**«Психодиагностика и психотерапия при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью»**

**Автор:** Терентьева Ирина Борисовна, Кандидат политических наук, психолог. Автор обучающих программ для психологов – практиков,  Директор  центра практической психологии и психотерапии «Фонд»  Республика Казахстан,   [www.psy-fund.com](http://www.psy-fund.com);  автор и куратор Фестиваля семейной психологии «Амур и Психея»  [www.psy-amours.com](http://www.psy-amours.com);  автор и куратор проекта  ZONAPI   [www.zonapi.com](http://www.zonapi.com); автор и куратор Фестиваля детской психологии и психотерапии «Улыбка радуги», автор и куратор проекта Ассоциации перинатальных психологов и психотерапевтов «Берегиня», автор книги «О комплексах и не только…», автор аудиокниги «Все тайны твоих комплексов», автор книги «Марафон серого вещества» и автор метафорических карт «Твои комплексы»

+77773571113 [psyirina@mail.ru](mailto:psyirina@mail.ru) [www.psy-fund.com](http://www.psy-fund.com)   [www.zonapi.com](http://www.zonapi.com)  skype    irina1104196

«СДВГ - заболевание со средним или близким к средне­му интеллектуальным уровнем, с нарушением поведения от лёг­кой до выраженной степени в сочетании с минимальными откло­нениями в центральной нервной системе, которые могут характе­ризоваться различными сочетаниями нарушений речи, памяти, контроля внимания, двигательных функций» (S.D. Clements, 1966 г.)

По мнению S.D. Clements, ин­дивидуальные различия у детей могут быть результатом генетичес­ких отклонений, биохимических нарушений, инсультов в перинатальном периоде, заболеваний или травм в периоды критичес­кого развития центральной нервной системы или других органи­ческих причин неизвестного происхождения.

***Возникновение симптомов***: начало по­сещения детского сада, а первое ухудшение — к началу обучения в школе. У дошкольников: гипер­возбудимость, двигательная расторможенность, моторная нелов­кость, рассеянность, повышенная утомляемость, инфантилизм, импульсивность. У школьников: труд­ности обучения и отклонения в поведении. У подростков симптомы заболевания могут стать причиной развития асоциального поведения: правонарушений, алкоголизма, наркома­нии.

Основной симптом: признак «нарушения внимания». Наблюдаются: нарушения памяти, сниженная умственная работоспособность, повышенная утомляемость. Основные характерис­тики внимания: концентрация, переключение, устойчивость, рас­пределение, объём — ниже нормы. Объём оперативной па­мяти и мышления снижен, ребёнок может удерживать в уме и опе­рировать ограниченным количеством информации. Долговременная память слабая, так как временные связи образуются с трудом. Характерная черта умствен­ной деятельности— цикличность. Продуктивное время: 5—15 минут, далее контроль над умственной активностью теряется. Далее 3—7 минут мозг «отды­хает», накапливая энергию и силы для следующего рабочего цик­ла. Умственная актив­ность восстанавливается, и ребёнок опять работает 5—15 минут, после чего мозг снова «отключается». И так постоянно. Поэтому занятия должны быть выстроены с учетом данной особенности.

Данный режим мозговой деятельности в сочетании с на­рушениями восприятия, речевого развития, координации рук спо­собствуют возникновению у детей с синдромом трудностей в освоении чтения, письма, счёта. Ги­перактивные дети отличаются сниженным интересом к интеллектуальным занятиям, художественно-изобразительному искусству. Таким детям свойственны тики и навязчивые движения. Дошкольники и младшие школьники испытывают слож­ности при застёгиваний пуговиц и завязывании шнурков, а также при занятиях конструированием, лепкой и рисованием. При обу­чении письму могут появляться дисграфии. Могут быть нарушения пространственной координации, проявляющиеся в неловкости, неуклюжести. Нару­шения эмоциональной сферы: чрезмерная возбудимость и импульсивность, обусловленные дефицитом сдержи­вающего контроля и саморегуляции поведения. Частая смена настроения, нарушены отношения как со сверст­никами, так и со взрослыми. В психическом отношении они отстают в своём развитии (пар­циальные задержки развития на 1,5—1,7 года). В отношении сверстников агрессивны и требовательны, эгоистичны. Не всегда они умеют сочувствовать и сопереживать. Не любят уступать в чём-либо и никогда не при­знаются в своей неправоте. Стремятся к лидерству, но не умеют действовать совместно с другими. Другие дети чаще всего отвер­гают их дружбу. Психологическое обследование у гиперактивных детей выявляет повышенную тревожность, беспокойство, внутреннюю напряжённость, переживание чувства страха. Такие дети в большей степени, чем другие, подвержены депрессивному настроению, легко расстраиваются из-за неудач.

