Дисциплина: «Специальная педагогика и специальная психология»

Тема: «Минимальные мозговые дисфункции. Синдромы и их диагностические критерии»

Выполнила

педагог-психолог

Киселева Н.Г.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……………………………………………………………………...3

1. Определение понятия «Минимальная мозговая дисфункция (ММД)»…..4
2. Синдромы и причины возникновения ММД ……………………………...5
3. Диагностика минимальной мозговой дисфункции………………………6-7

ЗАКЛЮЧЕНИЕ…………………………………………………..……………...8

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ………………………..…..…..9

**Введение**

Одной из серьёзных неврологических проблем  у детей дошкольного возраста является наличие у них минимальной мозговой  дисфункции (ММД) или минимальной дисфункции мозга (МДМ), которая практически у всех детей накладывает отпечаток на формирование сенсорно-моторной, интеллектуальной и  волевой сферы.

Рост количества детей, имеющих нарушения речи, наличие  у них  ММД  и  установленная специалистами аксиома,  что реабилитация детей с  ММД, особенно в дошкольном возрасте, весьма продуктивна и успешна, и  может дать 100% результат выздоровления при условии грамотного комплексного воздействия обуславливают актуальность темы.

Сегодня  диагноз  ММД имеют от 40 до 80 – 85% детей логопедических групп, что обусловлено рядом объективных причин медицинского и социального характера.  При этих нарушениях страдают  поведение, речь, внимание, память, восприятие и другие виды высшей нервной деятельности. Кроме того, у детей с ММД отмечается недостаточное  развитие  общей и мелкой моторики, соматическая ослабленность и др. Все эти тенденции непосредственным образом отражаются на общем развитии детей.

Поэтому выбор рациональных путей, поиск  новых эффективных методов коррекции  речевого развития детей  с ММД – одна из актуальнейших и наиболее сложных теоретических и практических проблем.

В практике работы с детьми данной группы, имеют место два подхода коррекции ММД: медицинский (наиболее актуален в  ранних возрастных периодах)  и  психолого–педагогический (наиболее актуален в дошкольном возрасте), который должен стать одним из важных направлений логопедической работы с детьми – дошкольниками.

**1. Определение понятия «Минимальная мозговая дисфункция (ММД)»**

Минимальные мозговые дисфункции — понятие, обозначающее легкие расстройства поведения и обучения без выраженных интеллектуальных нарушений, возникающие в силу недостаточности функций центральной нервной системы, чаще всего резидуально-органической природы.

ММД – замедление роста  мозга, нарушение диффузно-церебральной регуляции различных уровней  ЦНС, приводящее к нарушению восприятия и поведения, к изменению в  эмоциональных и вегетативных системах.

ММД рассматривается, как  последствия ранних локальных повреждений  головного мозга, выражающиеся в  возрастной незрелости отдельных высших психических функций и их дисгармоничном развитии. При ММД наблюдается  задержка в темпах развития функциональных систем мозга, обеспечивающих такие  сложные интегративные функции, как речь, внимание, память, восприятие и другие формы высшей психической  деятельности. По общему интеллектуальному  развитию дети с ММД находятся  на уровне нормы, но при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации. Вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции тех или иных отделов  коры больших полушарий мозга, ММД  у детей проявляются в виде нарушений двигательного и речевого развития, формирования навыков письма (дисграфия), чтения (дислексия), счета (дискалькулия).

Минимальная мозговая дисфункция (или гиперкинетический хронический мозговой синдром, или минимальное повреждение мозга, или легкая детская энцефалопатия, или легкая дисфункция мозга) относится к перинатальным энцефалопатиям. Перинатальная энцефалопатия (ПЭП) - собирательный диагноз, подразумевающий нарушение функции или структуры головного мозга различного происхождения, возникающее в перинатальный период.

2. **Синдромы и признаки возникновения минимальной мозговой дисфункции**.

