**Тема по самообразованию:**

**ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ММД**

**(минимальная мозговая дисфункция)**

**Самый трудный год для ребенка.**

 Школа — новый и очень важный этап в жизни и детей, и их родителей. О том, что будет сложно, взрослые, конечно, знают. Но вот какого рода трудности предстоят малышу, сможет ли он справиться со всеми проблемами самостоятельно, а самое главное — что делать, если все-таки будет тяжело? Все эти вопросы неизбежно появятся и потребуют ответов, когда ребенок уже начнет учиться. Применимы ли вообще к маленьким ученикам, таким любознательным по своей природе и открытым для новых знаний, определения "тупой" и "ленивый"? По мнению большинства специалистов, таких детей практически нет. Корни школьной неуспеваемости (дезадаптации) в младших классах либо лежат в области медицины, либо зависят от проблем во взаимоотношениях первоклашек с родителями и педагогами. Бывает также, что у ребят просто не сформировано заинтересованное отношение к учебе. Но разве это их вина? О медицинских аспектах школьной дезадаптации рассказывает Николай Николаевич ЗАВАДЕНКО, доктор медицинских наук, сотрудник кафедры нервных болезней педиатрического факультета Российского государственного медицинского университета, член Всемирной ассоциации детских неврологов (ICNA). Причины школьной дезадаптации у детей могут иметь совершенно разную природу. Но внешние ее проявления, на которые обращают внимание педагоги и родители, нередко бывают сходными. Это снижение интереса к учебе, вплоть до нежелания посещать школу, ухудшение успеваемости, неорганизованность, невнимательность, медлительность или, наоборот, гиперактивность, тревожность, трудности в общении со сверстниками и тому подобное. Вообще школьную дезадаптацию можно характеризовать тремя основными признаками: отсутствием всяческих успехов в учебе, негативным отношением к ней и систематическими нарушениями поведения. При обследовании большой группы младших школьников в возрасте 7—10 лет выяснилось, что почти треть из них (31,6 %) относятся к группе риска по формированию стойкой школьной дезадаптации, А больше, чем у половины из этой трети, школьная неуспеваемость вызвана неврологическими причинами, и прежде всего группой состояний, которую обозначают как минимальные мозговые дисфункции (ММД). Кстати, по ряду причин мальчики подвержены ММД в большей степени, чем девочки. То есть минимальные мозговые дисфункции являются самой распространенной причиной, приводящей к школьной дезадаптации.

**У здоровых мам рождаются отличники**

 Что такое минимальные мозговые дисфункции? Это недостаточная зрелость мозговых структур и соответственно недостаточная сформированность функций, обозначаемых как высшие психические или высшие корковые. К ним относятся речь, восприятие, память, внимание, а также чтение, письмо, счет и некоторые другие. Все это формируется длительно, постепенно и в строго определенные возрастные периоды. Причем разные области коры головного мозга отвечают за разные функции. Такие функции, как внимание, умение организовать и планировать свою деятельность (в том числе и учебную), чтение, письмо и счет, активно развиваются именно в тот период, когда малыш поступает в школу, где начинается его систематическое обучение. Или чуть раньше, в предшкольный период, например, в подготовительной группе детского сада. Однако это не означает, что ММД совершенно невозможно определить до начала обучения в школе. Повышенного внимания в этом отношении требуют дети, у мам которых отмечались какие-либо нарушения течения беременности и родов. Мозговая кора, обеспечивающая высшие психические функции, особенно интенсивно формируется в последний период беременности, а пик этих процессов совпадает со временем родов. Поэтому любые формы патологии беременности и родов не только оказывают общее неблагоприятное воздействие на развивающийся организм ребенка, но могут отрицательным образом повлиять и на формирование мозговой коры. Иногда эти проявления становятся заметными не сразу после рождения ребенка, а значительно позже. Например, в полтора-два года, когда малыш учится говорить. Уже к двум годам у него должна сформироваться фразовая речь, и если этого не происходит или если имеются какие-либо дефекты речи, то это должно насторожить родителей. Также необходимо обратить внимание на детей неуклюжих по сравнению со сверстниками физически неловких, для которых особенно сложны мелкие движения в кистях рук. Им, к примеру, никак не удается научиться застегивать пуговицы на одежде, завязывать шнурки на ботинках, ловко пользоваться вилкой и ложкой за столом, рисовать. Одна из распространенных форм ММД — это отсутствие концентрации и гиперактивность. Это состояние ярко проявляется еще до школы, в четыре-пять лет. Такие малыши неусидчивы, неугомонны, чрезмерно активны, но в то же время крайне невнимательны и неловки.

 Родителям и учителям очень важно знать и помнить о том, что интеллект у ребят с ММД совершенно нормальный. Безусловно, они вполне способны к обучению. Другое дело, что навыки письма, чтения и счета у таких детей формируются с запаздыванием, так же, как у многих из них позже сформировалась речь. Причем при отсутствии необходимой помощи со стороны специалистов такому ребенку некоторые дефекты этих навыков могут сохраняться на долгое время. Иной раз навсегда, как, например, безграмотность в письме. Поэтому и в младшем, и в школьном возрасте таким ребятам нужны занятия с логопедами, коррекционными педагогами, психологами. Если же нарушения со стороны высших корковых функций оказываются более серьезными, то применяется лекарственная терапия ноотропными препаратами. Они улучшают обменные процессы в мозгу, оказывают стимулирующее воздействие, Естественно, назначать лекарства может только врач, и при грамотном применении они практически не дают побочных эффектов. Кроме того, необходимо помнить, что нет единого "хорошего рецепта", подходящего всем, — подбор препаратов осуществляется строго индивидуально. А вообще успешное решение такой сложной проблемы, как школьная дезадаптация, возможно лишь при условии объединения усилий специалистов различного профиля: неврологов, педиатров, психиатров, психологов, логопедов, педагогов.

**Пустить на самотек?**

 Могут ли минимальные мозговые дисфункции пройти сами по себе? Такая возможность не исключена, и специалисты недаром отмечают особое свойство детского мозга, для которого существует особое научное определение — высокая пластичность. Вопрос только в том, в какие сроки это произойдет, и кто насколько полно даст гарантию, что именно так и будет. Следует знать, что процент случаев самостоятельной и полной компенсации ММД невелик. Прежде всего это зависит от изначальной степени нарушения функций и от общего интеллектуального развития ребенка. Чем выше природный интеллект, тем больше шансов на то, что ребенок успешно сумеет преодолеть проблемы, возникающие из-за ММД. Но возможно это только при наличии такого важного условия, как благоприятная атмосфера в семье, понимание и помощь со стороны родителей и педагогов. Вообще правильное отношение к малышу с такой проблемой — это тоже элемент коррекции, причем важнейший и необходимый. Надо помнить, что ребенок не виноват в том, что ему трудно учиться, и поэтому ругать его за то, что он не читает или не считает так же уверенно и быстро, как могут его сверстники, ни в коем случае нельзя. Так вы можете лишний раз психологически травмировать кроху и тем самым только усугубить ситуацию

 Если проявления ММД не скорректировать, то в дальнейшем проблемы с учебой никуда не исчезнут, а будут нарастать, подобно снежному кому, от класса к классу. Такие ребята, становясь подростками, неминуемо попадают в группу риска. Это не просто слова — эти тенденции подтверждены данными специальных исследований, проведенных в развитых странах. Именно поэтому помощь детям с ММД должна быть оказана вовремя.

