

Рекомендации родителям.

Минимальные мозговые дисфункции. Диагностика и коррекция.

Обычно ММД связывают с родовой травмой, которая в карте новорожденного может фигурировать под диагнозами «асфиксия», «гипоксия плода», «повреждения шейного отдела позвоночника», «перинатальная энцефалопатия» и др.

Стремительные роды, стимуляция, кесарево сечение, возможные ошибки акушерки — все это спустя годы аукнется ослаблением той или иной функции детского организма. Почему же не сразу? Требуется время, чтобы ребенок дорос до очередного этапа, на котором проявится давно заложенное нарушение. Диагноз ММД чаще всего появляется в карточке ребенка лишь во время диспансеризации перед школой, а то и в первом классе.

Для психолога неврологический дефект ребенка выступает как данность, с которой он сделать ничего не может (да и не должен). Однако суть этого дефекта необходимо понять, чтобы проследить последствия его отрицательного влияния на развитие психических процессов и поведение ребенка в целом и принять меры для их предупреждения и минимизации.

Что же это за нарушения?

Минимальные мозговые дисфункции - наиболее легкие формы церебральной патологии, возникающие вследствие самых разнообразных причин, но имеющие однотипную, стертую неврологическую симптоматику и проявляющиеся в виде функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга. При ММД можно ожидать следующие отклонения, по сравнению с возрастной нормой:

1. Быструю умственную утомляемость и сниженную работоспособность (при этом общее физическое утомление может полностью отсутствовать);

2. Резко сниженные возможности самоуправления и произвольной регуляции в любых видах деятельности;

3. Выраженные нарушения в деятельности ребенка (в том числе, и умственной) при эмоциональной активации (не только отрицательной, но и положительной);

4. Значительные сложности в формировании произвольного внимания: неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, отсутствие распределения, проблемы с переключением в зависимости от преобладания лабильности или ригидности;

5. Снижение объема оперативной памяти, внимания, мышления (ребенок может удержать в уме и оперировать довольно ограниченным объемом информации);

6. Трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную (проблема упрочения временных связей);

7. Неполную сформированность зрительно-моторной координации (дети допускают разнообразные ошибки и неточности при оперативном переводе визуальной информации в двигательно-графический аналог, т. е.

при списывании и срисовывании, не замечают несоответствий даже при последующем сравнении);

8.Изменение временной протяженности рабочих и релаксационных циклов в деятельности мозга.

Необходимо помнить!

ММД не является препятствием к обучению не только в общеобразовательной школе, но и в гимназии, а впоследствии и в ВУЗе. В этих случаях требуется только консультативное сопровождение ребенка. Если причина, вызвавшая отклонение, перестает действовать, растущий мозг нередко сам оказывается в состоянии постепенно выйти на нормальный уровень функционирования. Но это бывает возможно только в тех случаях, когда ребенок ведет здоровый образ жизни и не перегружается массой занятий, приводящих к хроническому переутомлению.

У большинства детей с ММД при соответствующем режиме обучения к 5-7 классу работа мозга полностью нормализуется. Однако при резком возрастании учебных нагрузок или после тяжелых заболеваний отдельные симптомы ММД (повышенная умственная утомляемость, расстройства памяти, внимания и самоуправления) могут проявиться у ребят и в старших классах, несмотря на то, что проводившиеся ранее неврологические обследования свидетельствовали о полном излечении.

Общепринятые диагностические критерии ММД:

-Дебют симптомов в возрасте младше 7 лет;

-Постоянное их сохранение на протяжении как минимум 6 месяцев;

-Симптомы наблюдаются как минимум в двух социальных сферах: например, в детском коллективе и дома.

В психиатрической и дефектологической литературе обычно описываются два типа ММД, легко выделяемые по поведенческим признакам: астеничный и гиперактивный. Поскольку гиперактивный тип проявляется значительно чаще следует уделить несколько слов именно этому синдрому.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ)

СДВГ – это одна из форм проявления минимально-мозговой дисфункции, то есть очень легкой недостаточности мозга, которая проявляется в дефиците определенных структур и нарушении созревания более высших этажей мозговой деятельности. ММД относят к категории функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга.

