**Психологические особенности  ребенка**

**с синдромом дефицита внимания и гиперактивностьи**

**Психолог Управления образования
Администрации МО «Турочакский район»
 Иванова Е. А.**

Частой причиной обращения родителей к школьному педагогу-психологу становится чрезмерная двигательная активность ребенка, непоседливость, импульсивность, неумение сосредоточиться на выполнении одного дела. Все эти признаки характеризуют гиперактивное поведение. Дети, отличающиеся гиперактивным поведением, часто вызывают нарекания со стороны учителей в школе, так как на уроках, не умея ждать своей очереди, выкрикивают, не дослушав вопроса, или дают первый пришедший в голову ответ; не умеют сосредоточиться на выполнении задания. Часто такие дети становятся инициаторами ссор и драк, поскольку не только очень подвижны, но и часто неловки и даже неуклюжи, поэтому нередко задевают, толкают, роняют  окружающие  предметы, а в силу своей импульсивности не всегда могут конструктивно разрешить возникшую ситуацию.

Своим поведением гиперактивные расторможенные дети  возбуждают класс, затрудняя проведение учебных занятий. Вероятно,  и учителю,  и психологу знаком портрет такого ребенка. Очень часто у детей, отличающихся гиперактивным поведением, имеются сложности в усвоении учебного материала, и многие педагоги склонны объяснять это недостаточным интеллектом. Однако обычно результаты психологического исследования доказывают, что уровень интеллекта таких детей соответствует возрастной норме.

Немного из истории вопроса. Впервые художественное описание проявлений гиперкинетического синдрома в 1854 году предложил немецкий невропатолог H. Hoffmann (1854). А научное описание симптомов гиперактивности как расстройства в 1902 году дал британский врач G.F. Still, полагавший, что их появление появление вызвано слабым "тормозящим волеустремлением" и "недостаточным моральным контролем" (цит. по: Э. Мэш, Д. Вольф, 2003, с. 131). Активное исследование этого синдрома началось во второй половине XX в., когда благодаря M. Laufer (1957) и другими авторами был введён в научный оборот термин «гиперкинетическое расстройство», а в качестве его наиболее вероятной причины была признана минимальная мозговая дисфункция.

Со временем более широкое распространение получил термин «синдром дефицита внимания и гиперактивности». Это связано с тем, что **гиперактивность выступает только как одно из проявлений целого комплекса нарушений,** а основной дефект связан с недостаточностью механизмов внимания и тормозящего контроля головного мозга (хотя эта широко распространённая в отечественной научной литературе позиция в настоящее время считается дискутабельной). А также с тем, что с развитием практики образования гиперактивных детей в литературе стало много внимания уделяться психолого-педагогическим аспектам диагностики и коррекции этого расстройства, а это в свою очередь существенно расширило границы понимания проблемы по сравнению со строгим медицинским подходом. При этом важно отметить, что несмотря на активное использование этого термина в науке и практике, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) согласно Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) - только один из классификационных вариантов, включающих также дефицит внимания с гиперактивностью, расстройство с дефицитом внимания с гиперактивностью (наряду с СДВГ обозначаемых шифром F90.0), гиперкинетическое расстройство, связанное с расстройством поведения (F90.1), другие гиперкинетические расстройства (F90.8) и гиперкинетическое расстройство неуточнённое (F90.9).

В соответствии с МКБ-10 все эти варианты объединены понятием «гиперкинетические расстройства» (F90), которые определяются как группа расстройств, характеризующихся ранним началом; сочетанием чрезмерно активного, слабо модулируемого поведения с выраженной невнимательностью и отсутствием упорства при выполнении задач; тем, что эти поведенческие характеристики проявляются во всех ситуациях и обнаруживают постоянство во времени. Гиперкинетические расстройства относятся к классификационному разделу «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте». По данным разных авторов, в 30-70% случаев ряд симптомов СДВГ может сохраняться и во взрослом возрасте (Э. Голдберг, 2003; A.K. Leung et al., 2016).