 Помимо таких проявлений школьной дезадаптации, как проблемы с учебой и нарушения поведения, стоит поговорить о причинах неуспехов, связанных со здоровьем младшеклассников. Этот тип нарушения весьма распространен и проявляется либо частых головных болях, болях в животе, либо в обострении хронических заболеваний. Подобные реакции вызваны зачастую психогенным механизмом, и поэтому многое в этой ситуации зависит от психологического климата в школе: от атмосферы в классе, от отношения учителя и учеников к ребенку И конечно, от семьи. Нередки ситуации, когда малыш буквально перед каждой контрольной жалуется, например, на боли в животе. Это никакие не выдумки: от одной мысли о контрольной у ребенка на самом деле начинает болеть живот. Зная о такого рода явлениях, ругать сына или дочь нельзя, тем более подозревать в плутовстве.

 Некоторые факторы риска, которые приведут в дальнейшем к школьной дезадаптации, можно увидеть еще в раннем возрасте. Если говорить о проблемах, связанных со здоровьем, то в группу риска попадают часто (до 7—10 раз в год) болеющие дети. Кроме того, в этот список следует включить все заболевания психосоматического круга. Это и бронхиальная астма, и вегето-сосудистая дистония, и колиты, гастриты, В школе обострение одного из этих заболеваний возникает в стрессовой ситуации. Нередко и в семье у таких детей кто-то страдает психосоматическим расстройством. В такой ситуации необходимо понять, что, кроме медицинской помощи, малышам не обойтись и без помощи психолога, благодаря которой они станут менее тревожны и более стрессоустойчивы.

 Что касается предрасположенности к неуспехам в учебе, то в первую очередь к ней относятся задержки речевого и психомоторного развития. Важным фактором является и отсутствие периода ползания у крохи или ползание задом наперед. Впоследствии, когда такого ребенка учат писать, он не садится на стул, как следует, а подгибает ножки под себя и, что интересно, принимает позу ползущего человека. То есть помещает себя, таким образом; в горизонтальную плоскость — в ту плоскость, в которой он привык "работать". Делать это в сидячем положении ему дискомфортно. Так, например, некоторые дети лучше отвечают у доски, поскольку находятся в это время в одной с ней плоскости. Дело в том, что, когда малыш ползает, он как бы выстраивает внутри себя это нижнее горизонтальное пространство с тем, чтобы затем перейти в пространство верхнее. Если этого не происходит, у ребенка нарушается функция отображения пространства. Кстати, если малышу легче заниматься в какой-то определенной позе, психолог может даже "прописать" ему это положение. Например, писать лежа или отвечать стоя. Но, правда, здесь сразу возникает проблема осанки и зрения. Для их решения существуют специальные программы моторной коррекции.

 Что касается проблем с поведением в младших классах, то они начинают проявляться тоже рано. Например, весьма показательно, обладал ли младенец способностью к гулению в возрасте от четырех месяцев. Если этого не происходило, если у ребенка не развивался комплекс оживления и узнавания близких, если он не принимал удобную позу, когда родные брали его на руки, а выгибался, и было видно, что ему неприятно, — это должно насторожить.

 Настораживать родителей должна не только поздняя речь ребенка, но и речь, появляющаяся очень рано, с явным опережением нормы. Тем более, если, несмотря на ее внешнюю развитость, она явно нарушена, напоминает разговор взрослого и полна штампов, обрывков стихов, рекламных cлоганов. Такая речь не выполняет свою коммуникативную функцию. Скорее это словесный поток, мало нуждающийся в отклике и не подразумевающий диалога.

 Фантазерам учиться легче

 К четырем годам всем детям уже свойственно умение разыгрывать сюжеты, чем они с большим удовольствием и занимаются. Появляется так называемая символическая игра, когда определенным предметам и действиям дается другое значение. Например, палочка — это на самом деле лошадка, а камушки и пуговки — пирожки для кукол, Или малыш делает вид, что наливает себе чай из несуществующего чайника в несуществующую чашку и понарошку пьет его. Этот этап чрезвычайно важен и необходим. Если же ребенок занят только манипуляцией с предметом, но не способен придумать никаких сюжетных ситуаций с ним, на это стоит обратить внимание.

 Важно и то, умеет ли четырех-пятилетний ребенок играть в прятки, поскольку, с точки зрения психологии, игра" эта весьма показательна. Если он не понимает, что значит спрятаться и как это сделать, соответственно не может отождествить себя с другим человеком и посмотреть на себя его глазами. Похожая ситуация и с таким нормальным явлением, свойственным каждому ребенку после четырех лет, как обманы или выдумки. Если это присуще малышу, значит, он умеет смотреть на ситуацию с разных точек зрения — он знает, что есть в действительности, а что он выдумал, и еще хочет узнать, что по этому поводу думают окружающие, например, обманутый. Это очень важный этап в развитии человека. Отсутствие таких обязательных признаков в играх и поведении ребенка указывает на то, что ему будет трудно общаться со сверстниками.

 Давать общие советы родителям, чьи дети испытывают проблемы со школьной адаптацией, сложно. Так же, как и лекарство — не пропишешь всем одно универсальное. Тем более, что и жалобы у всех разные, и их причины тоже. Например, проблемы с грамотностью бывают самыми различными. Некоторые дети начинают писать одними согласными, вообще без гласных. Соответственно у них трудности анализа гласных звуков. Или ребенок делает специфические ошибки даже там, где очевидно под ударением слышится другая буква. Таких вариантов сотни, и к ним ко всем нужен свой подход и помощь. И в этой ситуации бессмысленно и даже вредно круглые сутки заставлять несчастного ребенка писать диктанты или бесконечно читать. В результате такой зубрежки он возненавидит вообще все, включая письмо и школу.

