

*Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:*

<https://stuservis.ru/vkr/294855>

**Тип работы:** ВКР (Выпускная квалификационная работа)

**Предмет:** Коррекционная педагогика

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ 4

ГЛАВА 1. ПРОФИЛАКТИКА НЕГАТИВНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ СРЕДСТВАМИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ 9

1.1. Физические и социально-психологические особенности детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью 9

1.2. Негативные социальные явления у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью 16

1.3. Особенности регуляции агрессивного поведения у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью средствами адаптивной физической культуры 24

ГЛАВА 2. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ 32

2.1 Характеристика групп исследуемых 32

2.2 Организация и методики исследования 34

2.3 Методы оценки эффективности проведенного исследования 36

2.4 Статистическая обработка результатов исследования 39

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ НЕГАТИВНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С СДВГ СРЕДСТВАМИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ 40

3.1. Содержание экспериментального комплекса физических упражнений направленного на профилактику агрессивного поведения у детей 10-12 лет с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью 40

3.2. Обоснование эффективности экспериментального комплекса физических упражнений направленного на профилактику агрессивного поведения у детей 10-12 лет с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью 42

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 57

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 62

ПРИЛОЖЕНИЯ 66

ВВЕДЕНИЕ

Сегодня мир меняется в сторону ускорения, цифровизации, смены способов передачи информации. Личность включена в поток постоянного взаимодействия с большими потоками информации, чем несколько десятков лет назад, начиная уже с дошкольного возраста. Кроме того, события последних лет (пандемии, противостояния государств, революционная деятельность) повышают общий уровень стресса и тревожности в социуме в целом. Обновленные цели и задачи ставит перед собой и система образования в рамках ФГОС. Другие требования предъявляются к развитию, образованию, обучению и воспитанию современного человека: формирование субъектности, осознанности, ответственности за собственный выбор, самоорганизации адаптивности. В данных условиях нервная система формирующегося ребенка находится в ситуации напряжения. Все более распространенными становятся психоневрологические диагнозы: РАС, ЗПР, СДВГ и др. Проблема воспитания и обучения детей с повышенной двигательной активностью волнуют педагогов, психологов, психиатров, родителей. Гиперактивность характеризуется чрезмерно активным, слабо моделируемым поведением с выраженной невнимательностью и отсутствием упорства при выполнении задач. Первые проявления гиперактивности встречаются у детей до 7 лет – у мальчиков по статистике в 4 раза чаще, чем у девочек. В дошкольном возрасте проявление гиперактивности отмечается в нарушении засыпания, в нарушении эмоциональной стабильности (пониженное настроение, частое колебание настроения, плаксивость, раздражительность; в нарушении психомоторной стабильности (двигательная расторможенность, возбудимость, сосание пальца), в расстройстве сна.

Ученые видят причины возникновения гиперактивности у детей в окружающей среде. При неправильном воспитании, отсутствии своевременной коррекционной помощи специалистов, родителей в подростковом возрасте у детей с СДВГ наблюдается школьная неуспеваемость, дезадаптация, патологические

наклонности (они чаще всего злоупотребляют алкоголем, наркотиками, курением).

Переход в подростковый возраст (10-12 лет) является ступенью сложного психологического и личностного роста, с наличием внутренних противоречий, обусловленных как возрастными особенностями, так и противоречиями в отношениях со взрослыми, которые усугубляются при наличии СДВГ. При последнем, особенно остро проявляется на данном этапе, сопротивление подростков воспитательным воздействиям, что приводит к появлению протестного поведения, к «отклонениям в поведении», «девиантности/девиантному (отклоняющемуся) поведению», «делинквентному поведению», к появлению так называемых негативных социальных явлений у детей с СДВГ, обусловленных агрессией. Ситуация, когда подростки с СДВГ проявляют агрессию, включаются в негативные социальные явления, попадают в категорию «трудных» и поиск решения этих проблем особенно актуален в нынешнем положении духовного и социально-экономического кризиса мирового сообщества и российского общества в частности.

Ряд исследователей (Панкратов В.В., Ермаков Л.Н., Романова Л.И., Борисов И.Ю. и др.) рассматривают стремление к риску и поиск свободы в качестве одной из причин отклоняющегося поведения. В связи с этим, обоснованным становится поиск направлений коррекции, реабилитации и профилактики агрессивного поведения детей 10-12 лет в таком направлении как адаптивная физическая культура.