Учитывая тот факт, что в педагогической и психолого-педагогической практике мы не всегда располагаем точными медицинскими сведениями о клиническом варианте гиперактивного расстройства у того или иного обучающегося, в дальнейшем мы будем условно использовать термины «синдром дефицита внимания и гиперактивности» и «гиперактивные расстройства» как обобщённые и синонимичные.

В связи с существенной вариативностью критериев диагностики и особенностями проявления в разные периоды развития ребёнка оказалось затруднительным оценить и распространённость СДВГ. Согласно данным разных авторов, частота встречаемости СДВГ составляет от 3 до 20 % среди детей, а среди детей с трудностями в обучении школе достигает 80 % (Ж.М. Глозман, 2009) . При этом частота встречаемости у мальчиков в 2-3 раза выше, чем у девочек, что объясняется более высокой уязвимостью плода мужского пола к патогенным воздействиям во время беременности и родов (В.Р. Кучма, А.Г. Платонова, 1997). Д.В. Пушкарева, Т.И. Иванова (2018) приводят данные о том, что распространенность СДВГ среди лиц в возрасте от 18 до 44 лет составляет 4,4%. «При использовании диагностических критериев МКБ-10 распространенность СДВГ среди взрослых составляет 2%. Соотношение между мужчинами и женщинами составляет приблизительно от 3 до 4:1 в эпидемиологических и 6:1 в клинических исследованиях» (с. 8)

1. **Гиперактивное поведение детей**

Что такое гиперактивность?

"Гипер…" - (от греч. Hyper - над, сверху) - составная часть сложных слов, указывающая на превышение нормы. Слово "активный" пришло в русский язык из латинского "activus" и означает "действенный, деятельный".

СДВГ – это полиморфный клинический синдром, главным проявлением которого является нарушение способности ребенка контролировать и регулировать свое поведение, что выливается в двигательную гиперактивность, нарушение внимания и импульсивность. (О.И. Романчук, 2010).

***Гиперактивное поведение детей отличается следующими признаками:***

1.     Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.

2.     Ребенок встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.

3.     Проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.

4.     Обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.

5.     Часто бывает болтлив.

6.     Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их  до конца.

7.     Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.

8.     Часто мешает другим, пристает к окружающим, например, вмешивается в беседы или игры.

**Как выявить гиперактивного ребенка?**

Основные проявления гиперактивности можно разделить на три блока: **дефицит активного внимания, двигательная расторможенность, импульсивность.**

**I.            Дефицит активного внимания**

1.   Непоследователен, ему трудно долго удерживать внимание.

2.   Не слушает, когда к нему обращаются.

3.    С большим энтузиазмом берется за задание, но так и не заканчивает его.

4.   Испытывает трудности в организации своей деятельности.

5.   Часто теряет вещи.

6.   Избегает скучных и требующих умственных усилий заданий.

7.   Часто бывает забывчив в повседневной действительности.

8.    Отвлекается на посторонние стимулы

**II.            Двигательная расторможенность**

1.   Суетлив, не может сидеть спокойно.

2.   Вскакивает с места без разрешения.

3.   Проявляет признаки беспокойства (барабанит пальцами, двигается в кресле, бегает, забирается куда-либо).

4.    Спит намного меньше, чем другие дети, даже в младенчестве.

5.    Очень говорлив.

6.    Не может играть в тихие игры, отдыхать.

**III.            Импульсивность**

1.   Начинает отвечать, не дослушав вопрос.

2.   Не способен дождаться своей очереди, часто вмешивается, прерывает.

3.   Плохо сосредоточивает внимание.

5.   Не может дождаться вознаграждения (если между действиями и вознаграждением есть пауза).

6.    При выполнении заданий ведет себя по-разному и показывает очень разные результаты  (на некоторых занятиях ребенок спокоен, на других - нет, на одних уроках он успешен, на других - нет).