**МИНИМАЛЬНАЯ ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ**

 Термин "минимальная церебральная дисфункция" (ММД) в детской неврологии появился относительно недавно. Он получил широкое распространение. Им обозначаются легкие органические изменения центральной нервной системы, на фоне которых наблюдаются различные невротические реакции, нарушения поведения, трудности школьного обучения, речевые расстройства. Эти состояния также обозначаются как "органическая мозговая дисфункция", "минимальная мозговая недостаточность", "легкая детская энцефалопатия", "хронический мозговой синдром", "минимальный церебральный паралич", "минимальное повреждение мозга", "синдром гиперактивности". В отечественной литературе ММД подробно описывается в работах Л. Т. Журбы, Е. М. Мастюковой, В. А. Марченко (1977), Г. Г. Шанько (1978). Число детей, страдающих ММД, по данным одних авторов, не превышает 2%, по данным других - достигает 21 % (S. Clements, 1966; Z. Tresohlava, 1969). Это противоречие свидетельствует об отсутствии четкой клинической характеристики синдрома ММД.

**Этиология и патогенез.**

 Причины ММД весьма разнообразны: перинатальная патология, недоношенность, инфекционные и токсические поражения нервной системы, черепно-мозговая травма. Предполагается, что наследственный фактор, обусловливающий нарушение обмена нейротрансмиттеров (серотонин, дофамин, нор-эпинефрин), также играет определенную роль в возникновении ММД.

 По данным Б. В. Лебедева и Ю. И. Барашнева (1959), наиболее часто ММД развивается у детей, перенесших в анте- и интранатальном периодах гипоксию.

 О патологоанатомической картине ММД говорить трудно. Можно лишь предполагать наличие микроструктурных диффузных изменений головного мозга или избирательного поражения отдельных его структур.

**Клиника.**

 Клиническая картина ММД крайне изменчива, неоднородна и во многом зависит от возраста ребенка. Наиболее выражена она у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Ряд симптомов проявляется уже в грудном возрасте, если ММД формируется на фоне перинатальной энцефалопатии с синдромом повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, с быстро компенсирующимся гидроцефально-гипертензионным синдромом, а также на фоне задержки темпа психомоторного развития.

 Наиболее полная картина ММД наблюдается в более старшем возрасте, когда уже можно говорить об исходе в этот синдром перинатальной энцефалопатии.

 Самыми характерными клиническими признаками ММД являются четкое преобладание функциональных расстройств (изменения в поведении ребенка, трудности обучения в первых классах школы, речевые нарушения, недостаточность моторики, различные виды невротических реакций) над органическими. Нередко ММД проявляется только одним или двумя указанными признаками. Изменения поведения ребенка при ММД сводятся к чрезмерной активности, т. е. к гиперактивности. Причем она не имеет определенной цели, ничем не мотивирована и часто зависит от ситуации (наступает в новой, незнакомой обстановке, при стрессовых воздействиях, в домашней обстановке гиперактивность снижается). Ребенок не может сосредоточиться, фиксировать свое внимание, постоянно отвлекается. С возрастом чрезмерная активность обычно уменьшается и к 12-15 годам, как правило, исчезает. Значительно реже у ребенка при ММД отмечаются снижение активности, стремление к уединению, недостаточная инициативность. Обычно изменения поведения сопровождаются расстройствами сна (трудное засыпание, недостаточность его глубины, уменьшение суточной потребности в сне). Больному также свойственны быстрая смена настроения, эмоциональная лабильность, раздражительность, импульсивность, разрушительные тенденции. В любую минуту у него может возникнуть ярость, злость, агрессивность.

 Социальные функции у ребенка с ММД находятся на низком уровне и не соответствуют возрасту. Он предпочитает играть с детьми более младшего возраста, выбирает примитивные игры, отрицательно относится к окружающим. Дети с ММД трудно поддаются обучению в школе (чтению, письму, счету), но это связано не с задержкой развития или дефектом интеллекта, а с нарушением восприятия, главным образом пространственных взаимоотношений. Некоторые дети вообще не могут читать или писать, плохо различают близкие по написанию буквы, например "п" и "и", "м" и "ш". С возрастом могут проявиться и нарушения абстрактного мышления.

 У значительного числа детей с ММД выявляются нарушения функции речи, чаще всего задержка ее развития. Такие дети дефектно произносят отдельные звуки, с трудом строят фразу, речь у них медленная или взрывная, эксплозивная. У многих детей, страдающих ММД, отмечается множественная дизэмбриогенетическая стигматизация в виде деформации черепа, лицевого скелета, ушных раковин, высокого неба, гипертелоризма, прогнатизма, неправильного роста зубов и др.

 Из неврологических проявлений МЦД наиболее часто встречаются нарушения координации движений. В анамнезе у детей обычно удается установить задержку развития двигательных навыков. Когда ребенок начинает ходить, он постоянно спотыкается, часто падает. Неловкость движений сохраняется и в более старшем возрасте. При ходьбе дети часто пошатываются, задевают окружающие предметы, неустойчивы в позе Ромберга, с трудом меняют движения на прямо противоположные, координаторные пробы, особенно пальце-носовую, выполняют с легкими нарушениями. У них появляются двигательное беспокойство и синкинезии пальцев рук, иногда отдельные мышечные подергивания. Таким детям плохо удаются спортивные игры, они не могут обучиться езде на велосипеде, в беге и прыжках значительно отстают от сверстников. Они испытывают затруднения при выполнении даже мелких движений - при застегивании пуговиц, шнуровании ботинок, шитье, при пользовании ножницами, плохо раскрашивают картинки, не могут провести прямую линию, нарисовать круг или другие геометрические фигуры. В более старшем возрасте они, освоив письмо, пишут, как правило, неразборчиво.

 В неврологическом статусе отмечается рассеянная микроорганическая симптоматика, свидетельствующая об отсутствии очагового поражения. Из глазодвигательных нарушений особенно часто наблюдается сходящееся косоглазие, которое с возрастом обычно сглаживается. Нередко отмечается сглаженность одной из носогубных складок, затруднены боковые движения языка. Могут быть также мышечная гипо- или дистония, асимметрия мышечного тонуса, сухожильная анизорефлексия, отдельные патологические рефлексы. У больных детей чаще, чем у здоровых, наблюдается леворукость, иногда у них вообще невозможно определить доминирующую сторону. Многие из них плохо различают правую и левую части тела.

 По данным Л. Т. Журбы, Е. М. Мастюковой и В. А. Марченко (1977), более чем у 1/4 детей с ММД отмечаются вегетативные нарушения - повышенная потливость, акроцианоз, стойкий красный дермографизм, лабильный пульс. Особенно выражены эти нарушения в пре- и пубертатном периодах. Часто наблюдаются также различные неврозоподобные состояния - тики, энурез, страхи и т. д. Они возникают обычно без видимой причины, носят довольно стойкий характер и не причиняют особого беспокойства ребенку.

 Несмотря на то, что ММД протекает хронически, выраженность ее клинической симптоматики, особенно поведения и неврозоподобных проявлений, на разных этапах обычно бывает различной. Иногда наступает период относительного благополучия, который сменяется обострением. Инфекционные заболевания, черепно-мозговая травма, эмоциональные перегрузки, как правило, вызывают усиление симптоматики. По мере роста ребенка и развития критического отношения к себе поведение его становится более правильным, улучшается успеваемость в школе, несколько сглаживается двигательный дефект.