Актуальность темы исследования определяется существующими противоречиями, которые возникают в жизни формирующейся личности с СДВГ на этапе подросткового возраста, а также противоречиями социальной группы и общества в целом. С одной стороны, для полноценного развития подросток с СДВГ нуждается в сопровождении, социализации, направлении гипертонического возбуждения, с другой стороны, поведение в социуме должно быть социально безопасным и не допускает нарушение закона, ущемления права других людей и др. Сопротивление удовлетворению той или иной потребности, преодоление себя, вызывает состояние фрустрации, напряжения, которое при отсутствии определенных эмоционально-волевых ресурсов, приводит к деструктивным эффектам, конфликтам, стрессам, агрессии и девиациям у подростков. Анализ исследований отечественных и зарубежных авторов подводит к выводу об обоснованности применения адаптивной физической культуры в качестве механизма профилактики и компенсации агрессивного поведения детей 10-12 лет. Вышесказанное определяет актуальность и выбор темы исследования: «Регуляция агрессивного поведения детей 10-12 лет с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью средствами адаптивной физической культуры».

Проблема исследования заключается в поиске путей регуляции агрессивного поведения детей 10-12 лет с синдромом дефицита внимания средствами адаптивной физической культуры для применения их на практике.

Объект исследования: агрессивное поведение детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Предмет исследования: процесс регуляции агрессивного поведения детей 10-12 лет с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью средствами адаптивной физической культуры.

Цель исследования: регуляция агрессивного поведения детей 10-12 лет с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью средствами адаптивной физической культуры.

Гипотеза исследования предполагается что разработанный комплекс физических упражнений с включением специально-подобранных подвижных игр окажет положительное влияние на развития навыков саморегуляции детей 10-12 лет с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью и, как следствие, снижение уровня проявления агрессивного поведения детей.

Задачи исследования:

1 Анализ и обобщение научно-методической литературы по проблеме регуляция агрессивного поведения детей 10-12 лет с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

2 Разработать и апробировать комплекс физических упражнений с включением специально-подобранных подвижных игр для регуляция агрессивного поведения детей 10-12 лет с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью;

3 Обосновать эффективность комплекса физических упражнений с включенными специально-подобранными подвижными играми, направленного на регуляцию агрессивного поведения детей 10-12 лет с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

Степень научной разработанности проблемы исследования.

Отечественная традиция понимания и принятия идеи о социально-психологической обусловленности развития личности, в том смысле, в котором данная идея разрабатывалась в трудах А.Ф. Лазурского, С.Л.Рубинштейна, В.Н.Мясищева, Н.И.Сарджвеладзе. Социально-психологически личностные аспекты являются одним из центральных образований в ее структуре, и имеют важное значение в личностном

формировании и прогрессировании.

Изучением особенностей развития личности в подростковый период занимались такие авторы, как К.Левин, Дж.Марсиа, К.Обуховский, Х.Ремшмидт, Э.Шпрангер, Э.Эриксон, Л.С.Выготский, М.Р.Гинзбург, К.Н.Поливанова, В.И.Слободчиков, Д.Б.Эльконин, Б.Д.Эльконин и др.

Изучению особенностей социализации и развития личности «трудных» подростков посвящены работы Андриенко В. К., Васкэ Е.В., Визель Т.Г., Воронцова М. В., Каган В. Е. и др.

Изучению реабилитации подростков с особенностями развития, средствами физической культуры в частности, занимались: Андреева Ю.Ю., Брук Т.М. Борисов И.Ю., Габракипова В.И., Эйдемиллер Э.Г., Ковальчук М.А., Ногина М.А., Титаренко Р.В. Семенюк Л.М., Соколова Е.Т. Шнейдер Л.Б. Саакян Е.Г, Перфильева И.В. и др.

Полученные результаты исследования и рекомендации могут быть использованы в обучающей, консультативной и коррекционной работе.

Методы исследования: наблюдение, сравнение, обобщение, систематизация, тестирование.

Структура исследования. Исследование включает введение, три главы, заключение, список использованных источников, приложения.

## ГЛАВА 1. ПРОФИЛАКТИКА НЕГАТИВНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ СРЕДСТВАМИ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

### 1.1.Физические и социально-психологические особенности детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) представляет собой многофакторный клинический показатель отражением которого является снижение возможности контроля и регуляции собственного поведения у индивида (ребенка). Проявлениями данного симптомокомплекса становится двигательная повышенная активность, нарушения всех функций внимания, а также высокая импульсивность .