При диагностике необходимо также обратить внимание на то, что симптомы расстройства должны:

* появляться до 8 лет;
* наблюдаться не менее 6 месяцев в двух сферах деятельности  
  ребёнка (в школе и дома);
* не должны проявляться на фоне общего расстройства развития,  
  шизофрении и других каких-либо нервно-психических расстройств и должны вызывать значительный психологический диском­форт и дезадаптацию.

***Психологическое обследование***

1.Метод наблюдения. Беседа с родителями и наблюдение за ребёнком во время консультации, во время занятий и игр.

2. Метод оценки уров­ня развития когнитивных функций (внимания, памяти, мышления), а также эмоциональных особенностей и двигательной сферы. Об­ращается внимание на личностные особенности ребёнка, наличие акцентуаций (крайних проявлений) характера. Оценивается степень развития школьных навыков и социальные условия жизни.

3. Нейропсихологическая ме­тодика: экспресс-диагностика памяти «Лурия-90», пробы на уровень развития произ­вольных движений А.Р. Лурии и Н.И. Озерецкого в обработке Л.С. Цветковой.

4. Рисуночные техники для диагностики идеомоторной коорди­нации: «дом, дерево, человек»; «несуществующее животное»; «автопортрет».

5. Методика для исследования внимания и оперативной памяти: тест Тулуз-Пьерона.

6. Отличие симптомов СДВГ от нормаль­ной высокой двигательной активности. При этом необходимо иметь в виду возможность проявления индивидуальных особен­ностей темперамента, акцентуаций характера.

7. Необходимо отличать СДВГ от специфи­ческих трудностей обучения. Дислексия (нарушение чтения), дисграфия (нарушение письма) и дискалькулия (нарушение счёта) часто сопровождаются нарушениями внимания и гиперактивностью, но последние являются в подобных случаях симптомами вто­ричного характера.

8. Дифференциальная диагностика СДВГ также проводится с та­кими патологическими состояниями, как посттравматическая эн­цефалопатия, тиреотоксикоз, фетальный алкогольный синдром (алкоголизация плода в утробе матери), хроническое отравление свинцом, нелеченная фенилкетонурия, постинфекционная энце­фалопатия, синдром кратковременных судорог, выраженное на­рушение развития, ревматическая хорея.

9. Необходимо разгра­ничить синдром дефицита внимания с различными психическими расстройствами, включая олигофрению лёгкой степени, аутизм, шизофрению, маниакально-депрессивный синдром. При олигофрении лёгкой степени может наблюдаться: слабость внима­ния, двигательная расторможенность, моторная неловкость, стереотипные движения. Шизофрения и депрессия у детей: сопровождаются избыточной активностью и дефи­цитом внимания, но при этом: непостоянный характер этих нарушений, семейная отягощённость по данным заболеваниям.

10. Важно учесть, что при неврозах у детей также может наблюдаться психомоторное беспокойство, эмоциональная лабильность, повышенная отвлекаемость.

***Лечение.***

Целью терапии является уменьшение нарушений поведения и учебных трудностей. Для этого, прежде всего, необходимо изменить окружение ребёнка в семье, школе и создать благоприятные усло­вия для коррекции симптомов расстройства и преодоления отста­вания в развитии высших психических функций.