***Если в возрасте до 7 лет проявляются хотя бы шесть из перечисленных признаков, педагог, родители могут предположить, что ребенок, за которым он наблюдает, гиперактивен,***поэтому следует обратится за консультацией к специалистам (педагогу-психологу, медикам).

1. **Возрастная динамика гиперактивного поведения**

     По данным и отечественных и зарубежных авторов пик проявле­ния синдрома приходится на период подготовки к школе и начало обучения.

      Это обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности. 5—7 и 9—10 лет — критические периоды для форми­рования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память. К 7 годам, как пишет Д.А. Фарбер (1991), про­исходит смена стадий интеллектуального развития, формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности.

В 6—7 лет дети с синдромом **не готовы к обучению** в школе в связи с замедлением темпов функционального созревания коры и подкорковых структур. ***Систематические школьные нагрузки могут привести к срыву компенсаторных механизмов центральной нервной системы и развитию дезадаптационного школьного синдрома, усугубляемого учебными трудностями.*** Поэтому вопрос о готовности к школе для гиперактивных детей должен решаться в каждом конкретном случае педагогом-психологом и наблюдающим ребенка врачом.

Всплеск гиперактивности в 12-15 лет в группе риска и в группе детей с СДВГ  в 14 лет совпадает с периодом полового созревания. Гормональный "бум" отражается на особенностях поведения и отношении к учебе.

К концу периода полового созревания гиперактивность и эмоциональная импульсивность практически исчезают или маскируются другими личностными чертами, повышается самоконтроль и регуляция поведения, дефицит внимания сохраняется.

***Нарушение внимания - основной признак заболевания, поэтому именно он определяет дальнейшую динамику и прогноз заболевания.***

Среди мальчиков 7 – 12 лет признаки синдрома диагностируются в 2—3 раза чаще, чем среди девочек. Среди подростков это соотношение составляет 1:1, а сре­ди 20 – 25 – летних –  1:2 с преобладанием девушек.

Преобладание мальчиков — это не только следствие субъективного мнения респондентов, отвечающих на вопросы анкеты, хотя учителя чаще всего именно в мальчиках видят нарушителей порядка. Высокая частота симптомов заболевания у мальчиков может быть обусловлена влиянием наследственных факторов, а также *более высокой уязвимостью плода мужского пола к патоге­нетическим воздействиям во время беременности и родов*. *У де­вочек большие полушария головного мозга менее специализированы, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных фун­кций по сравнению с мальчиками при поражении центральной нервной системы*(Корнев А.Н., 1986).

**3. Причины   гиперактивного поведения**

Исследования в этой области привели ученых к выводу, что  причиной нарушений  поведения выступает дисбаланс процессов возбуждения и торможения в нервной системе. Был локализован и "участок ответственности" за данную проблему – ретикулярная формация. Этот отдел центральной нервной системы "отвечает" за человеческую энергию, за двигательную активность и выраженность эмоций, воздействуя на кору больших полушарий и другие вышележащие структуры. Вследствие различных органических нарушений ретикулярная формация может находиться в перевозбужденном состоянии, и поэтому ребенок становится расторможенным.

Непосредственной причиной нарушения называли **минимальную мозговую дисфункцию**, то есть множество микроповреждений мозговых структур, возникающих вследствие родовой травмы, асфиксии новорожденных и множества подобных причин. При этом **грубые очаговые повреждения мозга отсутствуют**. В зависимости от степени поражения ретикулярной формации и нарушений со стороны близлежащих отделов мозга возникают более или менее выраженные проявления двигательной расторможенности.

Помимо  минимальной мозговой дисфункции, некоторые исследователи (Е.В. Касатикова, А.Д. Кошелева, Л.С. Алексеева) называют причинами гиперактивного поведения еще и особенности темперамента, а также недостатки внутрисемейного воспитания. Интерес к данной проблеме  не убывает, поскольку если 8-10 лет назад таких детей в классе было по одному – два, то сейчас – до пяти человек и более.