В качестве основных причин развития СДВГ выступают генетические, анатомо-физиологические, психо-социо-культурные аспекты. Последние можно наиболее эффективно регулировать со стороны окружающих и самого ребенка, они купируются с помощью воспитания, создания спокойной, доброжелательной, безопасной среды развития для ребенка, снижение гиперстимулирующих воздействий окружающей среды, перевозбуждающих нервную систему и т.д. Также приходится констатировать факт того, что неблагоприятные окружающие психо-социальные факторы усугубляют течение и вызывают дальнейшее углубление развития СДВГ, что приводит к социальной дезадаптации.

СДВГ является достаточно распространенным нарушением среди ограничений, имеющих неврологическую и одновременно, психо-социальную природу. Он обуславливает нарушения поведения детей и подростков, а также трудности социализации и обучения. СДВГ может вызывать вторичные нарушения психо-социального уровня, как то: снижение самооценки, агрессивность, нарушения поведения, развитие акцентуаций и др. . Обозначенные выше некоторые проявления СДВГ (снижение возможности контроля и регуляции собственного поведения, нарушения поведения, гиперактивность, вспыльчивость) могут постепенно уменьшаться по мере созревания нервной системы, при этом нарушения внимания могут сопровождать ребенка, подростка долгие годы, создавая предпосылки для нарушения эффективной социализации.

Оптимальный возраст для постановки диагноза СДВ – 4-5 лет, когда уже можно объективизировать наличие расстройства внимания, отмечают Габракипова В.И., Эйдемиллер Э.Г. . К концу раннего детства у мальчиков и девочек появляется собственная деятельность, отдельная от взрослых. Взрослый впервые выступает как образец поведения. У девочек и мальчиков формируется механизм поведенческих действий. Ребенок, подражая, перенимает манеры поведения значимых для него людей, даже сверстников, популярных в группе. Эмоциональная зависимость от взрослых сохраняется. Эмоциональная поддержка вызывает у мальчиков и девочек стремление быть успешными. Негативное отношение взрослого не дает возможности установления позитивного контакта, ребенок становится замкнутым, агрессивным, избегает общения. Важную роль играет общение со сверстниками. В дошкольном возрасте происходит подчинение мнению большинства, овладение умением согласовывать свои и чужие действия. Появляются новые мотивы поведения. У мальчиков, проявляющих признаки гиперактивности, отсутствует контакт со сверстниками, они не подчиняются мнению большинства, не подчиняются общепринятым нормам поведения. Статистика показывает, что среди детей 7 лет травмы у мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек и гиперактивность чаще всего встречается у мальчиков, так как их чаще всего наказывают и отчитывают за плохое поведение

Детям с СДВГ для игр нужны большие пространства, и они более подвижные, чем девочки и этим вызывают недовольство у воспитателей и мам. Мальчики, в частности, наполнены энергией, движением, действием, шумом. Пик гиперактивности – 6-7 лет. Дефицит внимания, отсутствие волевых качеств, сверхвозбудимость, агрессивность — характеризуют гиперактивных девочек и мальчиков. Самый яркий показатель гиперактивности у девочек и мальчиков – несформированность произвольного внимания. Внимание — это сосредоточенность деятельности субъекта в данный момент времени на каком-либо реальном или идеальном объекте-предмете, событии, образе, рассуждении и т.п. Произвольное внимание направлено и поддерживается сознательно поставленной целью, а потому неразрывно связано с речью. В условиях затрудненной деятельности оно предполагает волевою регуляцию и использование специальных приемов сосредоточения, поддержания, распределения и переключения внимания. К 7 годам у девочек и мальчиков при норме развития произвольное внимание, в большинстве случаев сформировано .

Раннее выявление СДВГ помогает максимально эффективно скорректировать особенности развития ребенка, что требует от окружающих формирующегося ребенка людей, внимательности и адекватности в оценке поведения ребенка. Очевидно, что раннее выявление дефицита внимания поможет ребенку наиболее качественно адаптироваться в окружающей среде, социализироваться, осуществлять общение, обучение, игру, развиваться полноценно. При этом диагноз СДВГ может быть поставлен лишь специалистом – неврологом, психоневрологом, психологом, психиатром. Для диагностики используются наблюдение, опросники, анализ процесса деятельности и ее продуктов и др.

