., Аллан С., Чан Э. и др. Клинические рекомендации по диагностике, оценке и лечению синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей и подростков. // *Педиатрия*. - 2019. - 144(4). - <https://doi.org/10.1542/peds>.
6. Саял К., Чудал Р., Хинка-Ю. С., Джоэлссон П. Относительный возраст в течение учебного года и диагноз синдрома дефицита внимания и гиперактивности: общенациональное популяционное исследование. // *Психиатрия*. - 2017. - 4(11). – С. 868-875. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30394-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30394-2)

7. Катала-Лопес Ф., Хаттон Б. Лечение синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей и подростков: эпидемиология, мультиморбидность и интегрированные услуги здравоохранения. // *Педиатрия*. - 2018. 88(4). - С.181-182. DOI: 10.1016/j.apedi.2017.12.015
8. Кабрал М.Д., Лю С., Соареш Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: диагностические критерии, эпидемиология, факторы риска и оценка у молодежи. // *Педиатрия*. - 2020. - 9. С. 104- 113. DOI: 10.21037/tp.2019.09.08.
9. Соланто М.В. Начало синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей и взрослых // *Психиатрия*. - 2017.- 74(4). С. 421-421. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.2741
10. Мартин Дж., Уолтерс Р.К., Демонтус Д., Маттайзен М. и др. Генетическое исследование половой предвзятости в распространенности синдрома дефицита внимания и гиперактивности // *Биологическая Психиатрия*. - 2018. - 83(12). - С. 1044-1053. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.11.026>
11. Мерикангас А.К., Алмаши Л. Использование инструментов генетической эпидемиологии для понимания половых различий при нервно-психических расстройствах // *Поведенческие науки*. - 2020. - 19(6). e12660. <https://doi.org/10.1111/gbb.12660>
12. Лу Л., Чжан Л., Тан С., Бу С. и др. Характеристика корковых и подкорковых нарушений у мальчиков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, ранее не употреблявших наркотики // *Аффективные расстройства*. - 2019. - 250. С. 397-403. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.048>
13. Чжан Дж., Луо В., Ли Ц., Сюй Р., Ван Ц., Хуан Ц. Нейротрофический фактор периферического мозга при синдроме дефицита внимания и гиперактивности: всесторонний систематический обзор и метаанализ. // *Психические расстройства*. - 2018. - 227. С. 298-304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.012>
14. Мойзе А.С. Причины синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). // *Поведенческие расстройства*. - 2018. - 5 (1-2). - С. 1-7.
15. Нигг Дж.Т., Каралунас С.Л., Фечко Э., Фэйр Д.А. К пересмотренной нозологии гетерогенности синдрома дефицита внимания и гиперактивности. // *Биологическая психиатрия, нейровизуализация*. - 2020. - 5(8). С. 726-737. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.02.005>
16. Падду Г., Ротхаммер П., Ротхаммер Ф. Генетический и эволюционный вклад в этиологию синдрома дефицита внимания и гиперактивности - 2017. - 5(1) - С. 54-57. <https://doi.org/10.1007/s40142-017-0114-9>
17. Стивенс М.К., Перлсон Г.Д., Калхун В.Д., Бессетт К.Л. Функциональные нейровизуализационные доказательства наличия различных нейробиологических путей при синдроме дефицита внимания/гиперактивности. // *Биологическая психиатрия, нейровизуализация*. - 2018. - 3(8). С. 675-685. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.09.005>
18. Гальперин Ю.М., Маркс Д.Дж. Обзор практикующего врача: оценка и лечение детей дошкольного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности // *Журнал детской психологии*. - 2019. - 60(9). С. 930-943. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13014>
19. Фюммелер Б.Ф., Шэн Й., Шехтер Дж.К., До Э.и др. Связь между симптомами синдрома дефицита внимания и гиперактивности и пищевым поведением в раннем детстве // *Педиатрия*. - 2020. - 15(7). e12631. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12631>
20. Друкер К., Хеннесси Н., Маццучелли Т., Бейлби Дж. Симптомы синдрома повышенного дефицита внимания и гиперактивности у заикающихся детей // *Психические расстройства*. - 2019. - 59. С. 80-90.
21. Фараоне С.В., Ростейн А.Л., Блейдер Дж. и др. Обзор практикующего врача: Эмоциональная дисрегуляция при синдроме дефицита внимания и гиперактивности – последствия для клинического распознавания и вмешательства // *Детская психология и психиатрия*. - 2019. - 60(2). С. 133-150. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12899>
22. Коннерс С.К. Пересмотренная рейтинговая шкала Коннерса: Техническое руководство. - Норт-Тонаванда, штат Нью-Йорк: Мультимедицинские системы. - 1997. С. 33-41
23. Глозман Ю.М., Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика школьников. – М.: Смысл. - 2013. – 213 с.
24. Глозман Ю.М. Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. – М.: Смысл. - 2012. – 302 с.