Синдром минимальной мозговой дисфункции – это легкая форма детской энцефалопатии, возникшая в результате нарушения регуляции центральной нервной системы. Первые клинические проявления минимальной мозговой дисфункции у детей могут развиваться как непосредственно после родов, так и дошкольном или школьном возрасте. Независимо от момента манифестации определяются характерные для каждой возрастной категории симптомы. Наибольшая выраженность ММД у детей наблюдается при первом попадании в коллектив – в 4-6 лет. Характеризуется [гипервозбудимостью](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/hyperexcitability-syndrome), моторной гиперактивностью или заторможенностью, рассеянностью, сниженной памятью, трудностью в освоении детсадовской или школьной программы. Такие дети неспособны полноценно овладеть навыками письма, чтения и элементарными математическими расчетами. С началом школы ребенок акцентирует собственное внимание на неудачах, формируется заниженная самооценка, отсутствие уверенности в себе и своих силах, определяются характерные черты в поведении: эгоизм, стремление к уединению, склонность к конфликтам, отказ от только что данных обещаний. Среди сверстников ребенок старается исполнять роль лидера или полностью отстраниться от коллектива. На фоне ММД могут развиваться, социальная дезадаптация, психические отклонения, [вегето-сосудистая дистония](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/vegeto-vascular_dystonia).

Частота встречаемости основных признаков синдрома:

1) нарушения внимания – частота проявления составляет от 96 до 100%

2) повышенная двигательная активность – от 80 до 84%

3) импульсивность – 63-84%

4) неусидчивость, невозможность закончить начатое дело – 80-90%

5) частая смена деятельности, проблемы с учёбой – 80%

6) затруднения в плане социального развития – 64%

7) болтливость – 47%

8) признаки агрессии – 32% нарушения сна – 21% случаев.

**3. Диагностика минимальной мозговой дисфункции.**

Не существует какой-то стандартной  тестовой батареи. Используемые тесты  должны быть разнообразными, определяться возрастом ребенка, значимостью  методик для имеющихся проблем, наличием тестов, индивидуальными предпочтениями психолога и временем, отведенным на обследование. Синдром ММД проявляется  в разнообразных поведенческих, функциональных и учебных затруднениях. Поэтому используемые диагностические  инструменты должны проверять каждую основную операциональную область для получения полной картины. Должны быть даны оценки координации грубой и мелкой моторики, контроля подвижности, зрительно-моторного функционирования, графо-моторных навыков, осознанности образа тела, функций слуха, речевой моторики, обработки вербальной информации, когнитивного функционирования, личности и уровня учебных навыков. При постановке диагноза важно  дифференцировать: а) случаи с проявлением  гиперактивности при хорошей координации моторики (как грубой, так и мелкой), адекватном уровне интеллекта и адекватном состоянии учебных и социальных навыков; б) случаи со специфическим изолированным дефицитом (зрительным, слуховым, двигательным или речевым) при адекватном уровне интеллекта, учебных и социальных навыков и в) случаи с нарушениями в широком спектре описанной выше симптоматики. Эта последняя категория может быть диагностирована как случай собственно ММД. Психологические последствия и прогноз более благоприятны для первых двух категорий.

Также важным диагностическим  моментом является тот факт, в каждом подпериоде развития ребенка (по Пиаже) от рождения до 7 лет у детей с ММД имеются своеобразные отклонения от нормы. Так, в сенсомоторной фазе развития (до 18 месяцев) у них обнаруживается нарушение координации движений, нарушение ритма, который, по Пиаже, «лежит в основе всякого движения, включая движения, в которые в качестве составной части входит моторный навык». В фазе речевого развития (от года до полного развития речи) у детей с ММД часто наблюдаются задержки в проявлении разговорной речи. При этом появление первых слов происходит в срок (в год), но затем следует длительный период «немоты», когда ребенок понимает обращенную к нему речь и жестами выражает свои намерения, но молчит. В фазе предоперационного интеллекта (восприятия) ребенок начинает познавать мир опосредованно, без одновременной двигательной активности (с 2,5 до 4-6 лет). В это время у детей с ММД часто наблюдаются нарушения видеомоторной координации, зрительной и слуховой интеграции, нарушения звукопроизношения, которые классифицируются в логопедии как дислалии разной степени тяжести. И, наконец, в фазе конкретных операций (с 6- 7 лет и далее), когда происходит объединение опыта и накопленных знаний с генетическими способностями, для детей с ММД выявляются специфические нарушения в учебе, поведении и общении с социальным окружением.