**Быстрые, импульсивные, эти дети не умеют сдерживать свои желания, организовывать поведение.**В любой ситуации доставляют окружающим много хлопот, **крайне "неудобны" для воспитателей, учителей и даже родителей.** Данный вариант развития ребенка становится весьма распространенным и в дошкольном учреждении, и в школе. Дезадаптирующие особенности поведения таких детей свидетельствуют о недостаточно сформированных регуляторных механизмах психики, и, **прежде всего самоконтроля как важнейшего условия и необходимого звена в генезисе произвольных форм поведения.**

Если принять во внимание, что негативные настроения и низкая адаптированность в большой степени определяются средой, прежде всего общесемейной, то значение разных воспитательных стратегий (тем более материнских), либо компенсирующих, либо, наоборот, провоцирующих появление нежелательных симптомов, оказывается очевидным.

Существуют различные мнения о **причинах возникновения гиперактивности:**

**Генетические механизмы.**Повышенная встречаемость расстройства у близнецов позволила предположить генетический механизм в этиологии заболевания (Sandberg S. 1996,  Quist J.F. 2003)

**Наследственность.** У 10-25 %  гиперактивных детей, по данным З. Тржесоглавы (1986) отмечается наследственная предрасположенность к гиперактивности.  Как правило, у гиперактивных детей кто-то из родителей был гиперактивным, поэтому одной из причин считают  наследственность.

**Здоровье матери.** Гиперактивные дети часто рождаются у матерей, страдающих аллергическими заболеваниями, анемией, хроническими инфекционными заболеваниями (Микадзе Ю.В. 1996г), употреблением алкоголя, никотина, наркотиков во время беременности.

**Беременность и роды.** Неблагоприятные факторы в течение беременности и родов (стрессы, аллергия, токсикозы, перенесенные инфекционные заболевания, хроническая внутриутробная гипоксия плода), осложненные роды, недоношенность также могут привести к гиперактивности у ребенка.

**Окружающая среда.** Можно предположить, что экологическое неблагополучие, которое сейчас переживают все страны, вносит определенный вклад в рост количества нервно-психических заболеваний, в том числе и СДВГ.

**Отношения внутри семьи.**Исследования, проведенные Брязгуновым И.П., Касатиковой Е.В. показали, что две трети детей, характеризующихся как гиперактивные – это дети из семей высокого социального риска. К ним относятся семьи:

1. С неблагополучным экономическим положением (один или оба родителя безработные, неудовлетворительные материально-бытовые условия, отсутствие постоянного места жительства);

2. С неблагоприятной демографической ситуацией (неполные и многодетные семьи, отсутствие обоих родителей);

3. Семьи с высоким уровнем психологической напряженности (постоянные ссоры и конфликты между родителями, трудности во взаимоотношениях между родителями и детьми, жесткое обращение с ребенком);

4. Семьи, ведущие асоциальный образ жизни (родители страдают алкоголизмом, наркоманией, психическими заболеваниями, ведут аморальный образ жизни, совершают правонарушения).

В семьях высокого социального риска детям практически не уделяют внимания. **Педагогическая запущенность способствует отставанию ребенка в психическом развитии.**Такие дети, имея от рождения нормальный уровень интеллекта, на 2 – 3 году обучения отстают в учебе от своих сверстников, потому что родители совсем не занимаются их развитием. **У этих детей могут появляться признаки эмоциональной депривации -  эмоционального "голода", вследствие недостатка материнской ласки и нормального человеческого общения.**Они готовы привязаться к любому человеку, который проявит заботу о них. **В подростковом возрасте они часто  попадают в асоциальные компании.**

Причиной гиперактивности ребенка может стать и неудовлетворение ребенка общением с близкими людьми, отсутствием эмоционального контакта во внешне благополучных семьях (Л.С.Алексеева,1997).