Лечение детей с синдромом дефицита внимания с гиперак­тивностью должно включать комплекс методик, быть «мультимодальным».

«Мультимодальное» лечение включает следующие этапы:

* просветительные беседы с ребёнком, родителями, учителями;
* обучение родителей и учителей поведенческим программам;
* расширение круга общения ребёнка через посещение раз­  
  личных кружков и секций;
* специальное обучение в случае затруднений с учёбой;
* медикаментозная терапия;
* аутогенная тренировка и суггестивная терапия (гипноз).

Необходи­мо испробовать всё многообразие методик и выбрать наиболее эффективные при данных нарушениях.

***Обучение детей с СДВГ***

Обязательным условием обучения детей с СДВГ в коррекционных классах является создание благоприятных условий для раз­вития: наполняемость не более 10 человек в классе, обучение по специальным программам, наличие соответствующих учебников и развивающих материалов, индивидуальные занятия с психоло­гом, логопедом и другими специалистами. Класс желательно изо­лировать от внешних звуковых раздражителей, в нём должно быть минимальное количество отвлекающих и стимулирующих пред­метов (картин, зеркал и т.д.); ученики должны сидеть отдельно друг от друга, учащихся с более выраженной двигательной активнос­тью следует усаживать за предметные столы ближе к учителю, что­бы исключить их влияние на других детей. Продолжительность за­нятий сокращается до 30-35 минут. В течение дня обязательно про­водятся занятия по аутогенной тренировке.

Лечение детей с СДВГ обязательно должно включать физичес­кую реабилитацию. Это специальные упражнения, направленные на восстановление поведенческих реакций, выработку координи­рованных движений с произвольным расслаблением скелетной и дыхательной мускулатуры.

***Активные пятиминутки между занятиями:***

- *объемная аппликация -* мнется аппликационная бумага, немного распрямляется, из нее вырезается контур предмета, слегка наклеивается, затем, в случае необходимости, дорисовывается;

- *пальцевая живопись -* рисунок выполняется с помощью красок пальцами или кулачками;

- *рисование на мокрой бумаге -* смачивается кусок ваты или поролона, затем с их помощью влага ровно наносится на бумагу. Рисуется предмет густой краской;

- *волшебный рисунок -* вначале рисунок наносится контурно, с помощью восковой свечи, а затем сверху покрывается краской: контуры как бы проявляются;

- *монотопия -* рисунок наносится кистью и краской на целлофан, затем целлофан переворачивается и прижимается к бумаге;

- *«живая» капля -* большая капля краски вместе с бумагой наклоняется в различные стороны. Полученный рисунок по необходимости обводится или дорисовывается;  
- *коллаж -* в рисунке используется сразу несколько вышеперечисленных методов плюс открытки, ткани, природные  материалы.

***Приложение 1***

***Поведенческая психотерапия при СДВГ***

Домашняя программа коррекции включает:

* *изменение поведения взрослого и его отношения к ребёнку* (де­монстрировать спокойное поведение, избегать слов «нет» и «нельзя», взаимоотношения с ребёнком строить на доверии и вза­имопонимании);
* *изменение психологического микроклимата в семье* (взрослые должны меньше ссориться, больше времени уделять ребёнку, про­водить досуг всей семьёй);
* *организацию режима дня и места для занятий;*
* *специальную поведенческую программу,* предусматривающую преобладание методов поддержки и вознаграждения.

В домашней программе преобладает поведенческий аспект, в школе же основной упор делается на когнитивную терапию, что­бы помочь детям справиться с трудностями в учёбе.

Школьная программа коррекции включает:

* *изменение окружения* (место ребёнка в классе — рядом с учи­телем, изменение режима урока с включением минуток актив­ного отдыха, регулирование взаимоотношений с одноклассниками);
* *создание положительной мотивации, ситуаций успеха;*
* *коррекцию негативных форм поведения,* в частности немоти­вированной агрессии;
* *регулирование ожиданий* (касается и родителей), так как по­ложительные изменения в поведении ребёнка проявляются не так быстро, как бы хотелось окружающим.