Важно подчеркнуть тот факт, что СДВГ дополнительно стимулирует высокий уровень проявления спонтанности поведения у ребенка и/или подростка, вследствие особенностей синдрома , что в свою очередь может выразиться в проявлении некоторых форм агрессии. Это явление исследователи относят к ювенильной неадаптивной агрессии, проявляющейся в детском и подростковом возрасте, часто нецеленаправленной и несистематизированной . Специалистами родителями отмечается, что дети и подростки с этим синдромом подвержены частым проявлениям агрессии. Как отмечает С.Р.Плижка , агрессия является распространенным, но недостаточно изученным явлением при СДВГ у детей и подростков. Также можно утверждать, что если в дошкольном и младшем школьном возрасте агрессия, зачастую, спонтанна у детей с СДВГ, в подростковом возрасте она, иногда, приобретает черты осознанного поведения. При неблагоприятной ситуации психосоциального развития, дополнительной гиперсензитивности ребенка, агрессивное поведение может закрепиться. Агрессия, нередко может выступать и в форме самоагрессии и не обязательно быть направлена на окружающих .

Дети с СДВГ в образовательной организации направляют свою агрессию на педагога или сверстников, что, безусловно, вызывает конфликты в социуме. Ребенок / подросток на бытовом уровне лексического значения, воспринимается как громкий, «драчливый», «вредный», «неудобный». С ним не хотят дружить, он вступает в оппозиционные отношения с педагогами, «портя отношения» с ними. Проявления агрессии оказывают влияние на личность ребенка, снижают его самооценку .

При этом, как отмечалось выше, агрессивное поведение ребенка / подростка с СДВГ «порождается» особенностями функционирования (нарушения регуляторного контроля, соотношения торможения и возбуждения процессов НС) центральной нервной системы индивида . Ребенок при этом резок в движениях, он громкий, активный, импульсивный, много и сумбурно двигается, может «снести» что-то или кого-то на своем пути. Ребенок нередко, забывает свои вещи, «забывает» застегнуть пуговицу и т.д. Все это обусловлено нарушениями контролирующих функций головного мозга при СДВ(Г). Следует также отметить, что указанные особенности функционирования ЦНС, нередко становятся также и причиной снижения критичности своего поведения, что вызывает проявления агрессии, в частности и неадекватность ее оценки со стороны ребенка с СДВГ.

Повышенные нагрузки эмоционального, социального, психологического характера – многочисленность учебных классов, разностороннее одновременное общение с большим количеством активных, «громких», перевозбужденных детей. При переходе в среднюю школу, ребенку/младшему подростку приходится общаться с большим количеством учителей, с разными характерами, подходами, требованиями и т.д. Все это оказывает дополнительное влияние на истощение нервной системы ребенка с СДВГ, стимулирует негативные проявления (агрессия, перевозбуждение, снижение и неэффективность усвоения социальных умений и навыков, компетенций). Можно заметить «ухудшение ситуации» у ребенка с СДВГ к концу месяца, года, четверти и др.

Также, стандартное школьное занятие – 40 минут представляет собой весьма высокую нагрузку для ребенка / подростка с СДВГ. Его время – 10-15 минут – после этого требуется небольшая эмоциональная

нагрузка. В силу того, что в классической отечественной образовательной системе индивидуальный подход и учет особенностей всех (условно 30 человек) обучающихся невозможен, ребенок нередко пытается купировать возникающую усталость средствами, неадекватными учебному процессу. В глазах окружающих это может выглядеть и являться агрессией. Ребенок / подросток инфантильно сигнализирует (бросить тетрадь, толкнуть соседа, подскокить) о своей усталости, нередко вызывая испуг и недовольство окружающих. Безусловно, дети с СДВГ, зачастую, являются «неудобными» для педагога и окружающих в целом. При этом описанные формы поведения, очевидно, защитная реакция нервной системы и психики в ситуации перегрузки.

Социальная ситуация развития оказывает значимое влияние на вектор развития ребенка с СДВГ.

