«Другой» ребенок

 Малая мозговая дисфункция

*(В ответе использован материал лекции профессора Заваденко Н. Н.)*

 Минимальные мозговые дисфункции представляют собой наиболее распространенную форму нервно-психических нарушений в детском возрасте. Они являются последствиями ранних повреждений головного мозга, выражающихся в возрастной незрелости отдельных высших психических функций и их дисгармоничном развитии. Минимальные мозговые дисфункции характеризуются задержкой темпов развития функциональных систем мозга, обеспечивающих те или иные высшие психические функции: гнозис, праксис, внимание, память, речь, письмо, чтение, счет, а также программирование, регуляцию и контроль психических процессов. По общему интеллектуальному развитию дети с минимальными мозговыми дисфункциями находятся на уровне нормы, но при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации.
 **В возрасте от 1 года до 3 лет детей** с минимальными мозговыми дисфункциями часто отличают повышенная возбудимость, двигательное беспокойство, нарушения сна и аппетита, слабая прибавка в массе тела, некоторое отставание в психо- речевом и моторном развитии. К трем годам обращают на себя внимание такие особенности, как моторная неловкость, повышенная утомляемость, отвлекаемость, двигательная гиперактивность, импульсивность, упрямство и негативизм. В младшем возрасте у них нередко наблюдаются задержка в формировании навыков опрятности (энурез, энкопрез).

 В дальнейшем проявления минимальных мозговых дисфункций отличаются многообразием. Между тем прослеживается определенная зависимость между имеющейся у ребенка симптоматикой и его возрастом. Как правило, нарастание симптомов минимальных мозговых дисфункций приурочено к началу посещения детского сада (в возрасте 3 лет) или школы (6-7 лет). Подобная закономерность может быть связана с неспособностью ЦНС справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ребенку в условиях возрастания психических и физических нагрузок. Увеличение нагрузок на ЦНС в этом возрасте может приводить к нарушениям поведения в виде упрямства, непослушания, негативизма, а также к невротическим расстройствам, замедлению психо-речевого развития.

 Кроме того, максимальная выраженность проявлений минимальных мозговых дисфункций часто совпадает с критическими периодами психоречевого развития у детей (Волкова Л.С. и др., 1995). К первому периоду относят возраст 1-2 года, когда происходит интенсивное развитие корковых речевых зон и активное формирование навыков речи. Второй период приходится на возраст 3 лет. На данном этапе у ребенка увеличивается запас активно используемых слов, совершенствуется фразовая речь, активно развиваются внимание и память. В это время у многих детей с минимальными мозговыми дисфункциями обнаруживаются задержка развития речи и нарушения артикуляции. Третий критический период относится к возрасту 6-7 лет и совпадает с началом становления навыков письменной речи (письмо, чтение). Для детей с минимальными мозговыми дисфункциями этого возраста характерны формирование школьной дезадаптации и проблемы поведения. Значительные трудности психологического характера нередко обусловливают различные психосоматические нарушения, проявления вегетативно-сосудистой дистонии.

 Таким образом, если в дошкольном возрасте среди детей с минимальными мозговыми дисфункциями преобладают гипервозбудимость, двигательная расторможенность или, наоборот, медлительность, а также моторная неловкость, рассеянность, отвлекаемость, непоседливость, повышенная нервно-психическая утомляемость, особенности поведения (незрелость, инфантилизм, импульсивность), то у школьников на первый план выступают проблемы в обучении и нарушение поведения. Большинству детей с минимальными мозговыми дисфункциями свойственна слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах, неуверенность в себе, заниженная самооценка. Нередко у них также наблюдаются простые и социальные фобии, вспыльчивость, задиристость, оппозиционное и агрессивное поведение.

 **В подростковом возрасте** у ряда детей с минимальными мозговыми дисфункциями нарастают нарушения поведения, агрессивность, трудности во взаимоотношениях в семье и школе, ухудшается успеваемость. Таким подросткам свойственны "бунтарский" дух, отрицание авторитетов, незрелое и безответственное поведение, нарушение семейных и общественных правил, значительные трудности в выборе и освоении профессии. У них проявляется тяга к употреблению алкоголя и наркотиков.
Недостаточно формируются навыки интеллектуальной деятельности.

 **В школьном возрасте** дети с ММД испытывают трудности при усвоении навыков письма, чтения и счета. Двигательные нарушения характеризуются мышечной дистонией, асимметрией мышечного тонуса и рефлексов, непостоянными патологическими рефлексами. Моторная неловкость сочетается с недостаточностью тонких дифференцированных движений пальцев рук и мимической мускулатуры. Часто выявляются мозжечковые нарушения, статическая и динамическая атаксия, промахивание при пальценосовой пробе, специфические нарушения почерка и речи.

 Могут иметь место проявления задержки психического развития. Дети не готовы к обучению в школе. Они не всегда учитывают ситуацию. Им присущи наивность и непосредственность поведения.

Наблюдаются недоразвитие эмоционально-волевой сферы. Больным свойственны низкая работоспособность и склонность к двигательной расторможенности.