Кроме родителей и учителей большую помощь в организации программы коррекции должны оказывать врачи, психологи, со­циальные педагоги — те, кто может оказать профессиональную помощь в индивидуальной работе с таким ребёнком.

Коррекционные программы должны быть ориентированы на возраст 5—8 лет, когда компенсаторные возможности мозга велики и ещё не успел сформироваться патологический стереотип.

Негативные методы воспитания не­эффективны у этих детей. Особенности их нервной системы тако­вы, что порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому они не восприимчивы к выговорам и наказанию, но легко отвечают на малейшую похвалу. Хотя способы вознаграж­дения и поощрения ребёнка надо постоянно менять.

Домашняя программа вознаграждения и поощрения включает следующие моменты:

1. Каждый день перед ребёнком ставится определённая цель, которую он должен достичь.
2. Усилия ребёнка при достижении этой цели всячески поощ­ряются.
3. В конце дня поведение ребёнка оценивается в соответствии с достигнутыми результатами.
4. Родители периодически сообщают лечащему врачу об из­менениях в поведении ребёнка.
5. При достижении значительного улучшения в поведении ре­бёнок получает давно обещанное вознаграждение.

Примерами поставленных целей для ребёнка могут быть: хо­рошее выполнение домашних заданий, помощь более слабому од­нокласснику в приготовлении уроков, примерное поведение, уборка в своей комнате, приготовление обеда, покупки и другие.

В разговоре с ребёнком и особенно, когда вы даёте ему зада­ния, избегайте директивных указаний, поверните ситуацию таким образом, чтобы ребёнок почувствовал: он сделает полезное дело для всей семьи, ему всецело доверяют, на него надеются. При об­щении с сыном или дочерью избегайте постоянных одёргиваний типа «сиди спокойно» или «не болтай, когда я с тобой разговари­ваю» и другие неприятные для него вещи.

При неудовлетворительном поведении рекомендуется лёгкое наказание, которое должно быть немедленным и неизбежным. Это может быть просто словесное неодобрение, временная изоляция от других детей, лишение «привилегий».

Родителям рекомендуется написать список того, чего они ожи­дают от ребёнка в плане поведения. Этот список в доступной ма­нере объясняется ребёнку. После этого всё написанное неукосни­тельно соблюдается, и ребёнок поощряется за успех в его выпол­нении. От физического наказания необходимо воздерживаться.

Считают, что лекарственная терапия в сочетании с поведен­ческими методиками наиболее эффективна.

***Визуализация***

Под визуализацией понимают релаксацию, мысленное слия­ние с воображаемым предметом, картиной или процессом. Пока­зано, что визуализация определённого символа, картины, процесса оказывает благоприятный эффект, создаёт условия для восстанов­ления умственного и физического равновесия.

Визуализацией пользуются для расслабления и вхождения в гипнотическое состояние. Также её применяют для стимуляции защитной системы организма, увеличения кровообращения в определённом участке тела, для замедления пульса и т.п.

***Медитация***

Медитация — один из трёх основных элементов йоги. Это созна­тельная фиксация внимания на моменте времени. При медитации возникает состояние пассивной сосредоточенности, которое иногда называют альфа-состоянием, так как в это время мозг генерирует преимущественно альфа-волны, так же как перед засыпанием.

Медитация снижает активность симпатической нервной сис­темы, способствует снижению тревожности и расслаблению. При этом замедляются сердечный ритм и дыхание, снижается потребность в кислороде, меняется картина мозгового напряжения, ре­акция на стрессовую ситуацию уравновешивается.

***Аутогенная тренировка***

Аутогенная тренировка (AT) как самостоятельный метод пси­хотерапии предложен Шульце в 1932 г. AT соединяет в себе не­сколько методик, в частности метод визуализации.

AT включает в себя серию упражнений, с помощью которых человек сознательно управляет функциями организма. Овладеть этой методикой можно под руководством врача.