Вообще для всех гиперактивных детей любовь матери (любит? –  не любит?), ее проявление в разных ситуациях не просто актуальная, а доминирующая тема среди всех других. Это свидетельствует о том, что присущая малышу потребность в эмоциональном контакте с близким взрослым не удовлетворена. Хорошо, если ребенок "достучится" до взрослого, а взрослый услышит  этот "крик" души.

Можно дополнить картину взаимоотношений гиперактивного ребенка с близким взрослым еще некоторыми особенностями. Так, обследования  детей  показывают, что во многих семьях гиперактивные дети находятся под неослабным контролем матери, но именно поэтому у них плохо развиваются чувства независимости и самостоятельности. Матери, контролируя, дают больше указаний, но менее ласковы к детям, мало поощряют и хвалят их.

Результатом же этого становится чаще всего **неумеренное** ужесточение режима воспитания, иногда жалость, апатия от ощущения безысходности или, наоборот, чувство вины за неправильное воспитание. Создается ситуация, когда в процессе воспитания ребенок получает значительно больше негативных, чем позитивных, воздействий. Его часто наказывают, начинают сомневаться в его способностях, постоянно указывают на ошибки, и иногда начинают считать неполноценными (Е.К. Лютова, 2000).

1. **Психолого-педагогическая помощь детям с СДВГ.**

Р**екомендации родителям**

**по коррекции поведения детей с гиперактивностью**:

1. В своих  отношениях  с ребенком придерживайтесь "позитивной модели".

2. Хвалите его, когда он этого заслужил, подчеркивайте успехи. Это укрепляет уверенность ребенка в собственных силах, повышает его самооценку.

3.  Избегайте повторения слов "нет" и "нельзя".

4.  Разговаривайте с ребенком всегда сдержанно, спокойно, мягко.

5.  Давайте ребенку только одно задание на определенный отрезок времени, чтоб он мог его завершить.

6.   Для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию.

7.  Поощряйте ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (например, работа с пазлами, раскрашивание, чтение).

8.  Поддерживайте дома четкий распорядок дня. Время приема пищи, выполнения домашних заданий и сна ежедневно должно соответствовать установленному режиму.

9. Избегайте по возможности скопления людей. Пребывание в крупных магазинах, на рынках, в ресторанах и т.д. оказывает на такого ребенка чрезмерно стимулирующее, возбуждающее воздействие.

10. Во время игр ограничивайте ребенка одним партнером. Избегайте беспокойных, шумных приятелей.

11.  Оберегайте ребенка от утомления, поскольку оно приводит к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности.

12. Предоставьте ребенку возможность расходовать избыточную энергию. Полезны ежедневная физическая активность на свежем воздухе, длительные  прогулки, бег, спортивные занятия, игры.

**Рекомендации педагогам-психологам.**

Психолого-педагогическое сопровождение детей с СДВГ должно быть  построено на принципах сохранения, укрепления и развития здоровья, направлено на развитие здорового образа жизни.

По данным исследований (Taylor et al., 2004) наиболее эффективными методами психологической терапии  являются:

***Основные терапевтические вмешательства при СДВГ:***

1.     Психологическое просвещение.

2.     Поведенческая терапия.

3.     Психофармакотерапия (врачи).

***Возможные (основные и дополнительные)***

***терапевтические вмешательства при СДВГ***

1.     Дето-центрированные:

·        Психологическое просвещение ребенка/подростка.

·        Психофармакотерапия (врачи).

·        Психотерапия.

·        Тренинг социальных навыков и др.

2.     Семейно-центрированные:

·        Психологическое просвещение родителей.

·        Обучение родителей методам управления поведением.

·        Семейная психотерапия.

·        Индивидуальная психотерапия/психиатрическая помощь родителям.

·        Социальная помощь семье.

·        Домашние видеотренинги (общения, поведения и др.)

3.     Ориентированные на педагогическую среду (школа, детский сад):

·        Психологическое просвещение педагогов.

·        Применение специфических подходов в обучении и управлении поведением ребенка с СДВГ в школе, в детском саду.

·        Выбор учебной среды (специализированная школа и т.п.) и др.