25. Махоуни Э.М., Денкла М.Б. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: исторический нейropsychологический взгляд // *Нейropsychология*. - 2017. - 23(9-10). С. 916-929. <https://doi.org/10.1017/S1355617717000807>

26. Кортезе С., Феррин М., Брандейс Д., Буителаар Дж. и др. Когнитивная тренировка при синдроме дефицита внимания и гиперактивности: метаанализ клинических и нейropsychологических результатов рандомизированных контролируемых исследований // *Детская и подростковая психиатрия*. - 2015. - 54(3). - С. 164-174. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.010>

27. Лин Ю.Дж., Гау С.Ф. Дифференциальное нейropsychологическое функционирование подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности с расстройством поведения и без него. - 2017. - 116(12). С. 946-955. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2017.02.009>

28. Юлия С., Луис К. Качественный синдромный анализ методом нейropsychологического обследования у дошкольников с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью // *Психология в России: Современное состояние*. - 2015. - 8(3). С. 112-123.

References:

1. Key A., Petresko S., de Barros A.D., Bressan R.A. Otnositelnyy vozrast i sindrom defitsita vnimaniya/giperaktivnosti: dannye treh epidemiologicheskikh kogort i metaanaliza. // *Detskaya podrostkovaya psikiatriya*. - 2020. - 59(8). - S.990-997. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.939>

2. Krull K.R. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnostyu u detey i podrostkov: epidemiologiya i patogenez. - *Uoltem, Massachusets: UpToDate*. - 2019. - S. 220-234.

3. Statistika o SDVG. / Tsentryi profilaktiki zabolevaniy i kontrolya. – 2019: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/data.html>

4. Barkli R.A. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnostyu: rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu. - *Nyu-York:Publikatsii Gilforda* – 2014 - 4-e izd. S. 35 -45.

5. Volrayh M.L., Hagan Dzh.F., Allan S., Chan E. i dr. Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike, otsenke i lecheniyu sindroma defitsita vnimaniya i giperaktivnosti u detey i podrostkov. // *Pediatriya*. - 2019. - 144(4). - <https://doi.org/10.1542/peds>

6. Sayal K., Chudal R., Hinka-Yu. S., Dzhuelsson P. Otnositel'nyj vozrast v techenie uchebnogo goda i diagnoz sindroma deficita vnimaniya i giperaktivnosti: obshchenacional'noe populyacionnoe issledovanie. // *Psihiatriya*. - 2017. - 4(11). – S. 868-875. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30394-](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30394-)

7. Katala-Lopes F., Hatton B. Lechenie sindroma deficita vnimaniya i giperaktivnosti u detey i podrostkov: epidemiologiya, mul'timorbidnost' i integrirovannye uslugi zdравоохранения. // *Pediatriya*. - 2018. 88(4). - S.181-182. DOI: 10.1016/j.anpedi.2017.12.015

8. Kabral M.D., Lyu S., Soares N. Sindrom deficita vnimaniya i giperaktivnosti: diagnosticheskie kriterii, epidemiologiya, faktory riska i ochenka u molodezhi. // *Pediatriya*. - 2020. - 9. S. 104- 113. DOI: 10.21037/tp.2019.09.08.