 Дети испытывают затруднения в обучении главным образом вследствие замедления психической деятельности, цереброастенических проявлений, нарушения памяти и внимания, излишней подвижности, недоразвития произвольной целенаправленной деятельности. Эти затруднения становятся особенно выраженными при увеличении объема и темпа предъявления нового материала.

 В отдельных случаях отмечаются дизлексия и дисграфия. Дети испытывают трудности при необходимости адаптироваться к новым условиям. В случае привычного жизненного стереотипа у них возникают своеобразные состояния дезадаптации и невротические расстройства.

 В периоды возрастных кризов часто выявляются или усиливаются психопатологические нарушения.

 Степень выраженности указанных изменений крайне вариабельна и колеблется от легких, трудно диагностируемых форм до стойких проявлений, требующих медико-педагогических воздействий.

 Клиническая симптоматика ММД видоизменяется в зависимости от этапа возрастного развития. У детей раннего возраста чаще обнаруживаются неврологические нарушения. В старшем возрасте ведущее место занимают расстройства поведения и специфические трудности обучения.

 Практика показывает, что больным дошкольникам взрослые не всегда уделяют должное внимание.

 Отчасти это объясняется тем, что вся симптоматика становится явной с того момента, когда дети с малыми мозговыми поражениями начинают испытывать трудности в процессе обучения в школе. К этому времени симптомы легкой мозговой недостаточности становятся более выраженными в связи со вторичными нарушениями, обусловленными дополнительными экзогенными вредностями, неправильным воспитанием и реакцией ребенка на свою несостоятельность.

 К концу урока и на последних уроках из-за наступающего истощения нарушается концентрация внимания. В связи с этим следует подумать о целесообразности второго выходного дня.

 При двигательных расстройствах в виде нарушения тонкой моторики рук, координации движений, равновесия делается акцент на **развитие двигательных навыков** и постепенное приобщение ребенка к участию в различных видах деятельности.

 Для лечения ММД важна правильная ориентация врача и педагога-дефектолога при направлении ребенка в школу. От этого зависит компенсация дефекта и социальная адаптация ребенка.

 Страдающие ММД дети с нормальным интеллектом и без выраженного отставания в психическом развитии учатся, как правило, в массовой школе. Однако им требуется постоянная медико-педагогическая коррекция. В некоторых случаях на 1-2 четверти их следует переводить в санаторные отделения, в которых наряду с обучением проводятся лечебные мероприятия. При выраженных речевых нарушениях дети должны быть помещены в речевую школу, где коррекция речевых нарушений является основным методом лечения.

 В профилактике ММД важное значение приобретают вопросы организации помощи детям с ММД.

Они должны быть ориентированы на ранний возраст, когда компенсаторные возможности мозга велики и не успел сформироваться патологический стереотип. Дети, у которых неврологические нарушения выявлены в раннем возрасте, должны находиться на диспансерном учете и 1 систематически осматриваться невропатологом, психиатром, психологом, логопедом для выявления и коррекции клинических проявлений ММД до поступления в школу.

 Решение проблемы ММД предусматривает тесную взаимосвязь лечебно-профилактических и лечебно-педагогических учреждений. Большая медицинская и социальная значимость проблемы ММД обусловливает необходимость разработки ранних комплексных профилактических мероприятий, направленных в первую очередь на предупреждение пренатальной и перинатальной патологии нервной системы. В школьном возрасте дети даже с компенсированными случаями ММД должны находиться под постоянным контролем с целью предупреждения отклонений в поведении, которые могут привести к антисоциальным поступкам.

 [**Младший школьный возраст от 7 до 11 лет**](http://neurodoctor.ru/2008/08/03/mladshij-shkolnyj-vozrast-ot-7-do-11-let.html)

**Двигательные функции**. Эти функции получают весьма значительное развитие. Совершенствуется координация движений. Часто в этом возрасте дети начинают заниматься различными видами спорта (плавание, гимнастика, легкая атлетика и др.).

**Речь**. В процессе систематического обучения получают значительное развитие устная и письменная речь. Дети овладевают все более совершенным употреблением слов и предложений, у них возрастает словарный запас. Они начинают употреблять значительное количество слов не только в устной, но и в письменной речи. Качественное изменение обоих видов речи оказывает большое положительное влияние на интеллектуальное развитие школьников.

**Психика**. В процессе обучения развиваются зрительное и слуховое внимание. Дети оказываются в состоянии запоминать сравнительно большее количество словесного и другого материала.

Запоминание приобретает все более осмысленный характер. Переход к школьному обучению знаменует переход к новому типу познания. Школьники приобретают значительные знания на основе словесных объяснений, а также при чтении учебной и другой литературы.

Во время обучения в школе учащиеся овладевают системой понятий. Каждое из понятий определенным образом связано с другими понятиями. Постепенно у учащихся возникает первоначальное понимание таких категорий, как объем понятий, соотношение между более общими и менее общими понятиями. С 3 класса отмечается дифференцированное отношение к изучаемым предметам (чтение, письмо, математика и др.). Со временем обычно усиливается интерес к какому-нибудь предмету. Важную положительную роль в психическом развитии учащихся младших классов играют занятия по труду. Ведущая роль теперь принадлежит учению, учебной деятельности.