**Диагностика.**

 Клиническая симптоматология ММД не отличается строгой специфичностью, причем степень ее выраженности может варьировать в довольно широких пределах. Диагноз ММД устанавливается на основании выявления в анамнезе факторов "риска" (по течению беременности и родов, легкой или средней тяжести перинатальной энцефалопатии с задержкой психического, двигательного и речевого развития ребенка на первом году жизни, нарушения поведения, трудности школьного обучения) и подтверждается наличием рассеянной микроорганической симптоматики, прежде всего со стороны двигательной сферы.

 Электроэнцефалограмма детей с ММД может быть нормальной или с изменениями со стороны вольтажа и частотной характеристики. Иногда выявляются спайковые потенциалы или медленноволновая активность. На рентгенограмме черепа и эхоэнцефалограмме у части детей отмечаются легкие гидроцефальные изменения. Глазное же дно остается в пределах нормы, специфические изменения со стороны крови и мочи также отсутствуют. Следует подчеркнуть, что многих больных необходимо обследовать на наличие фенилкетонурии. Симптоматика ММД может наблюдаться и при ряде других заболеваний (олигофрения, психозы, невротические состояния и др.). Поэтому правильный диагноз можно поставить лишь при динамическом наблюдении за ребенком при обязательном участии детского психиатра, логопеда, педагога.

**Лечение.**

 Выбор необходимых методов лечения детей с ММД определяется характером симптоматологии и ее выраженностью, причем оно должно включать мероприятия как педагогического воздействия, так и медицинские. Для больных детей необходимо создавать спокойную, доброжелательную обстановку. Родителям необходимо объяснять особенности нервной системы ребенка и, что чрезвычайно важно, избегать излишней строгости и требовательности в отношениях с ним. В то же время не следует чрезмерно опекать ребенка, удовлетворять все его желания.

 Окружающие должны стимулировать развитие и совершенствование у него двигательных навыков, добиваться коррекции двигательного и речевого дефекта. Для этой цели можно применять лечебную физкультуру и занятия с логопедом. Важно также, чтобы родители и педагоги достигли взаимопонимания при воспитании ребенка.

 Для коррекции нарушений поведения и устранения неврозоподобных реакций требуется седативная терапия. Иногда достаточно назначения микстуры из таких слабых успокоительных средств, как препараты брома, валерианы, пустырника. В выраженных и упорных случаях заболевания целесообразно назначать транквилизаторы ( они в отличие от нейролептиков не обладают выраженным антипсихотическим действием), в частности элениум, седуксен, тазепам, мепробамат, триоксазин, фенибут и др. В отдельных случаях назначают нейролептики - сонапакс (меллерил), френолон.

 Рекомендуются также общеукрепляющие средства (фитин, кальция глицерофосфат, липоцеребрин), витамины, глутаминовая кислота.

 Дети с тяжелым поведением и личностными изменениями подлежат лечению и наблюдению у психиатра. Сравнительно легких больных должен регулярно наблюдать невропатолог. Под его руководством проводится коррекция имеющихся нарушений, особенно во время адаптации ребенка в детском саду и школе, а также в критические периоды роста. В особых случаях необходимо обеспечить консультацию психиатра, дефектолога, логопеда.

**Гиперактивный тип**

 Такие дети абсолютно не могут сидеть на месте. Они все время двигаются, вскакивают, садятся, хватают все, что попадается им под руку. Свое поведение они не в состоянии контролировать. Сначала они действуют и лишь потом понимают, что произошло. Уследить за таким ребенком трудно. Попытки удержать непоседу часто безрезультатны. К сожалению, гиперактивность приводит ребенка к бесконечным травмам. Причинами травм, с одной стороны, является несовершенство моторики ребенка, его суетность, а с другой стороны – отсутствие попыток или неумение правильно оценить ситуацию и возможные последствия своих действий.

 В течение урока дети этого типа периодически «отключаются», не замечая этого. Они быстро утомляются и не могут сохранять восприимчивость и умственную работоспособность до конца учебного дня, хотя остаются двигательно-активными до позднего вечера.

 Память у них может быть в норме, но из-за крайней неустойчивости внимания педагоги и родители часто считают ее плохой. На самом деле ребенок порой не помнит какую-либо информацию лишь потому, что не видел или не слышал ее. На уроках дети часто отвечают невпопад, так как отвлеклись, потеряли нить разговора, не услышали или не дослушали вопрос. При этом ответы их часто поверхностны и не позволяют ребенку получить желаемую хорошую оценку. Сам ребенок не понимает своих недоработок, а родители объясняют низкие оценки избыточной сложностью программ или недоброжелательным отношением учителя. Неустойчивость внимания ( а вместе с тем и «прорехи» в памяти) проявляются не всегда. Бывают ситуации, когда ребенок блестяще запоминает все, что ему предложено, хорошо воспроизводит материал, а затем снова не может вспомнить то, что уже отвечал.

 Присутствие учителей или родителей не является для детей сдерживающим фактором. Они и при взрослых ведут себя так, как остальные дети ведут себя только в их отсутствии, в связи с чем их часто воспринимают как отъявленных хулиганов.

 Для них характерны не только двигательная активность, но и непрерывная болтовня. Даже играя сам с собой, ребенок может постоянно и громко говорить вслух, что сильно утомляет окружающих и может вызывать раздражение сверстников и нежелание сидеть вместе или играть с таким ребенком. Одноклассников понять легко. Если добавить к вышеназванным особенностям неряшливость, неточность, бесцеремонность, несдержанность, свойственные многим гиперактивным детям.

 В спокойной обстановке, когда взрослые направляют деятельность таких детей, они могут успешно обучаться. В обычном школьном классе гиперактивные дети быстро возбуждаются от переизбытка взаимодействий и впечатлений. И, хотя внутренние переживания могут быть неглубокими, внешние бурные проявления находящегося в таком состоянии ребенка способны сорвать занятия классу. Нечего говорить о том, что отношения с одноклассниками и учителями у ребенка быстро портятся, что приводит к его низкой самооценке.

 Естественно, гиперактивный ребенок со временем начинает вызывать сильное беспокойство учителя, а иногда и родителей одноклассников, и педагог вынужден начать длительную и изнурительную для обеих сторон «работу» с семьей. При этом семье часто кажется, что виновата школа, а школа во всем обвиняет родителей. И ни одна из сторон не догадываются или не хочет признавать, что первопричиной является нездоровье ребенка.

**Гипоактивный тип**

 Память у детей этого типа обычно бывает в норме. Устойчивость и концентрация внимания могут быть средними.