Демонстрация агрессии в рамках трансляции ее в СМИ, видеоиграх, окружении, способствует закреплению агрессивных форм поведения у ребенка, способствует снижению закреплению просоциального поведения (эмпатия, милосердие, честность, справедливость). Следует отметить, что данная сторона развития личности ребенка с СДВГ (социальное поведение, социализация, развитие социального интеллекта) с проявлениями агрессии, «страдает» более всего от описанных социально поведенческих условий. Обучение, развитие депрессивных тенденций и углубление СДВГ не так сильно «усугубляется» трансляцией агрессии в окружении ребенка.

В целом, характеризуя агрессию, авторы выделяют несколько ее видов. Это реактивная и активная/проактивная (инициативная) агрессия. Первая проявляется спонтанно, возникает в ситуации выхода ребенка в «аффект», обусловлена импульсивностью, чаще всего спровоцирована. Она оказывает защитную функцию для организма и психики индивида. Может возникать при перегрузках НС, либо при провокациях со стороны окружающих, при внешней опасности.

Вторая – активная агрессия – в большей степени предполагает включение разума, может быть спланирована. В поведении детей и подростков с СДВГ может проявляться и первый и второй вид агрессии.

Категория «явная агрессия» включает указанные формы, и окружающим людям сложно их разделить. Последнее создает удобство для социальной оценки агрессии со стороны окружающих экспертов. Это проявления физической агрессии, жестокость, причинение вреда людям и предметам, как чужим, та и своим, причинение боли. Сюда же относится и вербальная агрессия (применение нецензурной лексики, обзывательства, непослушание, крики, ревность, запрос повышенного внимания и т.д.).

Также указанные выше формы явной агрессии, зачастую просто рассматриваются обобщенно, как проявленная, видимая, ощутимая агрессия. Скрытая / косвенная / неявная / непрямая и др. агрессия может быть оценена и названа со стороны специалистов (психолог, психотерапевт), но при этом, она весьма эффективно «считывается» окружающими на интуитивном уровне.

Рассматривается еще один вид агрессии – реляционная (также, условно «скрытая»), предполагающая причинение вреда другому посредством манипулирования для ухудшения его отношения с третьими лицами (сплетни, оскорбления «за спиной», распространение лжи о человеке и т.д.).

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абшилава Э.Ф. Медико-психологическое сопровождение детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в условиях реабилитационного центра. – Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. 19.00.04 – медицинская психология. — Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет. — Челябинск, 2019. — 231 с.
2. Адашкина А.А. Стратегии адаптации детей с СДВГ к учебному процессу // Современная зарубежная психология. – 2016. Т. 5., №3. – С. 35-40.
3. Андриенко, В. К. Система перевоспитания подростков в условиях специальной школы / В. К.Андриенко, Ю. В. Гербеев и др. – М., 1990. – 275 с.
4. Алешина, Ю. Е. Психологические проблемы индивидуальности / Ю.Е.Алешина, Е.В. Лекторская – М., 1984.
5. Афанасьев В.В. Математическая статистика в педагогике. Ярославль : Ярославский гос. пед. ун-т, 2010. 75 с.
6. Баркова В.Л. Эмоционально-волевая регуляция поведения и адаптации подростков с проявлениями синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. – Автореферат дисс. канд. психол.наук. – Москва 2009.
7. Борисов, И. Ю. Механизм «гедонистического риска» и его роль в отклоняющемся поведении молодежи /