Однако игра (во внеучебное время) продолжает выполнять весьма важную роль. В это время у детей возникает интерес к новым для них играм (шашки, шахматы и др.).

Развитие личности младшего школьника происходит преимущественно в коллективе сверстников.

Дети начинают относиться к учению не только как к сугубо личному, но и как к общественному делу.

Формируются такие нравственные качества, как чувство долга, товарищества. Важное значение в формировании личности ребенка имеет выполнение им общественной работы

 Внутричерепное давление у детей

Симптомы стойкого повышения ВЧД могут быть совершенно разными для грудничков и детей более старшего возраста. Но все они достаточно характерны.

* *У младенцев* это, как правило, чрезмерно быстрый рост головы, нежелание пить, выкатывание глазных яблок, отведение их вниз (так называемый симптом "заходящего солнца"), периодически возникающая рвота и частое срыгивание, выпячивание (выбухание) большого родничка, расхождение черепных швов, переполнение вен свода черепа, косоглазие.
* *Для старших детей* характерна рвота, упорные головные боли, быстрая утомляемость и частые смены настроения, задержка умственного развития, изменение двигательных навыков, склонность к судорогам, косоглазие и т.д.

Поражения нервной системы

 Энцефалопатия ( В.В. Коновалов. Совсем другая медицина

Энцефалопатия у детей, взрослых и пожилых)

Энцефалопатия не означает какой-то конкретной болезни. В дословном переводе это **"патология головного мозга**". То есть под этим диагнозом могут пониматься все неконкретные или не совсем ясные жалобы, симптомы со стороны головного мозга. Например, комплекс жалоб и симптомов, состоящий из повышенной возбудимости, нервозности, головных болей, склонности к судорожным проявлениям, к нестабильному внутричерепному давлению, головокружения, тиков, некачественного сна, преходящих кратких нарушений зрения, неспособности сосредоточиться, негрубых нарушений памяти, отставания в развитии и т. д.

Напротив, такие неполадки, как воспаление мозговой ткани и оболочек головного мозга, травмы головного мозга, опухоли его и т. п., выделяются в самостоятельные, четко очерченные болезни, имеющие определенные названия (энцефалит, арахноидит, сотрясение, ушиб, контузия и т. п.).

 Энцефалопатией страдают не только самые маленькие дети, но и подростки, и взрослые люди. Поскольку у взрослых комплекс мозговых жалоб и симптомов связан, как правило, с уже сформировавшимися конкретными болезнями (гипертония, гипотония, вегетодистония, грубая патология шейного отдела позвоночника, атеросклероз, сердечная недостаточность, травма и т. п.), то в такой ситуации принято говорить не отдельно об этих симптомах, а о ведущем диагнозе. У маленьких детей часто явного подобного диагноза нет, а комплекс симптомов есть. Каким бы ни был этот комплекс, его объединяют общим названием - энцефалопатия.

 Исходя из кратких вышеизложенных соображений, вы, конечно же, понимаете, что уникальность каждого ребенка, неповторимость сложных нарушений в организме, лежащих в основе энцефалопатии, требуют и строго индивидуального диагностического и лечебного подходов. Поэтому для успешного решения этой проблемы необходима индивидуальная системная диагностика.

Поскольку во всех случаях энцефалопатии присутствует вегетативный дисбаланс, необходимо постоянно тренировать вегетативные центры.

Для этого **очень эффективны** контрастные процедуры. Главное, делайте их без насилия, т. е. не обязательно чередовать горячий и холодный душ, можно горячий и прохладный или даже слегка прохладный, так, чтобы ребенок не отказывался от этой процедуры, а взрослый человек не чувствовал чрезмерного напряжения.

 Продолжайте регулярно проводить **курсы сосудисто-трофической мозговой терапии, назначаемые педиатром и невропатологом**. Это будут единственные ваши таблетки. Они не решают всех проблем, но необходимы, Это такие средства, какстугерон, кавинтон, ноотропил, глютаминовая кислота, церебролизин, пантогам, глицин и другие. При этом стугерон, кавинтон, церебролизин при эписиндроме применяйте с осторожностью, либо вообще не применяйте.

 Наконец, вам или вашему ребенку требуется **побольше свежего воздуха и спокойная обстановка.**

##  Дизартрия у детей.

 **Дизартрия** - нарушение произносительной стороны речи, возникающее вследствие органического поражения центральной нервной системы. Основным отличительным признаком дизартрии от других нарушений произношения является то, что в этом случае страдает не произношение отдельных звуков, а вся произносительная сторона речи.

 У детей-дизартриков отмечается ограниченная подвижность речевой и мимической мускулатуры. Речь такого ребенка характеризуется нечетким, смазанным звукопроизношением; голос у него тихий, слабый, а иногда, наоборот, резкий; ритм дыхания нарушен; речь теряет свою плавность, темп речи может быть ускоренным или замедленным.

 Причинами возникновения дизартрии являются различные вредоносные факторы, которые могут воздействовать внутриутробно во время беременности (вирусные инфекции, токсикозы, патология плаценты), в момент рождения (затяжные или стремительные роды, вызывающие кровоизлияние в мозг младенца) и в раннем возрасте (инфекционные заболевания мозга и мозговых оболочек: менингит, менингоэнцефалит и др.).