9. Solanto M.V. Nachalo sindroma deficita vnimaniya i giperaktivnosti u detey i vzroslyh // *Psihiatriya*. - 2017. - 74(4). S. 421-421. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.2741

10. Martin Dzh., Uolters R.K., Demontis D., Mattajzen M. i dr. Geneticheskoe issledovanie polovoy predvyatosti v rasprostranennosti sindroma deficita vnimaniya i giperaktivnosti // *Biologicheskaya Psihiatriya*. - 2018. - 83(12). - S. 1044-1053. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.11.026>

11. Merikangas A.K., Almashi L. Ispol'zovanie instrumentov geneticheskoy epidemiologii dlya ponimaniya polovykh razlichij pri nervno-psihicheskikh rasstrojstvakh // *Povedencheskie nauki*. - 2020. - 19(6). e12660. <https://doi.org/10.1111/gbb.12666>

12. Lu L., Chzhan L., Tan S., Bu S. i dr. Harakteristika korkovyh i podkorkovyh narushenij u mal'chikov s sindromom deficita vnimaniya i giperaktivnosti, ranee ne upotrebyavshih narkotiki // *Affektivnye rasstrojstva*. - 2019. - 250. S. 397-403. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.03.048>

13. Chzhan Dzh., Luo V., Li C., Syuj R., Van C., Huan C. Nejrotroficheskij faktor perifericheskogo mozga pri sindrome deficita vnimaniya i giperaktivnosti: vsestoronnij sistemacheskij obzor i metaanaliz. // *Psihicheskie rasstrojstva*. - 2018. - 227. S. 298-304. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.012>

14. Mojze A.S. Prichiny sindroma deficita vnimaniya i giperaktivnosti (SDVG). // *Povedencheskie rasstrojstva*. - 2018. - 5 (1-2). - S. 1-7.

15. Nigg Dzh.T., Karalunas S.L., Fechko E., Fejr D.A. K peresmotrennoj nozologii geterogennosti sindroma deficita vnimaniya i giperaktivnosti. // *Biologicheskaya psikiatriya, nejrovizualizaciya*. - 2020. - 5(8). S. 726-737. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.02.005>