 Обычно дети этого типа хорошо видны по внешним поведенческим признакам (замедленность действий, речи, реакций). Гипоактивный ребенок часто «отсутствует» в классе: то смотрит куда-то в окно, то думает о чем-то своем. Даже при разговоре с глазу на глаз не всегда можно понять, слышит ли вас ребенок, так как взгляд у него может быть рассредоточен. Такие дети сидят за партой тихо, стараются вести себя незаметно, чтобы их не вызвали, так как это может выявить непонимание ими материала. Они редко участвуют в общем разговоре, ничем не бросаются в глаза, и их неуспешность в учебе иногда выявляется слишком поздно. Медлительность таких детей вызывает раздражение у взрослых: родителей и учителей. Они стараются подгонять ребенка, но в такой ситуации тот теряется и еще хуже справляется с заданием.

 Дети гипоактивного типа долго «включаются» в работу. Им требуется время, чтобы настроиться, собраться с мыслями, подготовиться, в связи с чем при выполнении различных заданий количество решенных неправильно или количество ошибок у них больше в начале работы, чем в конце. Дети долго не могут сообразить, что от них требуется, медленно переключаются с одного вида работы на другой. Даже если ребенок формально выполняет требуемые действия, он может мысленно продолжать работать над предыдущим заданием, что приводит к ошибкам. Ограниченность во времени выполнения задания вызывает у него панику. С такими заданиями дети справляются крайне плохо. Неуспешны они и в оригинальных, творческих заданиях. Дети этого типа неловки и малоподвижны, плохо справляются с физкультурными упражнениями, избегают спортивных соревнований. Задержка развития мышечной координации приводит к тому, что ребенку трудно справиться самостоятельно с одеванием, раскрашиванием и рисованием, ручным трудом, управлением велосипедом и т.п. В школе он с трудом справляется с письмом. Наряду с нарушением тонкой моторики пальцев и общей неуклюжестью, у такого ребенка нарушаются и зрительно-моторная координация, а иногда и вообще способность точного управления движениями глаз.

**Типичные нарушения у детей с ММД**

 Дети с различными проявлениями патологии центральной нервной системы имеют определенные особенности в развитии, носящие типологический характер и наиболее ярко проявляющиеся с началом интенсивной интеллектуальной деятельности в младшем школьном возрасте.

1. **Зрительно – моторная координация.**

У детей с ММД нарушена зрительно-моторная координация. При слежении ребенком глазами за движением какого-то предмета можно заметить у него легкое подергивание глаз – нистагм, приводящие к частым запинкам при чтении, когда ребенок плавно переводит глаза от буквы к букве или при копировании цифр и букв. Наблюдается также и тремор (легкие толчкообразные движения в вытянутых руках). Часто ребенок с трудом сохраняет равновесие, стоя на одной ноге, не может ровно пройти по прямой линии, начертить на полу, спотыкается при беге и прыжках.

1. **Нарушения сна.**

С раннего возраста ребенка родители замечают, что его трудно уложить спать. Ребенок может до позднего вечера бегать, как бы не уставая, однако родители хорошо понимают, что если его не уложить спать вовремя, он еще больше устанет, перевозбудится и заснет с большим трудом. Многие дети могут по ночам вставать, ползать по кровати, и к утру ребенка можно найти свернувшимся калачиком и спящим на противоположном от подушки краю. Некоторые дети подолгу не могут заснуть, другие же засыпают моментально, но ночью их трудно разбудить даже в случае необходимости. Они часто страдают энурезом.

1. **Неспособность к сосредоточению.**

Детям с ММД плохо удается концентрировать внимание. Они постоянно переходят от одного действия к другому, бросают начатое, выполняют задания лишь частично, не вникая в суть. Поверхностность приводит к ошибкам и неудачным ответам, создавая за ребенком славу несерьезного, бездумного, легкомысленного и беспечного болтуна. Дети легко и много обещают и не выполняют даже трети обещанного; некритичны к себе; им кажется, что выполненное им задание безупречно. Замечания окружающих они не воспринимают; срабатывают механизмы психологической защиты, из которых предпочитаемыми являются вытеснение или отрицание. Даже если вам удастся добиться от ребенка осознания своей ошибки, оно бывает кратковременным, и уже через пять минут ребенок готов заново совершить ту же самую ошибку, которую только что признавал.

1. **Трудности переключения.**

Несмотря на то, что дети с ММД не умеют сосредоточиваться на заданной им работе, они с головой могут «погружаться» в то, что вызывает интерес. Обычно это игры, занятия с конструктором, компьютером. Способность ребенка подолгу заниматься тем делом, которое ему нравится, приводит родителей к неверному выводу, будто он может заниматься любым делом с такой же настойчивостью. Родители в связи с этим часто не верят специалистам, что ребенок не способен сосредоточиться и нуждается в лечении. Они настойчиво убеждают себя и специалистов, что ребенок при желании справиться с учебой, и, отказываясь от медицинской помощи ребенку, ждут, когда же тот сам справится с проблемной учебной ситуацией. Эмоционально-волевая незрелость, неразвитость навыков самоорганизации ребенка обрекают ожидания родителей на бесперспективность. Бездействие взрослых приводит лишь к потере ценного и столь необходимого для лечения ребенка времени.

1. **Нарушение восприятия.**

Ребенок с ММД часто не может правильно понять и использовать информацию, полученную от окружающих. У таких детей гораздо чаще, чем у сверстников, встречаются забавные нелепицы в речи, искажения различных слов и фраз, надолго запоминающиеся родителям курьезы. Такие нарушения в области зрительного и слухового анализатора приводят к неуспеваемости в школе. Из-за наличия дефектов в восприятии ребенок может плохо различать признаки сходства и различия, углы и формы, размеры в рисунках, звуки и буквы в словах (в речи и на письме). Ребенку становиться сложно вычленить необходимую фигуру из фона, увидеть, как из отдельных частей можно сложить целую фигуру. Дети могут часто ошибаться при определении таких понятий, как «верх-низ», «лево-право», «вперед-назад», «больше-меньше» и т.п., а также иметь характерные нарушения в восприятии собственного тела, которые приводят в частности к тому, что ребенок не может правильно определить положение частей тела при движении. Так, например, если лежащего ребенка попросить дотронуться своей левой пяткой до правого колена, он часто садится и смотрит на движение своих ног – и даже при визуальном контроле может допустить ошибку. С закрытыми глазами ребенок не всегда может назвать тот палец, до которого дотронулся взрослый.

1. **Дезорганизованность.**

Для детей с ММД характерна неразвитость умения организовывать и планировать свою деятельность. Они не чувствуют времени и не умеют правильно распределять его. Так, ребенок может не успеть сделать за урок задание, на выполнение которого у других ушло 20 минут, или два часа добираться из школы до дому, хотя живет совсем близко. При этом существуют отдельные дни, когда дезорганизованность детей с ММД усиливается и оно не могут сделать даже того, что обычно не вызывает у них затруднений. Взрослым кажется, что ребенок «встал на ноги». Учителя замечают, что есть дни, когда большая часть детей с ММД становится неуправляемой. У них резко падает работоспособность, они не могут усвоить даже простых вещей и не реагируют ни на какие попытки учителя расшевелить их и вызвать интерес к работе. Многие педагоги, наблюдая за такими детьми, приходят к выводу о том, что дети данной группы являются метеозависимыми и более чутко, чем остальные, реагируют на изменения погоды.