ММД не является медицинским диагнозом в прямом смысле этого слова, скорее это только констатация факта наличия легких нарушений в работе мозга, причину и суть которых еще предстоит выяснить для того, чтобы начать лечение. Детей с реактивным типом ММД и называют иначе гиперактивными. <http://easy-psychology.ru/korriektsiia-poviedieniia-u-dietiei-s-sdvg/>

Чтобы проследить развитие гиперактивности на психофизиологическом уровне, можно сравнить историю развития мозга в индивидуальном созревании ребенка со строящимся зданием. Причем каждый раз новый построенный этаж выполняет функции всего мозга. (Шевченко Ю.С., 2002 г.)

- Первый уровень – ствол (нижний этаж), который обеспечивает, прежде всего, энергетику и чисто телесные функции – статику, напряжение мышц, дыхание, пищеварение, иммунитет, сердцебиение, эндокринную систему. Здесь формируются базовые инстинкты выживания. При недоразвитии этих структур ребенок не понимает, чего хочет, почему плохо и так далее... Созревание идет от зачатия до 2-3 лет.

- Далее формируется второй этаж (от 3 до 7-8 лет) – это внутриполушарные и межполушарные корковые взаимодействия, которые обеспечивают связь нашего организма с внешним миром через органы чувств, анализирующие поток раздражителей. То есть, этот блок отвечает за прием, переработку и хранение информации (зрительной, слуховой, вестибулярной и кинестетической, вкуса и запаха, а также всех когнитивных процессов). Если этот уровень нарушен, то ребенок не понимает, почему не может что-либо, «не видит», «не слышит». Этот блок тоже требует своего энергообеспечения.

- И, наконец, третий уровень (от 8 до 12-15 лет) – лобные доли. Которые являются руководителем нашего произвольного поведения, словесного мышления, которое наиболее энергоемко. Это целеполагание, контроль реализации программ, социального поведения.

Формирование мозговой организации психических процессов в онтогенезе происходит от стволовых и подкорковых образований к коре головного мозга (снизу - вверх), от правого полушария мозга к левому (справа - налево), от задних отделов мозга к передним (сзади - наперед). (Семенович А.В..2002 г.)

<http://easy-psychology.ru/kognitivno-poviedienchieskii-podkhod-s-eliementami-upravliaiemoi-praktiki/>

И конечным этапом этого строительства является взятие на себя руководства всем мозгом и всеми функциями – нисходящее контролирующее и регулирующее влияние от передних (лобных) отделов левого полушария, которые и направляют ту энергетику, которая обеспечивается нижними этажами.

Обычно осложнения в развитии ребенка подразделяют по времени возникновения вредных факторов, влекущих за собой нарушения, и классифицируют как пренатальные (внутриутробные), натальные (повреждения в процессе родов) и постнатальные (осложнения первых лет жизни ребенка) патологии.

Вредных факторов много:

- Общее ухудшение экологической ситуации.
- Инфекции матери во время беременности и действие лекарств в этот период.

- Пищевые отравления будущей матери. Принятие ею алкоголя, наркотиков, курение, травмы, ушибы в области живота.

- Иммунологическая несовместимость (по резус-фактору). • Угрозы выкидыша.

- Хронические заболевания матери.

- Преждевременные, скоротечные или затяжные роды, стимуляция родовой деятельности, отравление наркозом, кесарево сечение.

- Родовые осложнения (неправильное предлежание плода, обвитие его пуповиной) ведут к травмам позвоночника плода, асфиксиям, внутренним мозговым кровоизлияниям.

- Травмы позвоночника при современных технологиях кесарева сечения. Если их не убрать, то явления, осложняющие рост и развитие ребенка, сохраняются сколь угодно долго.