 В детских садах и школах общего типа могут находиться дети с легкими степенями дизартрии (другие названия: стертая форма, дизартрический компонент). Эти формы проявляются в более легкой степени нарушения движений органов артикуляционного аппарата, общей и мелкой моторики, а также в нарушениях произносительной стороны речи - она понятна для окружающих, но нечеткая.

 Дети со стертыми формами дизартрии не выделяются резко среди своих сверстников, даже не всегда сразу обращают на себя внимание. Однако у них имеются некоторые особенности. Так, эти дети нечетко говорят и плохо едят. Обычно они не любят мясо, хлебные корочки, морковь, твердое яблоко, так как им трудно жевать. Немного пожевав, ребенок может держать пищу за щекой, пока взрослые не сделают ему замечание. Часто родители идут малышу на уступки - дают мягкую пищу, лишь бы поел. Тем самым они, не желая того, способствуют задержке у ребенка развития движений артикуляционного аппарата. Необходимо постепенно, понемногу приучать ребенка хорошо пережевывать и твердую пищу.

 Труднее у таких детей воспитываются культурно-гигиенические навыки, требующие точных движений различных групп мышц. Ребенок не может самостоятельно полоскать рот, так как у него слабо развиты мышцы щек, языка. Он или сразу проглатывает воду, или выливает ее обратно. Такого ребенка нужно учить надувать щеки и удерживать воздух, а потом перекачивать его из одной щеки в другую, втягивать щеки при открытом рте и сомкнутых губах. Только после этих упражнений можно приучать ребенка полоскать рот водой.

 Дети с дизартрией не любят и не хотят застегивать сами пуговицы, шнуровать ботинки, засучивать рукава. Одними приказаниями здесь ничего не добьешься. Следует постепенно развивать мелкую моторику рук, используя специальные упражнения. Можно учить ребенка застегивать пуговицы (сначала крупные, потом мелкие) на одежде куклы или на снятом платье, пальто. При этом взрослый не только показывает движения, но и помогает их производить руками самого ребенка. После подобной тренировки дети смогут уже застегивать пуговицы на одежде, надетой на себя. Для тренировки умения шнуровать обувь используются различной формы фигуры (квадрат, круг и др.), вырезанные из плотного картона. По краям фигуры на расстоянии 1см друг от друга делаются дырочки. Ребенок должен последовательно продеть во все дырочки через край длинный шнурок с металлическим концом, как бы обметывая края. Чтобы у ребенка не ослабевал интерес к упражнениям, можно наклеить в середине фигуры какую-нибудь картинку и сказать, что, правильно продев цветной шнурок, малыш сделает таким образом игрушку и сможет подарить ее кому захочет. Затем ему предлагают шнуровать ботинки, сначала снятые с ног, затем непосредственно у себя на ногах.

 Дети-дизартрики испытывают затруднения и в изобразительной деятельности. Они не могут правильно держать карандаш, пользоваться ножницами, регулировать силу нажима на карандаш и кисточку. Для того, чтобы быстрее и лучше научить ребенка пользоваться ножницами, надо вложить его пальцы вместе со своими в кольца ножнц и производить совместные действия, последовательно отрабатывая все необходимые движения. Постепенно, **развивая мелкую моторику рук**, у ребенка воспитывают умение регулировать силу и точность своих движений.

 Для таких детей характерны также затруднения при выполнении физических упражнений и танцах. Им нелегко научиться соотносить свои движения с началом и концом музыкальной фразы, менять характер движений по ударному такту. Про таких детей говорят, что они неуклюжие, потому что они не могут четко, точно выполнять различные двигательные упражнения. Им трудно удерживать равновесие, стоя на одной ноге, часто они не умеют прыгать на левой или правой ноге. Обычно взрослый помогает ребенку прыгать на одной ноге, сначала поддерживая его за талию, а потом - спереди за обе руки, пока он не научится это делать самостоятельно.

 Нарушения моторики у детей требуют дополнительных индивидуальных занятий в специальных учреждениях и дома. Обучение ребенка проводится по разным направлениям: **развитие моторики (общей, мелкой, артикуляционной), исправление звукопроизношения, формирование ритмико-мелодической стороны речи и совершенствование дикции**. Чтобы у ребенка выработались прочные навыки во всей двигательной сфере, требуется длительное время и использование разнообразных форм и приемов обучения. Для быстрейшего достижения результатов работа должна проводиться совместно с логопедом, необходимы также консультации врача-психоневролога и специалиста по лечебной физкультуре

 Дислексия

 Дислексия - частичное специфическое нарушение процесса чтения, обусловленное несформированностью (нарушением) высших психических функций и проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера.

Этот недуг, порой называемый "словесной слепотой", связывают с пониженной активностью мозга в определенной зоне левого полушария. Дислексией страдают от 5 до 12% людей.

Алексия - полная неспособность или потеря способности овладения процессом чтения.

 Формы дислексии

Выделяют фонематическую, семантическую, аграмматическую, мнестическую, оптическую и тактильную формы дислексии.