Мышечное расслабление, достигаемое при AT, влияет на фун­кции центральной и периферической нервной системы, стимули­рует резервные возможности коры мозга, повышает уровень про­извольной регуляции различных систем организма.

Во время релаксации несколько снижается артериальное дав­ление, замедляется частота сердечных сокращений, дыхание ста­новится редким и поверхностным, уменьшается периферическая вазодилатация (расширение сосудов) — так называемый «релак­сационный ответ».

Достигаемые с помощью AT саморегуляция эмоционально-ве­гетативных функций, оптимизация состояния покоя и активнос­ти, повышение возможностей реализации психофизиологических резервов организма позволяют использовать этот метод в клини­ческой практике для усиления поведенческой терапии, в частно­сти детей с СДВГ.

В настоящее время существует ряд модификаций аутогенной тренировки по Шульце. Если научить детей расслаблять мышцы, это поможет им сни­зить общее напряжение.

Для обучения детей расслаблению различных групп мышц не обязательно, чтобы они знали, где и как расположены эти мыш­цы. Необходимо использовать детскую фантазию: включать в инструкции определённые образы так, чтобы, воспроизводя их, дети автоматически включали в работу определённые мышцы. Ис­пользование фантазийных образов помогает также привлечь и удержать интерес детей.

***Психомышечная тренировка.***

Она проста для обучения и в то же время достаточно эффек­тивна. Ею можно овладеть за 5—7 дней.

В основе этой методики лежат 4 компонента:

1. умение расслаблять мышцы;
2. способность максимально ярко, но без напряжения пред­ставлять содержание формул самовнушения;
3. умение удерживать внимание на избранном объекте;
4. умение воздействовать на самого себя нужными словесны­ми формулами.

Для удобства обучения психомышечной тренировке все мыш­цы тела разделяются на 5 групп: мышцы рук, ног, туловища, шеи, лица.

Уже с первого занятия тренировки в мышечном расслаблении следует объединять с упражнениями, направленными на вызыва­ние тепла. В последнем случае рекомендуется использовать образ­ные представления струящейся по рукам тёплой воды.

После освоения упражнений для рук следует переходить к мышцам ног, шеи, лица, туловища.

Выполнение упражнений строится по аналогичному принци­пу. В последующем проводится тренировка в достижении общей релаксации: «Я расслабляюсь и успокаиваюсь». При этом, когда произносится «я», нужно сделать вдох с напряжением всех мышц и на 2—3 секунды задержать дыхание, после чего с выдохом про­изнести «рас-слаб-ля-юсь», на следующем коротком вдохе — «и», на выдохе — «ус-по-ка-и-ва-юсь».

Вся психомышечная тренировка состоит из 12 формул:

1. Я расслабляюсь и успокаиваюсь...
2. Мои руки расслабляются и теплеют...
3. Мои руки полностью расслабленные... тёплые... неподвиж­ные...
4. Мои ноги расслабляются и теплеют...
5. Мои ноги полностью расслабленные... тёплые... неподвиж­ные...
6. Моё туловище расслабляется и теплеет...
7. Моё туловище полностью расслабленное... тёплое... непод­вижное...
8. Моя шея полностью расслабляется и теплеет...
9. Моя шея полностью расслабленная... тёплая... неподвижная...

10. Моё лицо расслабляется и теплеет...

1. Моё лицо полностью расслабленное... тёплое... неподвиж­ное...
2. Состояние приятного (полного, глубокого) покоя...

В день рекомендуется заниматься 4—6 раз по 5—10 минут.

Из всех психотерапевтических методик аутогенная трениров­ка наиболее доступна в овладении и может применяться самосто­ятельно. Она не имеет противопоказаний у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью.

***Семейная психотерапия***

При лечении СДВГ необходимо воздействовать не только на ребёнка, но и на его близких с целью изменения обстановки в се­мье.

Метод метафоры.

С помощью метафоры достигается лёгкое обучение пациента, имеется возможность проникнуть внутрь конфликта, который са­мим больным не осознаётся.