- Позвоночник младенца может быть травмирован, когда его приучают сидеть до того, как он сам начинает садиться, когда ребенок еще мало ползал, и мышцы спины еще не окрепли. Также к этим травмам приводит ношение в «рюкзачке».

- Любые заболевания младенцев с высокой температурой и приемом сильнодействующих лекарств.

- Астма, пневмонии, сердечная недостаточность, диабет, заболевания почек могут выступать, как факторы, нарушающие нормальную работу мозга. (Ясюкова Л.А., 2003 г.)

Эти минимальные деструкции и порождают то, что генетически запрограммированный процесс созревания уже происходит с проблемами. Характерно, что для каждого этажа созревания мозга свой возраст. То есть мы не достроили первый этаж и перешли на второй, а энергетики не хватает. Связи не налажены. Закончили второй этаж, перешли на третий. Все силы уже там. А ниже не достроено все.

Годам к 13-15 морфологически процесс созревания уже закончен. Дальше идет развитие личности. И понятно, что эти дети, не соответствуя (по незрелости третьего блока – целеполагания и контроля) по своему поведению возрастным требованиям, очень трудны для окружающих. Здесь уже идут вторичные, третичные проблемы.

Психологи выделяют следующие признаки, которые являются диагностическими симптомами гиперактивных детей:

Беспокойные движения в кистях и стопах. Сидя на стуле, корчится, извивается.

Не может спокойно сидеть на месте, когда этого от него требуют.

Легко отвлекается на посторонние стимулы.

С трудом дожидается своей очереди во время игр и в различных ситуациях в коллективе (на занятиях, во время экскурсий и праздников).

На вопросы часто отвечает, не задумываясь, не выслушав их до конца.

При выполнении предложенных заданий испытывает сложности (не связанные с негативным поведением или недостаточностью понимания).

С трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.

Часто переходит от одного незавершенного действия к другому.

Не может играть тихо, спокойно.

Болтливый.

Часто мешает другим, пристаёт к окружающим (например, вмешивается в игры других детей).

Часто складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.

Часто теряет вещи, необходимые в детском саду, школе, дома, на улице.

Иногда совершает опасные действия, не задумываясь о последствиях, но приключений или острых ощущений специально не ищет (например, выбегает на улицу, не оглядываясь по сторонам).

Все эти признаки можно сгруппировать по следующим направлениям:

– чрезмерная двигательная активность;

– импульсивность;

– отвлекаемость - невнимательность.

Имея довольно хорошие интеллектуальные способности, гиперактивные дети отличаются недостаточностью речевого развития и тонкой моторики, сниженным интересом к приобретению интеллектуальных навыков, рисованию, имеют некоторые другие отклонения от средних возрастных характеристик, что приводит к отсутствию у них интереса к систематическим, требующим внимания занятиям, а значит, и будущей или настоящей учебной деятельности.

В повседневном поведении им свойственны непоследовательность, импульсивность, непредсказуемость. Все это делает их нежелательными членами детского коллектива, осложняет взаимодействие со сверстниками, а дома с братьями, сестрами, родителями.

Коррекционная работа с гиперактивным ребенком должна быть направлена на решение следующих задач:

1. Стабилизация обстановки в семье ребенка, его взаимоотношений с родителями и другими родственниками. Важно предупредить возникновение новых конфликтных ситуаций. Возможно, для решения этой непростой проблемы будет лучше обратиться за помощью к специалисту. Ведь часто в семье, где растет гиперактивный ребенок, вокруг него возникает излишнее напряжение, образуется замкнутый круг, из которого с каждым годом все труднее выбраться...

Родители гиперактивных детей должны помнить, что необходимо избегать переутомления ребенка, связанного с избыточным количеством впечатлений, чрезмерных раздражителей. Не следует ходить с ребенком без острой необходимости в места массовых скоплений людей – рынки, гипермаркеты, шумные компании; во время игр со сверстниками желательно ограничивать малыша лишь одним партнером.