16. Paddu G., Rothammer P., Rothammer F. *Geneticheskij i evolyucionnyj vklad v etiologiyu sindroma deficita vnimaniya i giperaktivnosti* - 2017. - 5(1) - S. 54-57. <https://doi.org/10.1007/s40142-017-0114-9>
17. Stivens M.K., Perlson G.D., Kahun V.D., Bessett K.L. *Funkcional'nye nejrovizualizacionnye dokazatel'stva nalichiya razlichnyh nejrobiologicheskikh putej pri sindrome deficita vnimaniya/giperaktivnosti. // Biologicheskaya psixiatriya, nejrovizualizaciya.* - 2018. - 3(8). S. 675-685. <https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2017.09.005>
18. Gal'perin Yu.M., Marks D.Dzh. *Obzor praktikuyushchego vracha: ocenka i lechenie detej doshkol'nogo vozrasta s sindromom deficita vnimaniya i giperaktivnosti // Zhurnal detskoj psihologii.* - 2019. - 60(9). S. 930-943. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13014>
19. Fyummeler B.F., Shen J., Shekhter Dzh.K., Do E.i dr. *Svyaz' mezhdru simptomami sindroma deficita vnimaniya i giperaktivnosti i pishchevym povedeniem v rannem detstve // Pediatriya.* - 2020. - 15(7). e12631. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12631>
20. Druker K., Hennessi N., Maccuchelli T., Bejlbi Dzh. *Simptomy sindroma povyshennogo deficita vnimaniya i giperaktivnosti u zaikayushchihsya detej. // Psihicheskie rasstrojstva.* - 2019. - 59. S. 80-90.
21. Faraone S.V., Rostejn A.L., Blejder Dzh. i dr. *Obzor praktikuyushchego vracha: Emocional'naya disregulyaciya pri sindrome deficita vnimaniya i giperaktivnosti – posledstviya dlya klinicheskogo raspoznavaniya i vmeshatel'stva // Detskaya psihologiya i psixiatriya.* - 2019. - 60(2). S. 133-150. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12899>
22. Konners S.K. *Peresmotrennaya rejtingovaya shkala Konnersa: Tekhnicheskoe rukovodstvo.* - Nort-Tonavanda, shtat N'yu-Jork: Mul'timedichinskie sistemy. - 1997. S. 33-41
23. Glozman Yu.M., Soboleva A.E. *Nejropsihologicheskaya diagnostika shkol'nikov.* – M.: Smysl. - 2013. – 213 s.
24. Glozman Yu.M. *Nejropsihologicheskoe obsledovanie: kachestvennaya i kolichestvennaya ocenka dannyh.* – M.: Smysl. - 2012. – 302 s.
25. Mahouni E.M., Denkla M.B. *Sindrom deficita vnimaniya i giperaktivnosti: istoricheskij nejropsihologicheskij vzglyad // Nejropsihologiya.* - 2017. - 23(9-10). S. 916-929. <https://doi.org/10.1017/S1355617717000807>
26. Korteze S., Ferrin M., Brandejs D., Buitelaar Dzh. i dr. *Kognitivnaya trenirovka pri sindrome deficita vnimaniya i giperaktivnosti: metaanaliz klinicheskikh i nejropsihologicheskikh rezul'tatov randomizirovannykh kontroliruemykh issledovanij // Detskaya i podrostkovaya psixiatriya.* - 2015. - 54(3). - S. 164-174. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.010>
27. Lin Yu.Dzh., Gau S.F. *Differencial'noe nejropsihologicheskoe funkcionirovanie podrostkov s sindromom deficita vnimaniya i giperaktivnosti s rasstrojstvom povedeniya i bez nego.* - 2017. - 116(12). S. 946-955. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2017.02.009>
28. Yuliya S., Luis K. *Kachestvennyj sindromnyj analiz metodom nejropsihologicheskogo obsledovaniya u doshkol'nikov s sindromom deficita vnimaniya s giperaktivnost'yu // Psihologiya v Rossii: Sovremennoe sostoyanie.* - 2015.- 8(3). S. 112-123.

FTAMP 14.25.09.

<https://doi.org/10.51889/2959-5762.2023.80.4.027>

А.Т. Мырзахметова^{1*}, Б.Ө. Сманов¹, А.Б. Жапарова¹

¹ Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық университеті,
Алматы қ., Қазақстан

5-6 СЫНЫП ОҚУШЫЛАРЫНА ЭЙДОС-КОНСПЕКТІНІ ЕРТЕГІ ЖАНРЫН ОҚЫТУ ҚҰРАЛЫ РЕТІНДЕ ПАЙДАЛАНУ

Аңдатпа

Мақалада ертегілерді эйдос-конспект арқылы оқытудың тиімділігі туралы жазылған. Көркем шығарманы талдаудың аталмыш түрі ертегілердің идеясын ашуға қызмет ететін көркемдегіш құралдарды, образдар жүйесін, іс-әрекеттерін, оның өзіндік себептерін басқа да қырларынан танып-білуге мүмкіндік болатынына ерекше назар аударылады, осы мәселе нақты мысалдар арқылы айқындалады. Ертегіні талдау кезінде эйдос-конспектіні пайдаланудың тиімді екені, оқушылардың