 При наличии у ребенка минимальной мозговой дисфункции можно ожидать следующие **отклонения**:

* Быструю умственную утомляемость и сниженную работоспособность (при этом физическое утомление может полностью отсутствовать)
* Резко сниженные возможности самоуправления и произвольности в любых видах деятельности
* Выраженные нарушения в деятельности ребенка (в том числе умственные) при эмоциональной активации
* Значительные сложности в формировании произвольного внимания: неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, слабое распределение, проблемы с переключением в зависимости от преобладания лабильности или ригидности
* Снижение объема оперативных памяти, внимания, мышления (ребенок может удержать в уме и оперировать довольно ограниченным объемом информации)
* Трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную
* Двигательную гиперактивность, наиболее часто встречающуюся у мальчиков
* Инфантильность, склонность к зависимым формам поведения, подверженность чужому влиянию, отсутствие интересов и устремлений, безответственность

**Помощь педагога ребенку с ММД.**

Помощь педагога указанным детям заключается в следующем:

1. Способствовать обучению ребенка по оптимальной для него программе.
2. Хорошо знать и учитывать в педагогической деятельности особенности ребенка с ММД. Учителю важно понимать : ребенка что-то беспокоит и поэтому он ведет себя так не нарочно, ведь иначе он не может. Особенности ребенка надо учитывать, но не поощрять. Учитель должен осознать разницу между интеллектуальным потенциалом ребенка и его наличными возможностями в реализации потенциала. Необходимо верить в ребенка, не считать отсутствие стабильности в работоспособности признаком отсутствия способностей к обучению.
3. Внимательно следить за динамикой проявления ММД у ребенка. При необходимости рекомендовать консультацию психолога, врача.
4. Поддерживать постоянный контакт с родителями, держать их в курсе дел.
5. Поддерживать постоянный контакт со школьным психологом в целях обеспечения оптимальных условий для обучения и воспитания.
6. Создавать на уроках спокойную, доброжелательную атмосферу сотрудничества.
7. Не требовать от детей с ММД идеального соблюдения дисциплины. Не допуская грубых нарушений ее, позволять детям отдельные вольности: например, какую-то часть времени работать стоя или сидя, с подогнутой под себя ногой. Не путать проявления болезни и невоспитанности.
8. В обязательном порядке проводить физкультминутки или релаксационные паузы на позднее 15-20 минут от начала урока.
9. Находить возможность для детей с ММД проявить во время урока двигательную активность, отдохнуть: дать поручение сходить за мелом, за водой для цветов, вымыть тряпку для доски и т.п.
10. Обязательно предоставлять возможность для активного отдыха на переменах не только детям с ММД, но и всему классу. Желательно направлять активный отдых детей, разумно регулировать его.
11. Если во время урока учитель видит, что ребенок «отключился», лучше дать ему некоторое время на отдых, а не вызывать в этот момент.
12. По возможности уделяйте детям с ММД дополнительное внимание: проверьте, понял ли оно задание, записал ли в дневник и т.п.
13. Не стоит ставить в пример ребенку с ММД успехи других, более усидчивых и работоспособных детей.
14. Оценивая ребенка, по возможности не снижайте оценки за негрубые ошибки, исправления, помарки, оформительскую небрежность. Осознайте различие в степени важности умения аккуратно написать и умения правильно выполнить задание по сути.
15. При подборе педагогических технологий и методик желательно развивать мелкую моторику (раскрашивание и пр.); использовать тетради с напечатанными заданиями, в которых ребенку нужно лишь подчеркнуть, обвести и т.д., что позволяет ему экономно расходовать свои силы, а также прибегнуть к поэлементному обучению письму.

 По мнению исследователей, если у ребенка не сложился зрительно-звуковой образ слова в процессе обучения чтению, то при письме он будет переписывать слова по буквам, а характерными ошибками будут недописывание различных элементов букв. Это связано с тем, что в голове ребенка нет тех комплексных образов, которые позволяют совершить переход от смысла звучащих слов к их графическому изображению. При этом ребенку ставят диагноз «дисграфия», хотя он не связан с логопедическими нарушениями и не поддается коррекции у логопеда.

 Педагогу в связи с этим следует учитывать следующее:

* Обучение чтению должно опережать обучение письму.
* Предпочтение должно отдаваться опоре на системность, четкое структурирование информации, ее дробление на образные единицы (целостные, самостоятельные «образы-факты», которые понятны ребенку и могут быть включены в систему его личного опыта).
* При обучении чтению ребенок должен воспринимать целое слово в графическом изображении: словосочетания многократно показываются ребенку и одновременно прописываются;

 Оперирование и осмысление абстракций (слог, фонема, звук, буква) не всегда доступны ребенку в первом классе, так как требуют развитого абстрактного мышления. Озвучивание бессмысленных для него слогов – непонятное и утомительное для ребенка с ММД занятие.

* При проверке заданий на запоминание требуйте от ребенка с ММД воспроизведения главного, без перечисления второстепенных деталей.
* При ведении урока соблюдайте четкий алгоритм действий, выделяйте главное.
* Используйте короткие, четко построенные фразы.
* Будьте умеренны в использовании яркой эмоциональной информации, красочных наглядных примеров так как в памяти детей с ММД может остаться лишь эта дополнительная, несущественная информация.
* Не нагружайте детей изучением и отработкой специальных приемов тренировки памяти, внимания (существуют примеры отрицательного опыта работы в этом направлении).
* Уделяйте больше внимания развитию интеллекта, кругозора детей, обходя дефектные функции.
* При построении алгоритма урока организуйте многократное повторение с целью прочного закрепления материала.
* Помните, что дети с ММД часто с трудом усваивают инструкцию учителя в полном объеме или только внешнюю сторону требования, не улавливая сути.
* У детей с ММД в первую очередь страдают точность выполнения работы, скорость переключения внимания с одного вида деятельности на другой, объем внимания. В связи с этим учителю необходимо помогать ребенку, также подбирать доступный ему объем учебного материала.
1. Помните, что ребенку необходима похвала. Находите положительные моменты в поведении и учебе ребенка, замечайте его небольшие достижения, хвалите его, хотя не всегда это просто сделать. Не забывайте о том, что воспитание ребенка с ММД требует особой гибкости. Необходима разумная дозировка поощрений и требований к ребенку: наказания лишают детей желания работать, чрезмерная похвала расслабляет, вызывая немедленное последующее снижение достигнутых результатов.
2. Не обвиняйте родителей в проступках ребенка. При посещении родителями школы обязательно упоминайте о достижениях ребенка, его позитивных сторонах. Не поддавайтесь искушению засыпать родителей жалобами на ребенка.
3. Способствуйте активному участию ребенка во внеклассной жизни школы, помогите ему стать успешным, проявить свои способности во внеурочной деятельности.