- И.Ю.Борисов // Мир психологии и психология в мире. – 1995. – № 3. – С. 63-74.
8. Бертин Марк. Воспитание детей с СДВГ: практическое руководство. – Пер. с англ. Петрович А.И. — Киев.: Диалектика, 2021.— 272 с.
9. Беличева, С. А. Основы превентивной психологии / С.А.Беличева. – М.: Соц. здоровье России, 1994. – 236 с.
10. Буйневич, Т. В. Психолого-педагогические подходы к профилактике правонарушений / Т.В. Буйневич // Воспитание. Личность. Профессия. – Минск, 2004. – № 3.
11. Брук Т.М. Физкультурно-спортивные специализации как форма первичной профилактики потребления психоактивных веществ / Т.М. Брук // Теория и практика физ. культуры. – 2005. – №7. – С. 18-21.
12. Василькова, Ю.В. Методики и опыт работы социального педагога / Ю.В.Василькова. – М.: Академия, 2001. – 160 с.
13. Ганишина, И. С. Психологическое влияние неблагополучной семьи на девиантное поведение несовершеннолетних / И.С.Ганишина. – Автореф.канд. психол. наук. – Рязань, 2004. – 27 с.
14. Габракипова В.И., Эйдемиллер Э.Г. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (с учетом их половых различий). – М.: УЦ «Перспектива», 2009. – 44 с.
15. Дети с СДВГ: причины, диагностика, комплексная помощь / Под ред. М.М. Безруких. — М.:МОДЭК, 2009. — 248 с.
16. Дзряян Е.Т., Студеникина К.П. Спорт как метод профилактики асоциального поведения молодежи // Наука 2020. – №3 (9), 2016. – С.70-73.
17. Иванова Н.Л., Луканина М.Ф. Пути предупреждения и коррекции агрессивности подростков. Учебно-методическое пособие. Ярославль. 2003. – 47 с.
18. Катунцова В.В., Проявления агрессии у учащихся с синдромом дефицита внимания (и гиперактивности). [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2019. Т. 8. № 3. С. 7—15. doi: 10.17759/jmfr.2019080301.
19. Катунцова В.В. Причины снижения учебной мотивации у учащихся с синдромом дефицита внимания (и гиперактивности) // Современная зарубежная психология. 2019. Т. 8. № 2. С. 56—66. doi:10.17759/jmfr.2019080206
20. Кудрявцев, В. Н. Социальные деформации: (причины, механизмы, пути преодоления) / В.Н.Кудрявцев. – М.: РАН, Ин-т государства и права, 1992. – 133 с.
21. Коэн А. Содержание делинквентной субкультуры / А.Коэн // Социология преступности. - М.: Прогресс, 1966.
22. Конопелкина А.Е. СДВГ и способы коррекции состояния средствами физической культуры // Современный урок. – Электронный ресурс: <https://www.lurok.ru/categories/17/articles/47839>
23. Макеева В.С., Токарева К.Е. Спорт и туризм в регламентации здорового образа жизни студентов// Автономия личности №2 (4). - 2011 С. 131-135.
24. Мухина В.С. Возрастная психология. Феноменология развития. – М.: Академия, 2015. — 656 с.
25. Нейропсихологические и нейрофизиологические исследования вариантов синдрома дефицита внимания гиперактивностью [Электронный ресурс] / А.Р. Агрис [и др.] // Современная зарубежная психология. 2012. Т. 1, №1. С. 6-19.
26. Начинская С. В. Спортивная метрология. М.: Академия - Москва, 2012. 240 с.
27. Перфильева И.В. Образовательная модель профилактики наркомании подростков и молодежи средствами физической культуры и спорта: автореферат дис. ... канд. пед.наук / И.В. Перфильева. – Волгоград: ВГАФК, 2006.
28. Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. — М.: Генезис, 2010. — 336 с.
29. Саакян Е.Г. Профилактика наркомании у подростков средствами физической культуры и спорта [Текст]: автореф.дис. ... канд. пед. наук / Е.Г. Саакян. – Волгоград: ВГАФК,2006.
30. Серегина И.Н. Семья гиперактивного ребенка // Актуальные проблемы педагогики и психологии (Часть III): Материалы международной заочной научнопрактической конференции (23 ноября 2011 г.). — Новосибирск: Сибирская ассоциация консультантов, 2011. — С. 149-155.
31. Серегина И.Н. Особенности психологического консультирования семьи, воспитывающей ребенка с СДВГ// Вестник университета (МГППУ) - 2012 - № 1 - С. 65-70.
32. Семенюк Л. М. Психологические особенности агрессивного поведения подростков и условия его коррекции / Л.М.Семенюк. – М.: МПСИ, 2005.
33. Титаренко, Р.В., Педагогическая концепция использования экстремальных видов спортивной деятельности в профилактике наркомании подростков / Р.В.Титаренко, С.Н.Литвиненко // Теория и практика прикладных и экстремальных видов спорта./ №3 (25) / 2012. – С.40-44.

34. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л.Б,Шнейдер. – М.: Академический Проект; Трикста, 2005. — 336 с.
35. Яковлева М.Б. Когнитивное развитие младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. – Автореферат дисс. канд. психол. наук.. –Санкт-Петербург, СПГУ, 2009, 22 с.
36. Pliszka S.R. Treating ADHD and Comorbid Disorders. New York: Guilford Press, 2009. 242 p

*Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:*

<https://stuservis.ru/vkr/294855>