*Фонематическая дислексия* - дислексия, связанная с недоразвитием функций фонематической системы, звуко-буквенного анализа.

*Семантическая дислексия* (греч. semantikos - смысловой) - дислексия, проявляющаяся в нарушениях понимания прочитанных слов, предложений, текста при технически правильном чтении.

*Аграмматическая дислексия* - дислексия, обусловленная недоразвитием грамматического строя речи.

*Мнестическая дислексия* (греч. mnesis - смысловой) - дислексия, проявляющаяся в трудностях усвоения всех букв, в их недифференцированных заменах.

*Оптическая дислексия* (греч. optikos - относящийся к зрению) - дислексия, проявляющаяся в трудностях усвоения и в смешениях графически сходных букв, а также в их взаимных заменах. При органическом поражении головного мозга может наблюдаться зеркальное чтение. Также выделяют литеральную оптическую дислексию, при которой наблюдаются нарушения при изолированном узнавании и различении буквы, и вербальную оптическую дислексию, проявляющуюся в нарушениях при чтении слова.

*Тактильная дислексия* (лат. tactilis - осязательный) - дислексия, которая наблюдается у слепых детей и проявляется в трудностях дифференцирования тактильно воспринимаемых букв азбуки Брайля.

 Причины дислексии

Ученые изучают дислексию уже более ста лет, однако до сих пор продолжаются споры о том, что это, как ее распознать и почему она возникает.

Обычному грамотному человеку, несомненно, тяжело представить себе, как можно не уметь читать печатный текст, поэтому эту неспособность часто приписывают лени, упрямству или уязвленной явными неуспехами своего чада родительской гордости. В течение длительного времени врачи попросту ставили диагноз "дислексия", однако подобный подход чересчур обобщает проблему. Если вдуматься, то само по себе умение человека читать - сродни чуду. Процесс чтения требует фундаментальной перестройки визуальных и речевых связей мозга для того, чтобы связать звуки с определенными графическими знаками, к примеру, буквами, которые их обозначают. В свою очередь, необходимо не только слышать и понимать различные слова - нужно, чтобы ваш мозг разложил их на составные части (звуки или фонемы) таким образом, чтобы, увидев, к примеру, слово "кот", вы мысленно услышали звуки [к]-[о]-[т] и ассоциировали их с образом пушистого мурлыкающего зверька.

 В отличие от речи, которую любой нормально развитый ребенок осваивает, подражая окружающим, чтению необходимо учиться. Поскольку способность говорить развилась у человека 50-100 тысяч лет назад, а письменность была изобретена сравнительно недавно (ей около пяти тысяч лет), в мозгу еще не успели образоваться специальные центры. Скорее всего, для этой цели используется целый ряд других отделов мозга, первоначально имевших другое предназначение. Можно сказать, что наш мозг "подрабатывает по совместительству на стороне", и поэтому в нем иногда случаются сбои, которые необходимо устранять.

 Возникают затруднения при переходе от звукового состава слова к его смыслу, и каждое слово они читают по слогам, словно видят его впервые. Поскольку распознавание слов осуществляется не автоматически, а механически, темп чтения крайне низкий. Тяжелее всего, как ни странно, дислексикам даются самые короткие слова.

 Как говорит детский невролог Детской Клиничской больницы им. Филатова Елена Жидкова, дислексия возникает из-за "неслаженной работы правого и левого полушарий мозга. Причиной могут быть родовые травмы, нарушения во время беременности, нарушения правильного моторного развития". По ее словам, к нарушению чтения может привести и то, что ребенка слишком рано поставили на ноги и у него не сформировалась мелкая моторика.

 Интересным является открытие представленное на заседании Американского общества генетики человека. Оно подтверждает гипотезу о том, что дислексия - это не проявление тупости или нежелания учиться, а вполне реальное генетическое заболевание, нарушающее правильную работу мозга.

Речевая симптоматика дислексии

1. Замена и смешение звуков при чтении, чаще всего фонетически близких звуков (звонких и глухих, аффрикат и звуков, входящих в их состав), а также замены графически сходных букв (х-ж, п-н, з-а и др.).

2. Побуквенное чтение-нарушение слияния звуков в слоги и слова, буквы называются поочередно, "бухштабируются".

3. Искажение звуко-слоговой структуры слова, которые проявляются в пропусках согласных при стечении, согласных и гласных при отсутствии стечения, добавлениях, перестановках звуков, пропусках, перестановках слогов.

4. Нарушение понимания прочитанного, которые проявляются на уровне понимания отдельного слова, предложения и текста, когда в процессе чтения не наблюдается расстройства технической стороны.

5. Аграмматизмы при чтении. Они проявляются на аналитико-синтетической и синтетической ступени овладения навыком чтения. Отмечаются нарушения падежных окончаний, согласование существительного и прилагательного, окончаний глаголов и др.

6. Часто наблюдается в анамнезе нарушения звукопроизношения.

7. Бедность лексического запаса, неточность употребления слов. В легких случаях это обнаруживается только на стадии овладения навыком чтения.

Неречевая симптоматика дислексии

1. Наблюдаются трудности ориентировки во всех пространственных направлениях, затруднения в определении левой и правой стороны, верха и низа.