**Рекомендации педагогу**

**1.     Повышение учебной мотивации:**

·        применение системы поощрений;

·        использование нетрадиционных форм работы (например, возможность выбора домашнего задания),

·        обучение учащимися более младших школьников,

·        повышение самооценки учащихся (Задание «Я - звезда»).

**2.     Организация учебного процесса с учетом психофизиологических особенностей учащихся:**

·        смена видов деятельности в зависимости от степени утомляемости ребенка;

·        реализация двигательной потребности ребенка (выполнение поручений учителя, требующих двигательной активности: раздать тетради, стереть с доски, полить цветы и т.д.),

·        снижение требований к аккуратности на первых этапах обучения;

·        выполнение упражнений на релаксацию и снятие мышечных зажимов («Драка», «Черепаха», массаж кистей рук, пальчиковые игры   М.С. Рузиной из книги «Страна пальчиковых игр»);

·        инструкции учителя должны быть четкими и немногословными;

·        применение мультисенсорных техник обучения;

·        проверка знаний – в начале урока;

·        избегание категоричных запретов.

**3.     Развитие дефицитарных функций:**

·        повышение уровня внимания (использование упражнений «Найди ошибку», «Проверь себя и соседа»);

·        снижение импульсивности (например, вызов к доске того, кто поднял руку последним, задание «Тихий ответ»);

·        снижение деструктивной двигательной активности (обучение навыкам самоконтроля: упражнение «Замри», «Волны» и др.).

**4.     Обучение учащегося конструктивным формам взаимодействия с педагогом и сверстниками на уроке:**

·        отработка навыков выражения гнева в приемлемой форме;

·        обучение конструктивным способам разрешения конфликтов на уроке;

·        обучение приемам структурирования учебного времени;

·        отработка навыков самоконтроля;

·        обучение техникам самоуправления.

 **5.     Вывод:**

Все больше и больше гиперактивных детей обучается в школах. Конечно, совсем не просто подобрать к ним «ключик», сделать обучение для них приятным и увлекательным. Гораздо легче присвоить клеймо «неуправляемый» и по возможности перевести в другой класс или в другую школу. Достаточно часто такие дети, несмотря на удивительные способности и креативность, уже к концу первого класса оказываются в числе неуспевающих. Многие учителя стараются помочь им, ***используя нетрадиционные способы подачи материала, проведения проверочных работ*** и т.д. Как показывает практика, помощь гиперактивным детям может оказаться эффективной, и некоторые из них могут со временем стать «гордостью» школы.

Необходимо также налаживать партнерские отношения между родителями и специалистами, в которых  признается, что родители являются главными людьми в жизни ребенка. А потому роль специалистов – скорее помогать им и поддерживать их, для того чтобы помощь детям была действенной.

**То, что дети с СДВГ не могут полноценно управлять собой – это не их вина. Но наша ответственность – быть рядом с такими детьми на жизненном пути, чтобы помочь «вырулить» на трудных перекрестках и с минимальными потерями продвигаться в направлении, которое ведет к самореализации и любви – чтобы их жизнь все-таки могла состояться**

**Литература**

1.     Брязгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных      детях. - М.: Изд-во Института   Психотерапии, 2008. - 96 с.

2.     Габдракипова В.И., Эйдемиллер Э.Г. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью.Методические рекомендации.М.:Перспектива. 2009.

3.  Дробинский А.О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания // Дефектология. - №1. - 1999. - С.31-36.

4.  Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. М.:Школа-Пресс, 2001.

5.  Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. Пер.с нем. М.: Академия. 2004.

6.  Лютова Е.К., Монина Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Псикоррекционная работа с гиперактивным, агрессивными, тревожными и аутичными детьми.  – СПб.: Речь, 2007.  - 192 с.

7. Монина Г., Лютова-Робертс Е., Чутко Л. Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая помощь. СПб.: Речь, 2007.