**Приемы, облегчающие усвоение ребенком учебного материала**

1. Использование наглядных пособий: рисунков, схем, таблиц – значительно облегчает усвоение учебного материала.
2. Четко выстраивайте схему учебного материала, которая позволяет ребенку лучше запоминать материал и быстрее находить в памяти необходимые сведения.
3. Выполнение любого задания лучше разбивать на мелкие шаги, позволяющие создать такой алгоритм, при котором ребенку легче фиксировать промежуточные результаты работы.
4. Важно помочь ребенку осмыслить учебный материал: выделить основные мысли, установить причинно-следственные связи между фактами или явлениями.
5. При обучении чтению родители могут помогать, когда встречаются наиболее сложные слова. Если родители читают ребенку тексты из букваря, он запоминает их (ведь они короткие), а затем имитирует умение читать, воспроизводя текст по памяти. Иногда неумение ребенка читать обнаруживается значительное время спустя, когда учитель попросит его прочитать текст вразброс.
6. Самое главное, чтобы ребенок понимал прочитанное. Иногда в погоне за техникой чтения учитель или родители так увлекаются, что не замечают полного непонимания ребенком прочитанного текста.
7. Особенно важно учить детей с ММД осознанию своих мыслей, действий. Дети с ММД? Часто не поняв, что от них требуется, имитируют учебную деятельность, создавая впечатление активной работы. Делают это они для того, чтобы их не ругали за бездействие: лучше делать хоть что-нибудь, даже если это бессмысленно. Такая бессмысленная деятельность усугубляет положение и без того неорганизованного, несобранного ребенка.
8. При заучивании правил, стихов лучше делать это, разбивая материал на более мелкие смысловые части. Заучивать текст окончательно за один прием \_ неэффективно. Лучше после каждого захода сделать перерыв, в течение которого можно заняться другими делами, отвлечься, а затем повторить заученное. Так материал надолго останется в памяти.

**Выявление синдрома дефицита внимания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, ребенок корчится, извивается |  |
| 2. | Неумение сидеть спокойно на месте, когда это требуется |  |
| 3. | Легкая отвлекаемость на посторонние стимулы |  |
| 4. | Нетерпеливость, неумение дожидаться своей очереди во время игры и в различных ситуациях в коллективе |  |
| 5. | Неумение сосредоточиться: на вопросы часто отвечает не задумываясь, не выслушивает их до конца |  |
| 6. | Сложности, не связанные с негативным поведением или недостаточным пониманием при выполнении предложенных заданий |  |
| 7. | С трудом сохраняемое внимание при выполнении заданий или во время игр |  |
| 8. | Частые переходы от одного незавершенного действия к другому |  |
| 9. | Неумение играть тихо, спокойно |  |
| 10. | Болтливость |  |
| 11. | Мешает другим, пристает к окружающим (например, в течение игры к детям) |  |
| 12. | Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь |  |
| 13. | Частые потери ребенком вещей, необходимых в школе и дома (например, карандашей, книг и т.д.) |  |
| 14. | Способность совершать опасные действия, не задумываясь о последствиях. При этом ребенок не ищет приключений или острых ощущений. |  |

 Наличие у ребенка по крайней мере восьми перечисленных выше 14 симптомов, которые постоянно наблюдаются, лежит в основе диагноза синдрома дефицита внимания.

 Все проявления данного синдрома можно разделить на три группы:

- признаки гиперактивности (1, 2, 9, 10)

- невнимательность и отвлекаемость (3, 6, 8, 12, 13)

- импульсивность (4, 5, 11, 14)

**Рекомендации родителям до поступления в школу.**

 Чрезвычайно ранимая нервная система малыша растет и развивается не по дням, а по часам, и нежелательное вмешательство извне может спустя годы «аукнуться» ослаблением той или иной функции (невропатологи называют это парциальной задержкой развития). Аббревиатурой ММД (минимальная мозговая дисфункция) или МЦД(минимальная мозговая(церебральная) дисфункция) неврологические доктора удостаивают каждого пятого из будущих первоклассников. Почему не раньше? Требуется время, чтобы ребенок дорос до очередного этапа, на котором проявится давным-давно заложенное нарушение. Бывает, первоклассник уже бойко читает, а в тетради каракули. Или наоборот – с почерком проблем нет, а слова разбирает по слогам. Могут «подкачать» память или устный счет. Из той же серии путаница в пространственных ориентирах «направо-налево», «вверх-вниз», замена на письме звонких и глухих согласных, зеркальное воспроизведение чисел… Вариантов много, и всплывают они, как правило, уже в школе. Но внимательные родители сумеют заподозрить неладное задолго до ученической поры, и взяв в союзники невропатолога, принять меры, которые помогут сгладить наметившуюся диспропорцию в развитии и устранить другие проблемы, сопутствующие ММД.

 Ответы на следующие вопросы подскажут, имеются ли у ребенка основания «претендовать» на этот диагноз.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Возможно, на первом году малыш вызывал беспокойство у врачей в связи с повышенной возбудимостью, нарушениями мышечного тонуса, гипертензионным синдромом или другими проявлениями так называемой перинатальной энцефалопатии. И если да, не пренебрегали ли вы их рекомендациями, считая, что «само пройдет»? |  |
| 2. | Ваш ребенок засыпает с трудом, обычно просыпается несколько раз за ночь, ворочается и вскрикивает во сне. Скорее всего он рано (до 6 лет) отказался от дневного сна. |  |
| 3. | Шумным и беспокойным, а подчас прямо-таки агрессивным поведением напоминает маленького разбойника, не признает запретов, ему трудно сосредоточиться на книге или настольной игре, требующей повышенного внимания и терпения. |  |
| 4. | Часто бывает не в настроении, плачет и капризничает по малейшему поводу, выглядит хмурым и отличается рассеянностью. |  |
| 5. | Чувствует и ведет себя неважно при перемене погоды и магнитных бурях. |  |
| 6. | Периодически жалуется на головную боль, носит шапки и панамки большего размера, чем сверстники (окружность головы годовалого ребенка в норме – 46см, в 2 года – 48см, в 3-4 года – 49см, в 5 лет – 50см, в 10 лет – 51 см, а затем она увеличивается на 1 см в год до «взрослой» величины – 55-58см) |  |
| 7. | Плохо приживается в детском коллективе, с трудом привыкает к новой обстановке. |  |
| 8. | Кажется неловким и неуклюжим, не вписывается в подвижные игры, требующие слаженности движений. |  |
| 9. | Быстро стаптывает обувь, при ходьбе немного косолапит (ставит ноги носками внутрь), нагружает не всю стопу целиком, а только ее внутренний край и носочки. |  |
| 10. | Заикается или неправильно произносит слова, не так хорошо, как хотелось бы, запоминает детские стихи, не может внятно пересказать отрывок из только что прочитанной сказки. |  |
| 11. | Пред засыпанием ритмически покачивает головой или раскачивается туловищем, сосет пальцы, обкусывает ногти, машинально перекатывает в руках мелкие предметы или наматывает прядь волос на палец, гримасничает – словом, замечен во вредных привычках |  |