2. Отмечается неточность определения формы, величины. Несформированность оптико-пространственных представлений проявляется в рисовании, при составлении целого из частей при конструировании, в неспособности воспроизведения заданной формы.

3. Выявляется задержка в дифференциации правой и левой части тела, поздняя литерализация или ее нарушение (левшество или смешанная доминанта).

Психологический аспект дислексии

Если необходимые меры не принять вовремя, страдает самооценка ученика, который видит успехи своих одноклассников. Обычно дети шести-восьми лет уже свободно читают, в то время как более одаренные ребята-дислексики безнадежно отстают от них, начинают сомневаться в своих силах и под различными предлогами стараются избежать посещения школы. Более того, они часто подвергаются насмешкам со стороны одноклассников, что еще более усугубляет ситуацию.

Как определить, страдает ли ребенок дислексией,
если он еще не научился читать?

Существуют определенные признаки, как, например, неспособность к рифмованию слов или склонность к запоминанию прочитанного вместо его перечитывания. Позднее таким сигналом может стать отставание ребенка в учебе.

Несложно составить список симптомов, наблюдающихся у детей (и у взрослых), связанных со сложностями в чтении или обучении, если не принимать во внимание причину проблемы. В нижеприведенном списке наиболее характерные симптомы и признаки расположены в произвольном порядке, без учета частоты их встречаемости.

1. Держит книгу слишком близко к глазам.

2. Немного косит.

3. При чтении не замечает отдельные места.

4. При чтении прикрывает или вообще закрывает один глаз.

5. Поворачивает голову, блокируя тем самым работу одного глаза.

6. Испытывает во время чтения или после головную боль.

7. Покачивает головой вперед-назад.

8. Часто трет глаза.

9. Испытывает трудности в запоминании, идентификации и воспроизведении основных геометрических фигур.

10. Быстро устает.

11. При чтении пропускает слова.

12. Примерно в пятилетнем возрасте пишет буквы и слова задом наперед.

13. Пытается избежать чтения и выполнения домашних заданий.

14. Читает хуже, чем следовало бы ожидать соответственно возрасту.

15. Имеет очень плохой почерк, слова словно наползают друг на друга.

 Родители в основном обращают внимание только на последние пять пунктов. Многие симптомы легко можно вообще не заметить, пока на них не обратит внимание какой-нибудь особо внимательный учитель.

Способы устранения

Как утверждают специалисты, [дислексия](http://www.solnet.ee/parents/log_58.html) и [дисграфия](http://www.solnet.ee/parents/log_56.html) поддаются коррекции. Существует целая система реабилитации таких детей: это работа с дефектологом, логопедом... Существует специальная двигательная программа, когда ребенок учится правильным движениям, ползаньям, мелкой моторике, учится осознавать свое тело заново. Отчаиваться не стоит и взрослым c дислексией. В этом случае используются компенсаторные возможности организма. Нестандартный подход к чтению и письму, индивидуально подобранные упражнения, правильный психологический подход могут дать очень хорошие результаты.

*Родителям очень важно отстаивать права своего ребенка, объяснять учителям, что с ним происходит, и что к нему нужен специальный подход.*

Ведь пока в российской школе чаще всего встречаются два варианта развития событий. Один - это когда ребенка просто загоняют в угол, говорят, что этот ребенок необучаемый невнимательный, ленивый и беспокойный. А другой - когда проблему понимают, но ничего с ней сделать не могут.

Основные приёмы и методы работы с детьми-дислексиками:

 Дыхательная, зрительная и артикуляционная гимнастики.

 Метод кинезиологической коррекции.

 Стимулирующий массаж и самомассаж кистей и пальцев рук.

 Ритмико-речевая, музыкальная и витаминная терапия.

 Зеркально-симметричное рисование обеими руками.

 Упражнения для развития зрительно-моторных координаций, оперативного поля чтения, антиципационного восприятия слова.

 Модифицированные зрительные диктанты Федоренко-Пальченко.

 Интеллектуально-развивающие словесные игры: анаграммы, изографы, [ребусы](http://www.solnet.ee/sol/007/r_000.html), криптограммы, перевёртыши, волшебные цепочки, словесные лабиринты, слова-матрёшки и другие.

 Поисковые таблицы слов "Фотоглаз".

 Метод "озвученного" чтения.

 Метод словесных анаграмм.

 Автоматизация оперативных единиц чтения по специальным слоговым таблицам.
Очень интересен метод жужжащего чтения. При жужжащем чтении вы читаете вместе с ребенком одновременно вслух, вполголоса, каждый со своей скоростью, в течение 5 минут.