Целью терапевтических метафор является инициация созна­тельного или подсознательного трансдеривационного поиска, ко­торый сможет помочь человеку в использовании своих личностных ресурсов для такого обогащения внутренней картины мира, чтобы суметь справиться с проблемой.

В качестве метафор могут применяться не только истории, но и сказки. С незапамятных вре­мён они использовались в народной психотерапии и доказали своё целительное действие.

***Приложение 2.* Анкета для родителей**

Появились ли у ребёнка в возрасте до 7 лет следующие при­знаки, наблюдались ли они более 6 месяцев? Принимается только ответ «Да» (I балл) или «Нет» (0 баллов).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Признаки | Баллы |
| I  2  3 4 5  6  7  8  9  10 11  12 13  **г\*»** | Суетливые движения руками и ногами или, сидя на стуле, извивается (у подростков может быть субъективное чувство нетерпеливости). С трудом остаётся на стуле при выполнении ка­ких-либо занятий. Легко отвлекается на посторонние стимулы. С трудом ожидает очереди для вступления в игру. Отвечает на вопросы, не подумав и раньше, чем вопрос будет закончен. С трудом исполняет инструкции других. С *трудом* удерживает внимание при выполнении заданий или в игровых ситуациях. Часто переключается с одного незаконченного дела на другое. Во время игр беспокоен. Часто чрезмерно разговорчив. В разговоре часто прерывает, навязывает своё мне­ние, в детских играх часто является «мишенью». Часто кажется, что не слышит, что сказано ему или ей. Часто теряет предметы и вещи, необходимые для работы дома или в классе (игрушки, карандаши, книги и др.).  последствия (например, бежит по улице «без ог­лядки»). |  |
|  | Общее число баллов |  |

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

***Приложение 3.* Анкета для педагога**

В какой степени выражены нижеперечисленные признаки у ребёнка?

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Признаки | Баллы |
| 1  2  3  4  5  6  7  8  9 | Беспокоен, извивается, как уж.  Беспокоен, не может оставаться на одном месте.  Требования ребёнка должны выполняться немед­ленно.  Задевает, беспокоит других детей. Возбудимый, импульсивный.  Легко отвлекается, удерживает внимание на ко­роткий период времени.  Не заканчивает работу, которую начинает. Поведение ребёнка требует повышенного внима­ния учителя.  Не старателен в учёбе.  Демонстративен в поведении (истеричен, плак­сив). |  |
|  | Общее число баллов |  |

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

***Приложение 4***

**Рекомендации педагогам по работе с гиперактивными детьми**

1. Введите знаковую систему оценивания. Хорошее поведе­ние и успехи в учёбе вознаграждайте. Не жалейте устно похва­лить ребёнка, если он успешно справился даже с небольшим за­данием.
2. Изменяйте режим урока — устраивайте минутки активного отдыха с лёгкими физическими упражнениями и релаксацией.
3. В классе желательно иметь минимальное количество отвле­кающих предметов (картин, стендов). Расписание занятий дол­жно быть постоянным, так как дети с синдромом часто забывают  
   его.
4. Работа с гиперактивными детьми должна строиться инди­видуально. Оптимальное место для гиперактивного ребёнка — в центре класса, напротив доски. Он всегда должен находиться пе­ред глазами учителя. Ему должна быть предоставлена возможность быстро обращаться к учителю за помощью в случаях затруднений.
5. Направляйте лишнюю энергию гиперактивных детей в полезное русло – во время урока попросите его вымыть доску, собрать тетради и т.д.
6. Вводите проблемное обучение, повышайте мотивацию учеников, используйте в процессе обучения элементы игры, сорев­нования. Больше давайте творческих, развивающих заданий и, наоборот, избегайте монотонной деятельности. Рекомендуется час­тая смена заданий с небольшим числом вопросов.
7. На определённый отрезок времени давайте лишь одно зада­ние: Если ученику предстоит выполнить большое задание, то оно предлагается ему в виде последовательных частей, и учитель пе­риодически контролирует ход работы над каждой из частей, внося необходимые коррективы.
8. Давайте задания в соответствии с рабочим темпом и способ­ностями ученика. Избегайте предъявления завышенных или за­ниженных требований к ученику с СДВГ.

