Минимальная мозговая дисфункция у детей младшего

и среднего школьного возраста

Минимальная мозговая дисфункция является наиболее распространенной формой нервно-психических нарушений в детском возрасте. При ММД наблюдается задержка развития тех отделов мозга, которые обеспечивают такие функции как речь, внимание, память. По общему интеллектуальному развитию дети с таким нарушением находятся на уровне нормы, но при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации. Вследствие поражения, недоразвития определенной части коры головного мозга у детей нарушается формирование навыков письма, чтения, счета.1

Социальная значимость проблемы проявляется в том, что дети и подростки с ММД, имея сохранный интеллект, отличаются высокими рисками социальной дезадаптации, особенно с началом школьного обучения.2

Адаптация детей с ММД к учебной деятельности осложнена тем, что с началом систематического обучения в школе начинают предъявляться повышенные требования именно к тем психическим функциям, которые у детей с ММД нарушены, ослаблены или еще не сформированы. Нарушения на психофизиологическом уровне адаптации детерминируют проблемы на психологическом, социально-психологическом и социальном уровне регуляции адаптационным процессом.3

Основной проблемой детей младшего и среднего школьного возраста с ММД является гиперактивность или заторможенность, т.е. преобладание одного из процессов возбуждения или торможения, в коре головного мозга, над другим.

В литературе, как правило, описываются два типа ММД, легко выделяемые по поведенческим признакам: гиперактивный и астеничный. Результаты исследований с использованием теста Тулуз-Пьерона позволили Л. А. Ясюковой описать еще три типа, которые обычно трудно отличимы от нормы по внешнему поведению, так как представляют собой более легкие формы нарушений. Автор выделяет астеничный, реактивный, ригидный, активный и субнормальный (в форме А и Б) типы ММД.4 Которые тоже можно условно разделить на два типа по степени преобладания процессов возбуждения или торможения в коре головного мозга. У реактивного, активного и субнормального (форма Б) типов ММД доминируют процессы возбуждения, а у детей с астеничным, ригидным и субнормальным (форма А) типом ММД – торможения.

Для получения данных о распространённости ММД у младших школьников и пятиклассников, а также для углублённой оценки детей с выявленными отклонениями и классификации выявленных случаев ММД по типам использовался тест Тулуз-Пьерона. Данный тест является одним из вариантов «корректурной пробы». Первично он направлен на изучение свойств внимания (концентрации, устойчивости, переключаемости) и психомоторного темпа. Кроме этого тест позволяет оценить точность и надежность переработки информации, личностные характеристики работоспособности и динамику работоспособности во времени.

В разные годы процент выявленных младших школьников с ММД колеблется от 20 до 30%. Соотношение встречаемых типов ММД по типологизации Л. А. Ясюковой, примерно такое: активный тип – 10%, астеничный – 10%, реактивный – 23%, ригидный – 14%, субнормальный тип А и Б – 42%.5

Наиболее распространенным вариантом ММД является гиперактивное расстройство с дефицитом внимания. Причем уже в раннем возрасте у многих детей с этим диагнозом обнаруживается гипервозбудимость. Практически у всех детей с синдромом гипервозбудимости наблюдается нарушение сна. Оно выражается в затрудненном длительном засыпании, частом и раннем пробуждении, вздрагивании даже при незначительной силе звука, стереотипных движениях во сне (качание головой, сосание пальца), а также появляется сонливость, возбуждение в течение дня, нарушается чередование сна и бодрствования. В младшем возрасте у них нередко наблюдается задержка в формировании навыков опрятности. Увеличение нагрузок на ребенка может приводить к нарушению поведения в виде упрямства, непослушания, замедляется психоречевое развитие. Для детей этого возраста характерна школьная дезадаптация. Трудности психологического характера могут вызвать психосоматические нарушения.

Таким образом, если в дошкольном возрасте у детей с ММД наблюдается гипервозбудимость или, наоборот, рассеянность, то у школьников на первый план выступают проблемы обучения, нарушения поведения, психоэмоциональная неустойчивость, неуверенность в себе, страхи, вспыльчивость, агрессивность. В подростковом возрасте нарушение поведения нарастает, появляются трудности во взаимоотношениях, ухудшается успеваемость, появляется так называемый дух «бунтарства» (отрицания авторитетов, нарушение семейных и общественных правил поведения).

Поэтому усилия специалистов (неврологов, психологов) должны быть направлены на своевременное выявление и коррекцию минимальной мозговой дисфункции у ребенка, сведение к минимуму факторов, усугубляющих проявления ММД и способных трансформировать эти проявления из «минимальных» в существенные.1

Выбор необходимых методов помощи детям 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, валерианы, пустырника. В выраженных и упорных случаях заболевания целесообразно назначать транквилизаторы (они в отличие от нейролептиков не обладают выраженным антипсихотическим действием). В отдельных случаях назначают нейролептики. Рекомендуются также общеукрепляющие средства, 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 не успешность 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:

- ослабленная зрительно-моторная координация

- нарушения сна

- неспособность к сосредоточению

- трудности переключения

- нарушение восприятия

- дезорганизованность.

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.

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). 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.

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, но 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).

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, тактильный 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.

ММД 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!6

1. Маруллина В. И. Статья: Минимальная мозговая дисфункция у детей. 2019.

2. Заводенко Н. Н. Школьная дезадаптация: психоневрологические и нейропсихологические исследование. / Н. Н. Заводенко, Н. Г. Петрухин, Н. Г. Манелис // Вопросы психологии. - 1999. - № 4. - С. 21 - 28.

3. Григорьева Е. В. Особенности адаптации младших школьников с различными типами минимальных мозговых дисфункций к учебной деятельности. // Вестник КемГУ. – 2010 - №3 (43).

4. Ясюкова, Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД / Л.А.Ясюкова. - СПб.: Иматон, 1997. - 80 с.

5. Земляной Д. А., Львов С. Н., Александрович И. В., Маньков А. В. Минимальные мозговые дисфункции у детей младшего и среднего школьного возраста. //Сибирский медицинский журнал. – 2012. - № 6.

6. Щербакова Л. В. Статья: Обучение детей с ММД (минимальная мозговая дисфункция). – 2013.