2. Хорошие результаты даёт чтение перед сном. Дело в том, что последние события дня фиксируются эмоциональной памятью, и во время сна человек находится под их впечатлением. Организм привыкает к этому состоянию. Недаром ещё 200 лет назад говорилось: "Студент, науками живущий, учи псалтырь на сон грядущий".
Если ребёнок не любит читать, то необходим режим щадящего чтения: прочитывается одна-две строчки, затем устраивается кратковременный отдых. Такой режим получается, когда ребёнок просматривает диафильмы: две строчки под кадром прочитал, посмотрел картинку, отдохнул. Диафильмы должны быть занимательного содержания (сказки, приключения).
 Преимущества дислексии

Казалось бы, как может идти речь о преимуществах, если дислексия сама по себе является хоть незначительным, но все-таки нарушением. Однако, как считает Рональд Д. Дэйвис, дислексия - это уникальный дар, и он дается не каждому. Умственная функция, являющаяся причиной гениальности, является также причиной всех вышеперечисленных проблем. Конечно, наличие дислексии не сделает каждого дислектика гением, но для повышения его самооценки можно заметить, что мозг такого ребенка работает так же, как и мозг великих гениев. Не у всех детей, страдающих дислексией, развивается один и тот же талант, но у всех есть определенные умственные способности.

Основные свойства, характерные для всех дислектиков:
- они могут использовать способность мозга изменять и создавать восприятия;
- в высокой степени осознают окружающую их обстановку;
- более любопытны, чем остальные;
- мыслят в основном образами, а не словами;
- высоко развита интуиция и проницательность;
- они думают и воспринимают в многомерном представлении, используя все органы чувств;
- имеют яркое воображение.

Если эти способности не подавлены и не разрушены воспитательным процессом, то они дадут в результате две характеристики: интеллект выше среднего уровня и высоко развитые творческие способности. В последствии может возникнуть настоящий дар дислексии - это дар мастерства, который развивается разными способами и в разных областях. Например, для Альберта Эйнштейна это была физика, для Уолта Диснея - искусство кинематографии и мультипликации, для Грега Луганиса - спорт.

 Дисграфия

 Письменная речь - это вторичная более поздняя по времени возникновения форма существования языка. В понятие «письменная речь» входят чтение и письмо, которое формируется только в условиях целенаправленного обучения. Частичное расстройство процессов чтения и письма обозначают терминами «дислексия» и «дисграфия». Ошибки при дислексии и дисграфии являются стойкими и их возникновение не связано «… ни со снижением интеллектуального развития, ни с выраженными нарушениями слуха и зрения, ни с регулярностью школьного обучения».
     Некоторые учителя считают эти ошибки нелепыми, вызванными личностными качествами учеников: невнимательностью при письме, небрежным отношением к работе и т.д. Но на самом деле это не так: в основе подобных ошибок лежат более серьезные причины: несформированность, фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон речи.
     Чтобы выбрать правильный путь индивидуальной коррекции, необходимо определить форму нарушения. Выделяют 5 форм дисграфии:

     1. Артикуляторно-акустическая форма дисграфии.
     Суть ее состоит в следующем: Ребенок, имеющий нарушение звукопроизношения, опираясь на свое неправильное произношение, фиксирует его на письме. Иными словами, пишет так, как произносит. Значит, до тех пор, пока не будет исправлено звукопроизношение, заниматься коррекцией письма с опорой на проговаривание нельзя.

     2. Акустическая форма дисграфии.
     Эта форма дисграфии проявляется в заменах букв, соответствующих, фонетически близким звукам. При этом в устной речи звуки произносятся правильно. На письме чаще всего смешиваются буквы, обозначающие звонкие - глухие (Б-П; В-Ф; Д-Т; Ж-Ш и т.д.), свистящие - шипящие (С-Ш; З-Ж и т.д.), аффрикаты и компоненты, входящие в их состав (Ч-Щ; Ч-ТЬ; Ц-Т; Ц-С и т.д.).
     Также проявляется в неправильном обозначении мягкости согласных на письме: «писмо», «лубит», «больит» и т.д.

     3. Дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза.
     Для этогй формы дисграфии наиболее характерны следующие ошибки:
     • пропуски букв и слогов;
     • перестановка букв и (или) слогов;
     • недописывание слов;
     • написание лишних букв в слове (бывает когда ребенок, проговаривая при письме, очень долго «поет звук»;
     • повторение букв и (или) слогов;
     • контоминация - в одном слове слоги разных слов;
     • слитное написание предлогов, раздельное написание приставок («настоле», «на ступила»);

     Это наиболее часто встречающаяся форма дисграфии у детей, страдающих нарушениями письменной речи.

    4. Аграмматическая дисграфия.
     Связана с недоразвитием грамматического строя речи. Ребенок пишет аграмматично, т.е. как бы вопреки правилам грамматики («красивый сумка», «веселые день»). Аграмматизмы на письме отмечаются на уровне слова, словосочетания, предложения и текста.
     Аграмматическая дисграфия обычно проявляется с 3-го класса, когда школьник, уже овладевший грамотой, «вплотную» приступает к изучению грамматических правил. И здесь вдруг обнаруживается, что он никак не может овладеть правилами изменения слов по падежам, числам, родам. Это выражается в неправильном написании окончаний слов, в неумении согласовать слова между собой.

    5. Оптическая дисграфия.
     В основе оптической дисграфии лежит недостаточная сформированность зрительно-пространственных представлений и зрительного анализа и синтеза. Все буквы русского алфавита состоят из набора одних и тех же элементов («палочки», «овалы») и нескольких «специфичных» элементов.  Одинаковые элементы по-разному комбинируясь в пространстве, и образуют различные буквенные знаки:  и  ш ц щ; б в д у…..