 Если некоторые из этих проблем (необязательно все сразу) есть у дошкольника, не откладывайте визит к невропатологу до 6-7 лет. Чтобы подготовиться такому ребенку к школе недостаточно выучить буквы и освоить счет до 10. Главное – укрепить его слабую нервную систему, помочь ей справиться с предстоящей учебной нагрузкой. И чем раньше это сделать, тем лучше.

 Переживать из-за того, что к ребенку с ранних лет «пристанет» неудобнопроизносимый диагноз, который потянется за ним по жизни не стоит. ММД, как корь или свинка – детская болезнь, и хотя за считанные недели не проходит, но за несколько лет перед школой справиться с ней вполне реально. Если проглядели ее в детсадовском возрасте, еще не все потеряно для начинающего школьника. Просто лечиться и учиться нужно будет одновременно.

 Хотя без лекарств не обойтись, не они сейчас на первом месте. Главное создать в семье такую обстановку, которая способствовала бы выздоровлению ребенка. А это не всегда просто. Будь то взрывчатый, подвижный, все сметающий на своем пути, пропускающий мимо ушей «нельзя» живчик или вечно всем на свете недовольная плакса с бесконечными капризами – обе крайности способны довести до белого каления. Только вот от окриков и наказаний толку мало. Примите как данность, что у ребенка слабая нервная система. Поверьте: он и рад бы быть паинькой, да с самим собой у него сладу нет. Помогите ему – уберите с глаз долой вещи, которые ребенку не полагается брать, чтобы пореже одергивать его. Будьте ровны и доброжелательны, проявляйте выдержку и не обостряйте «пиковые» ситуации.

 Если отношения накалились, отвлеките ребенка, переключив его внимание на увлекательную книгу или игру, подготовку к долгожданной поездке за город, поход в парк и т.п. примерно в трети конфликтов уступайте и только иногда запрещайте.

 Все без исключения домашние должны неукоснительно придерживаться единой стратегии воспитания, чтобы детскую психику не «штормило» от педагогических разногласий взрослых.

 Ребенку надо ложиться спать, вставать по утрам, есть, ходить на прогулку в одни и те же раз и навсегда определенные часы. Привычные действия служат своеобразными сигналами точного времени, сигнализирующими работу нервной системы, а отступление от режима вносят разлад в нервные процессы.

 Сделайте все возможное, чтобы наладить дневной сон – ослабленной нервной системе необходим послеобеденный отдых.

 Заранее предупреждайте ребенка обо всех переменах: посещении врача, поездках, если планируете пригласить няню, гостей, отлучиться по делам, переставить мебель в его комнате, избавиться от лишних игрушек… Это даст ему время подготовиться к предстоящему событию и исключит ненужные конфликты.

 Приглашая гостей, постарайтесь, чтобы привычный детский распорядок не нарушался, а контакт с пришедшими был минимальным.

 Возьмите под контроль общение со сверстниками. Оно должно быть непродолжительным и неутомительным. Водить дружбу с расторможенными детьми противопоказано. Они будут «заводить» друг друга и от такого контакта больше потеряют, чем приобретут. Пусть товарищ по играм будет спокойным, неагрессивным, лучше на 1-2 года старше.

 Никогда не выясняйте отношений в присутствии ребенка – ссоры взрослых до крайности истощают детскую психику.

 Очень важно, чтобы в воспитании активно участвовал папа. Маме, задерганной капризами маленькой Несмеяны или выкрутасами юного Соловья-разбойника, единолично исполнять эту обязанность не под силу: ей требуется хотя бы пару часов отдохнуть: побыть одной, расслабиться, отвлечься.

 Наложите запрет на телевизор и компьютерные игры: мелькание кадров (даже когда сериал смотрят взрослые, а ребенок занимается своими делами в той же комнате) может при минимальной мозговой дисфункции спровоцировать судорожный приступ.

 До полного выздоровления не берите ребенка в загрантуры и на загорайте с ним на солнцепеке: лучший отдых для него – на даче в окружении тени родных рябин и берез.

 Организуйте детский досуг с пользой для здоровья, выделив время для занятий физкультурой, плаванием и подвижных игр на свежем воздухе, улучшающих координацию и точность движений.

 Пусть побольше рисует, лепит. Вырезает, складывает картинки из мозаики и пазлов, занимается конструированием – это поможет разработать мелкую моторику рук, развить зрительную память и пространственную ориентировку.

 Работайте с ребенком в начале дня, а не вечером. Уменьшите общую рабочую нагрузку ребенка.

 Делите работу на более короткие, но более частые периоды. Используйте физкультминутки.

 Используйте во время занятий, когда ребенок перевозбужден, татильный контакт (элементы массажа, прикосновения, поглаживания).

 Давайте короткие, четкие и конкретные инструкции.

 Почаще читайте ребенку стихи и слушайте вместе с ним спокойную музыку, научите песням – детским, народным, на ночь обязательно пойте колыбельную. Ученые установили, что заложенный в них размеренный ритм гармонизирует и оздоравливает нервную систему. По этой же причине полезны занятия бальными танцами и художественной гимнастикой.

 Для лечения гиперактивности необходимо включать в рацион питания ребенка продукты с повышенным содержанием кальция, калия и магния (молочные продукты, сухофрукты: изюм, чернослив, курага).

 Используйте гибкую систему поощрений и наказаний. Поощряйте ребенка сразу же, не откладывая на будущее.

 Если есть возможность, не отдавайте ребенка в детский сад, а в школу определяйте не раньше 7 лет. Да не в гимназию с двумя иностранными языками с первого класса и экзаменами в конце учебного года – вы же выучить его хотите, а не довести до нервного срыва.

 Попросите педагога по возможности посадить вашего ребенка на первую парту или поблизости от него.

 Нечто ужасное, обнаруженное специалистами к совершеннолетию сойдет на нет, но прежде успеет доставить немало неприятностей самому ребенку и хлопот родителям и учителям. От родителей зависит, чтобы заболевание не растянулось на долгие школьные годы , а прошло как можно скорее.

 Оставайтесь спокойным родителем. Нет хладнокровия – нет преимущества!

Подготовила учитель начальных классов Щербакова Л.В.