9. Создавайте ситуации успеха, в которых ребёнок имел бы воз­можность проявить свои сильные стороны. Научите его лучше их использовать, чтобы компенсировать нарушенные функции за счёт здоровых. Пусть он станет классным экспертом по некоторым об­ластям знаний.

10. Совместно с психологами помогайте ребёнку адаптировать­ся в условиях школы и в классном коллективе — воспитывайте на­выки работы в школе, обучайте необходимым социальным нор­мам и навыкам общения.

***Приложение 5***

**Рекомендации родителям гиперактивных** **детей**

1. В своих отношениях с ребёнком придерживайтесь «позитив­ной модели». Хвалите его в каждом случае, когда он этого заслу­жил, подчёркивайте даже незначительные успехи. Помните, что гиперактивные дети игнорируют выговоры и замечания, но чув­ствительны к малейшей похвале.
2. Не прибегайте к физическому наказанию. Ваши отношения с ребёнком должны основываться на доверии, а не на страхе. Он всегда должен чувствовать вашу помощь и поддержку. Совместно решайте возникшие трудности.
3. Чаще говорите «да», избегайте слов «нет» и «нельзя».
4. Поручите ему часть домашних дел, которые необходимо вы­полнять ежедневно (ходить за хлебом, кормить собаку и т. д.) и ни в коем случае не выполняйте их за него.
5. Заведите дневник самоконтроля и отмечайте в нём вместе с ребёнком его успехи дома и в школе. Примерные графы: выпол­нение домашних обязанностей, учёба в школе, выполнение до­машних заданий.
6. Введите балльную или знаковую систему вознаграждения (можно каждый хороший поступок отмечать звёздочкой, а опре­делённое их количество вознаграждать игрушкой, сладостями или давно обещанной поездкой).
7. Избегайте завышенных или, наоборот, заниженных требо­ваний к ребёнку. Старайтесь ставить перед ним задачи, соответ­ствующие его способностям.
8. Определите для ребёнка рамки поведения — что можно и чего нельзя. Вседозволенность однозначно не принесёт ника­кой пользы. Несмотря на наличие определённых недостатков, гиперактивные дети должны справляться с обычными для всех подрастающих детей проблемами. Эти дети не нуждаются в том, чтобы их отстраняли от требований, которые применяются к другим.
9. Не навязывайте ему жёстких правил. Ваши указания долж­ны быть указаниями, а не приказами. Требуйте выполнения пра­вил, касающихся его безопасности и здоровья, в отношении ос­тальных не будьте столь придирчивы.
10. Вызывающее поведение вашего ребёнка — это его способ  
    привлечь ваше внимание. Проводите с ним больше времени: иг­райте, учите, как правильно общаться с другими людьми, как вес­ти себя в общественных местах, переходить улицу и другим соци­альным навыкам.
11. Поддерживайте дома чёткий распорядок дня. Приём пищи, игры, прогулки, отход ко сну должны совершаться в одно и то же время. Награждайте ребёнка за его соблюдение.
12. Дома следует создать для ребёнка спокойную обстановку. Идеально было бы предоставить ему отдельную комнату. В ней должно быть минимальное количество предметов, которые могут отвлекать, рассеивать его внимание. Цвет обоев должен быть не ярким, успокаивающим, преимущество отдаётся голубому цвету. Очень хорошо организовать в его комнате спортивный уголок (с перекладиной для подтягивания, гантели для соответствующе­го возраста, эспандеры, коврик и др.).
13. Если ребёнку трудно учиться, не требуйте от него высоких оценок по всем предметам. Достаточно иметь хорошие отметки по 2—3 основным.
14. Создайте необходимые условия для работы. У ребёнка дол­жен быть свой уголок, во время занятий на столе не должно быть ничего, что отвлекало бы его внимание.