Наиболее важный возраст для диагностики детей с ММД – 3-6 лет. В качестве диагностического материала используются:

1. Вопросники для родителей и учителей;
2. Специальная диагностическая система Гордона для непосредственного обследования ребенка;
3. Диагностика интеллекта и познавательной сферы ребенка
4. Тест Векслера (вербальная и невербальная креативность);
5. Матрица Ровена;
6. Визуально-моторный тест Бендер-Гештальта (уровень интеллектуального развития);
7. Экспресс-диагностика “Лурия-90”, разработанная Э.Г. Симерницкой, направленная на диагностику специфических трудностей в обучении детей младшего школьного возраста
8. Диагностика видео-моторной коррекции (рисунок “Дом – дерево – человек”, “Несуществующее животное”);
9. Диагностика эмоционального развития (тест на уровень тревожности, тест руки и т.д.).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Резкое увеличение в последние годы числа детей с ММД, предъявляют все более высокие требования к работе педагогов в общеобразовательном учреждении. Выбор рациональных путей коррекции, поиск новых форм и технологий  сегодня имеет особое значение и зависит от индивидуальных особенностей ребёнка, тяжести его дефекта, от особенностей всего лечебно-педагогического комплекса и методики логопедической работы и даже от выбранной системы оценок результатов этой работы.

Необходимым элементом развивающего педагогического воздействия является постоянная стимуляция зон коры головного мозга.  С этой целью могут быть использованы  5 групп упражнений: пальчиковые, кинезиологические, релаксационные,  виброупражнения,  самомассаж. Данные упражнения оптимальны для детей дошкольного  возраста с ММД и нарушениями речи, но стойкость результатов будет достигнута при наличии тесного взаимодействия  в этом направлении  всех специалистов, работающих с детьми коррекционной группы  и родителей.

Раннее включение родителей в коррекционную работу с ребёнком позволяет нейтрализовать их переживания, изменить их позицию по отношению к воспитанию ребёнка с ММД, а так же сформировать адекватные способы воздействия со своим малышом. Эффективность педагогического и коррекционного  воздействия возрастает за счет медикаментозного лечения.  Но,  ни одна таблетка не может научить человека, как надо себя вести. Лекарства могут оказаться бесполезными, если не будет правильно организован образ жизни ребёнка, деятельность и окружение, помогающие ему управлять своей активностью на пользу себе и окружающим.

При правильной организации занятий и грамотном медикаментозном лечении такие дети догоняют своих сверстников и учатся в обычной нормальной школе. Если превратить процесс обучения в увлекательную игру, увеличить мотивацию, такие проявления, как гиперактивность и дефицит внимания, снижаются или исчезают вовсе.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства./Ю. А. Александровский. – М., 1993.
2. Белопольская Н.Л. “Психологическая диагностика личности детей с ЗПР”
3. Брязгунов, И. П. Непоседливый ребенок./ И. П. Брязгунов, Е. В. Касатикова. – М., 2001.
4. Глезерман Т. Б. Мозговые дисфункции у детей. М., Наука, 1983.
5. Доман, Г. Гармоничное развитие ребенка./Г. Доман. – М., 1996.
6. Захаров, А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка./А. И. Захаров. – изд. 2-е. – М., 1993.
7. Пилина, Г. С. Синдром нарушения внимания и гиперактивности детей: диагностика, пути коррекции./Г. С. Пилина. Логопед в детском саду. – 2005. – № 1.
8. Халецкая, О. В. Минимальные дисфункциимозга в детском возрасте./О. В. Халецкая, В. М. Трошин В. – Н. Новгород, 1995.
9. Хрестоматия. Дети с нарушениями развития. /сост. В. М. Астапов. – М., 1995.
10. Яременко, Б. Р. Минимальные дисфункции головного мозга у детей./Б. Р. Яременко, А.Б. Яременко, Т.Б. Горяинова. – СПб.: Деан, 1999.