     Если ребенок не улавливает тонких различий между буквами, то это непременно приведет к трудностям усвоения начертания букв и к неправильному изображению их на письме.

     Ошибки, наиболее часто встречающиеся на письме:

     • недописывание элементов букв (связано с недоучетом их количества): Л вместо М; Х вместо Ж и т.д.;
    • добавление лишних элементов;
    • пропуски элементов, особенно при соединении букв, включающих одинаковый элемент;
     • зеркальное написание букв.

     Уважаемые Родители! Дисграфия никогда не возникает «из ничего»! Работа по устранению дисграфии должна начинаться не в школе, когда обнаружатся специфические ошибки на письме, а в дошкольном возрасте, задолго до начала обучения ребенка грамоте.

     Дети, страдающие дисграфией, нуждаются в специальной логопедической помощи, так как специфические ошибки письма не могут быть преодалены обычными школьными методами. Важно учитывать, что дисграфию значительно легче предупредить, чем устранить.

     На что обратить особое внимание:

    1. Если Ваш ребенок левша.
    2. Если он - переученный правша.
    3. Если Ваш ребенок посещал логопедическую группу.
    4. Если в семье говорят на двух или более языках.
     5. Если Ваш ребенок слишком рано пошел в школу (неоправданно ранее обучение грамоте иногда провоцирует возникновение дисграфии и дислексии. Происходит это в тех случаях, когда у ребенка еще не наступила психологическая готовность к такому обучению).
    6. Если у Вашего ребенка есть проблемы с памятью, вниманием.

     К мерам ранней профилактики дисграфии (дислексии) относится целенаправленное развитие у ребенка тех психических функций, которые необходимы для нормального овладения процессами письма и чтения.

     Хочется уделить особое внимание такой проблеме, как дизорфография. Дизорфография - это особая категория специфических нарушений письма, проявляющихся в стойкой неспособности освоить орфографические навыки (несмотря на знание соответствующих правил).
     Основными трудностями являются обнаружение орфограмм и решение орфографических задач. Особенно трудны орфограммы с безударными гласными в окончаниях слов.
     Окончание - это изменяемая, а значит наиболее «нестабильная» часть слова, при помощи которой выражается связь между словами в предложении.
     При дизорфографии отмечается также «…стойкая неспособность овладеть синтаксическими правилами на письме, т.е.  пунктуацией». (А.Н. Корнев)

     Уважаемые Родители! Для того чтобы исключить неправильное толкование проблем, необходимо проконсультироваться у квалифицированного специалиста - логопеда!

  Дислексия - это частичное нарушение процесса чтения, проявляющееся в стойких и повторяющихся ошибках чтения, обусловленных несформированностью высших психических функций, участвующих в процессе чтения.

 Дискалькулия

 По мнению ведущего британского нейрофизиолога Брайана Баттерворта, неспособность детей к математике встречается чаще, чем неспособность к чтению.

 В некоторых странах дискалькулия — неспособность научиться считать, признана  медицинскими властями, а в самой Великобритании
это расстройство обучаемости у детей признается крайне редко.

Баттерворт обследовал 1500 детей на Кубе, где этот состояние признается медиками. Он выявил, что от 3 до 6% детей выказывают признаки дискалькулии.

 Напомним, что слово «дискалькулия» пришло к нам из греческого и латыни. Оно означает «плохо считать». Дети с этим расстройством с трудом распознают числа.

 Таким образом, распространенность дискалькулии — неспособности научиться считать — оказалась куда выше, чем у дислексии: нарушения чтения в среднем встречаются только у 2,5 — 4,3% детей.

 Что такое дискалькулия.

 Это неспособность к счетным операциям, часто сочетающаяся с дисграфией (проблемы с выражением своих мыслей на письме, часто дисграфией обозначают чрезвычайно плохой почерк). В пределах десятка ребенок еще может правильно складывать и вычитать. Но действия с более крупными числами для него недоступны.

 Впрочем, некоторым нелегко даже прибавить два к трем. Трудности возникают и при назывании: быстро установить «соседей», допустим, числа 25 или осмыслить его структуру школьнику не удается. Он не ориентируется в показаниях часов, поскольку плохо разбирается в расположении стрелок на циферблате. Умножение, деление даются проще – ребенок механически запоминает таблицу умножения и пользуется ею при необходимости.

 У старших учеников появляются проблемы с черчением, физикой, химией; нередко они путают исторические даты, так как не могут соотнести число с его цифровым обозначением.

 Что делать? Дискалькулия связана с несформированностью высших психических функций: внимания, памяти, мышления, восприятия и т.д.

 ЧТО ДЕЛАТЬ ВОСПИТАТЕЛЮ ГПД?

- развитие мелкой моторики рук (от пальчиковой гимнастики до бисероплетения)

- заучивание рифмовок на развитие общей моторики (зеленая книга «Логопедия»)

- игры на развитие памяти («Что изменилось» и т.д.)

- подвижные игры на воздухе с соблюдением техники безопасности

- профилактические беседы с родителями

- совместная работа с педагогом, логопедом, дефектологом.