**Памятка для родителей**

**«Гиперактивный ребенок: что нужно знать родителям дошкольника»**

«Гипер...» - составная часть слож­ных слов, указывающая на превышение нормы. Слово «активный» пришло в рус­ский язык из латинского и означает «дея­тельный, действенный».

Авторы психологического словаря относят к внешним проявлениям гиперак­тивности невнимательность, импульсив­ность, повышенную двигательную актив­ность. Часто гиперактивности сопутствуют проблемы во взаимоотношениях с окру­жающими, трудности в обучении, низкая самооценка. При этом уровень интеллекту­ального развития у детей не зависит от сте­пени гиперактивности и может превышать показатели возрастной нормы. Первые про­явления гиперактивности наблюдаются в возрасте до 7 лет и чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек.

Существуют различные мнения о причинах возникновения гиперактивности: это могут быть генетические факторы, осо­бенности строения и функционирования головного мозга, родовые травмы, инфек­ционные заболевания, перенесенные ребен­ком в первые месяцы жизни и т.д.

Как правило, в основе синдрома ги­перактивности лежит минимальная мозго­вая дисфункция (ММД), наличие которой определяют врачи неврологи после прове­дения диагностики и при необходимости назначают медикаментозное лечение. Часто ММД сопровождается ПШОП (патология шейного отдела позвоночника) - важно вы­явить причину и особенности таких нару­шений. В неврологии, однако, ММД не вы­ступает в качестве серьезного дефекта. И детей с легкими функциональными откло­нениями снимают с учета в 1 год или в 3 года и как правило больше не лечат.

К сожалению, если не проводятся по­стоянная комплексная реабилитация ребенка (медицинская в первую очередь), нарушения не исчезают, а лишь обретают новые формы проявления (сложный симптомокомплекс, включающий не только анатомо-физиологические отклонения, но и психоло­гические, затрагивающие поведенческие проявления).

В связи со сказанным особое значение приобретает активная позиция родителей, педагогов в воспитании ребенка с ММД.

При наличии у ребенка ПШОП, ММД можно ожидать следующих проявлений (от­клонений):

1. Быструю утомляемость и сниженную ра­ботоспособность (при этом физическое утомление может полностью отсутство­вать);
2. резко сниженные возможности само­управления и произвольности в любых видах деятельности;
3. выраженные нарушения в деятельности ребенка (в том числе умственные) при эмоциональной активности;
4. значительные сложности в формирова­нии произвольного внимания: неустой­чивость, отвлекаемость, трудности кон­центрации, слабое распределение, про­блемы с переключением в зависимости от преобладания лабильности или ригидно­сти;
5. снижение объема оперативных памяти, внимания, мышления (ребенок может удержать в уме и оперировать довольно ограниченным объемом информации);
6. трудности перехода информации из крат­ковременной памяти в долговременную;
7. двигательная гиперактивность (СДВГ) наиболее часто встречается у мальчиков;
8. инфантильность, склонность к зависимым формам поведения, подвер­женность чужому влиянию, отсутствие ин­тересов, устремлений, безответственность.

**Таким образом, гиперактивным детям**

**раннее обучение нежелательно, даже если ребенка отличает высокий уровень интел­лектуального развития.**

Так как с первых дней обучения в школе по­требует от ребенка тех свойств, которые у не­го нарушены: устойчивое внимание, хорошая работоспособность, способность к самоуправ­лению. Все это очень часто родителями не учитывается.

Что могут (нужно) родители, чтобы подгото­вить ребенка к поступлению в школу:

1. За 2 года до начала обучения в школе обратиться за консультацией к психо­логу с целью исследования особенностей интеллекта, эмоциональной сферы и полу­чения рекомендаций по воспитанию и обу­чению ребенка;
2. Тщательно обследовать ребенка у невролога, психоневролога, других узких специалистов. В случае необходимости ре­гулярно пролечивать ребенка;
3. Начинать обучение ребенка с ПШОП и ММД не ранее достижения им 7 лет, в некоторых наиболее сложных случаях целесообразно отложить начало обучения еще на 1 год, используя время на целена­правленную работу с ребенком;
4. Занятия по подготовке к школе должны быть направлены на развитие речи и мышления, расширение кругозора, общее развитие. Учите ребенка рассуждать, по­нимать возможные последствия своих по­ступков. Обучение должно строиться в игровой форме, учитывать особенности работоспособности ребенка. Детей с ПШОП и ММД не следует перегружать умственными занятиями. Исключите, по возможности, излишние механические нафузки на память;
5. Внимательно отнеситесь к рекомендаци­ям и предостережениям психолога, вос­питателя. Возможно, ему видны и понят­ны некоторые негативные особенности состояния здоровья ребенка, и вероятные различные осложнения в период школь­ной адаптации. Так как перечень ослож­нений для детей с ПШОП и ММД доста­точно четко определены;
6. Выбирая школу, исходите их блага ре­бенка, а не соображений престижа семьи, амбиций близких людей, не пытайтесь решать бытовые проблемы за счет поме­щения ребенка в школу;
7. Выбирайте программу обучения исходя из разрешающих возможностей ребенка, которые каждый раз определяются инди­видуально на основе заключения врачей, психолога, логопеда. Большинство спе­циалистов считает оптимальным обуче­ние по программе 1-4, которая обеспечи­вает более плавное и мягкое включение ребенка в учебную деятельность;
8. Позаботьтесь о том, чтобы ребенок начал обучение не только по подходящей про­грамме, но и мудрого, понимающего, способного сопереживать учителя;
9. При оформлении школьной медицинской карты, внесите в нее все особенности ре­бенка. Найдите время для беседы с педа­гогом (психологом) - предупредите его об особенностях восприятия, работоспособности вашего ребенка