8.  Нарушение поведения и развития у детей: Книга для хороших родителей и специалистов / Под ред. Л.С. Чутко. – СПб.:КАРО, 2011. – 176с. – (Серия «Специальная педагогика»)

9. Психология детей с отклонениями и нарушениями психического развития / Сост. и общая редакция Астапова В.М., Микадзе Ю.В. - СПб: Питер, 2001. - 384 с.

10.  Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога в образования: Учебное пособие. В 2 кн. - М.: ВЛАДОС, 2001. - 529 с.

11.  Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей/Пер. с укр. – М.:Генезис, 2010. – 336с.

12.  Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте.  - М.:Медицина, 1986. - 159 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ  1

Памятка для детей

**Золотое правило**

**ОСТАНОВИСЬ-ПОДУМАЙ-ДЕЙСТВУЙ!**

1.  Когда сталкиваешься с трудностью – остановись и проанализируй проблему.

2.   Подумай, какими могут быть разные пути решения проблемы и каковы положительные и отрицательные стороны и последствия выбора каждого из них.

3.   Выбери тот способ действий, который считаешь наилучшим.

4.    Действуй.

5.    Если не удастся достичь желаемого результата – не отчаивайся, а выбирай запасной вариант.

ПРИЛОЖЕНИЕ  2

**Анкета для педагога**

          В какой степени выражены нижеперечисленные признаки у ребенка?

Проставьте соответствующие цифры: 0 – отсутствие признака, 1- присутствие в незначительной степени; 2- присутствие в умеренной степени, 3- присутствие в выраженной степени.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Признаки | Баллы |
| 1 | Беспокоен, извивается, как уж. |   |
| 2 | Беспокоен, не может оставаться на одном месте. |   |
| 3 | Требования ребенка должны выполнятся немедленно. |   |
| 4 | Задевает, беспокоит других детей. |   |
| 5 | Возбудимый, импульсивный. |   |
| 6 | Легко отвлекается, удерживает внимание на короткий период времени. |   |
| 7 | Не заканчивает работу, которую начинает. |   |
| 8 | Поведение ребенка требует повышенного внимания учителей. |   |
| 9 | Не старателен в учебе. |   |
| 10 | Демонстративен в поведении (истеричен, плаксив). |   |
|   | Общее число баллов |   |

Если  результат 11 и более баллов для девочек и 15 и более балов для мальчиков, вам необходимо показать ребенка специалисту.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

**Анкета для родителей**

          Появились ли у ребенка в возрасте до 7 лет следующие признаки, наблюдались ли они более 6 месяцев? Принимается только "Да" (1 балл) или "Нет" (0 баллов).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Признаки | Баллы |
| 1 | Суетливые движения руками и ногами или, сидя на стуле, извивается (у подростков может быть субъективное чувство нетерпеливости) |   |
| 2 | С трудом остается на стуле при выполнении каких-либо занятий |   |
| 3 | Легко отвлекается на посторонние стимулы |   |
| 4 | С трудом ожидает очереди для вступления в игру |   |
| 5 | Отвечает на вопросы, подумав и раньше, чем вопрос закончен |   |
| 6 | С трудом исполняет инструкции других. |   |
| 7 | С трудом удерживает внимание при выполнении заданий или в игровых ситуациях. |   |
| 8 | Часто переключается с одного незаконченного дела на другое. |   |
| 9 | Во время игр беспокоен. |   |
| 10 | Часто чрезмерно разговорчив. |   |
| 11 | В разговоре часто прерывает, навязывает свое мнение, в детских играх часто является "мишенью". |   |
| 12 | Часто кажется, что не слышит, что сказано ему или ей. |   |
| 13 | Часто теряет предметы и вещи, необходимые для работы дома или в классе (игрушки, карандаши, книги и др.). |   |
| 14 | Игнорирует физическую опасность и возможные последствия (например. бежит по улице "без оглядки" |   |
|   | Общее число баллов |   |

Если общее число баллов 8 и более, вам необходимо показать ребенка специалисту.