Гиперактивному ребенку как воздух необходим строгий режим дня, осуществляемый ежедневно и неизменно, олицетворяющий постоянство условий существования.

2. Не жалейте усилий на то, чтобы сформировать у ребенка навыки послушания, аккуратности, самоорганизации, способность планировать и доводить до конца начатые дела; развить у него чувство ответственности за собственные поступки.

Для того чтобы добиться улучшения концентрации внимания при выполнении домашних заданий, для ребенка необходимо найти в квартире тихое место с минимальным количеством отвлекающих и раздражающих факторов. Через каждые 15-20 минут разрешайте ребенку встать из-за стола, двигаться около 5 минут, а затем вернуться к урокам. Каждый раз ребенку следует давать не более 1-2 инструкций, которые должны носить конкретный характер.

Эффективный способ напоминания для детей с нарушениями внимания, памяти и трудностями самоорганизации – это развешивание специальных листов-памяток. Выберите два наиболее важных дела в течение дня, которые ребенок может успешно выполнить. После этого напишите напоминания об этих делах на листах. Листы вывешиваются на специальной «доске объявлений» в комнате ребенка или, как вариант, на холодильнике. На листах-памятках полезно дать информацию не только в письменной, но и образной форме, т.е. можно сделать рисунки, соответствующие содержанию предстоящих дел (например, «Помой посуду» – изображение тарелки). После выполнения соответствующего поручения ребенок должен сделать на листе специальную пометку.

Еще один способ воспитания навыков самоорганизации – применение цветовой маркировки. Например, если для занятий по разным школьным предметам завести тетради определенных цветов (зеленые по природоведению, красные по математике, синие по письму), то в дальнейшем их легче находить. Когда тетрадь будет закончена, ее можно положить в папку такого же цвета. При необходимости это поможет без лишних временных затрат найти записи по ранее пройденному учебному материалу.

3. Как научить ребенка с гиперактивностью уважению прав окружающих людей, правильному речевому общению, контролю собственных эмоций и поступков, навыкам эффективного социального взаимодействия с людьми?

Правила поведения, которые предлагаются ребенку, должны быть простыми, понятными и целенаправленными, предусматривать определенное время на их выполнение. Ему объясняют, что за хорошее поведение он получит поощрение, награду. Наоборот, невыполнение правил повлечет за собой санкцию (временная отмена привлекательных для ребенка занятий: катания на велосипеде, просмотр телепередачи, любимой игры). Обсуждайте

с ребенком его поведение и высказывайте замечания спокойно и доброжелательно.

Для развития тонкой моторики и общей организации движений полезно включать гиперактивных детей в занятия хореографией, танцами, теннисом, плаванием, каратэ (но не силовой борьбой, боксом – т.к. они потенциально травматичны, а непосредственный телесный контакт приводит к перевозбуждению).

4. Добивайтесь повышения у ребенка самооценки, уверенности в собственных силах за счет усвоения им новых навыков, достижений успехов в учебе и повседневной жизни. Определите сильные стороны личности ребенка и хорошо развитые у него высшие психические функции и навыки, с тем, чтобы опираться на них в преодолении имеющихся трудностей.

Дети учатся тому, что видят в своей жизни

Если ребенок видит враждебность, он учится драться.

Если над ребенком насмеваются, он учится быть робким.

Если ребенка стыдят, он учится быть виноватым.

Если ребенок окружен терпимостью, он учится быть терпимым.

Если ребенка поддерживают, он учится уверенности.

Если ребенка хвалят, он учится ценить других.

Если с ребенком обходятся справедливо, он учится справедливости.

Если ребенок чувствует себя в безопасности, он учится верить.

Если ребенка одобряют, он учится нравиться самому себе.

Если ребенка принимают и обращаются с ним дружелюбно, он учится находить любовь в этом мире.

Татьяна Новожилова