Лазарева Елена Владимировна

к.п.н.,учитель-логопед

МБОУ «ЦО № 49» г. Твери

e-mail: elvlala@rambler.ru

**Логопедическая коррекция обучающихся ОВЗ с**

**минимальной мозговой дисфункцией**

**Статья посвящена характеристике психологических особенностей обучающихся ОВЗ с минимальной мозговой дисфункцией, которые обусловливают необходимость применения особых подходов логопедической коррекции детей данной категории.**

**Ключевые слова: минимальная мозговая дисфункция, диагностика ММД, типы ММД, логопедическая коррекция.**

Развитие современной цивилизации влечёт за собой не только повышение продолжительности и качества жизни, но и множество факторов, отрицательно влияющих на здоровье человека. В результате резко растёт число детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). У большинства из них (от 40 до 60%) отмечаются так называемые лёгкие нарушения, не связанные с серьёзными грубыми патологиями развития головного мозга.

Актуальность данной проблемы определяется необходимостью применения специальных приёмов логопедической коррекции детей с ММД для снижения общего количества обучающихся с речевыми патологиями.

Минимальные мозговые дисфункции (ММД) - наиболее лёгкие формы церебральной патологии, возникающие вследствие разнообразных причин, но имеющие однотипную, невыраженную, стёртую неврологическую симптоматику и проявляющиеся в виде функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга [6], [11].

ММД не медицинский диагноз, а комплекс лёгких нарушений в работе мозга, причину и суть которых необходимо выяснить врачу, для назначения лечения.

Логопеду же необходимо понять суть неврологического дефекта учеников с ММД для успешной коррекционной работы с ними.

Основные причины ММД:

- пренатальные (внутриутробные) патологии; наследственные факторы;

- натальные патологии - повреждения в процессе родов (гипоксия и родовая травма);

- постнатальные патологии - различные осложнения первых лет жизни ребенка, начиная с рождения [10].

Особенности развития мозга при ММД:

- Общее замедление темпов роста мозга. ЭЭГ имеет характерные признаки инфантилизма, свидетельствующие о задержке развития электрической активности мозга.

- Отмечается незрелость а-ритма, его расчётный индекс оказывается ниже возрастной нормы.

- Дисбаланс в созревании отдельных подструктур мозга осложняет процесс формирования связей между ними и установление координации в их деятельности.

- Сдвиг баланса между процессами возбуждения и торможения приводит к явному преобладанию одного из них.

- Деятельность различных подструктур не согласована и не скоординирована, много энергии затрачивается непроизводительно, и общая работоспособность мозга оказывается низкой [1].

Отклонения при ММД по сравнению с возрастной нормой:

1. Быстрая умственная утомляемость и сниженная работоспособность (общее физическое утомление может полностью отсутствовать).

2. Резко сниженные возможности самоуправления и произвольности в любых видах деятельности.

3. Выраженные нарушения в деятельности (в том числе, и умственной) при эмоциональной активации.

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

5. Снижение объёма оперативных памяти, внимания, мышления.

6. Трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную (проблема упрочения временных связей) [12].

Дошкольная жизнь ребёнка с ММД может протекать вполне благополучно, поскольку в этом возрасте только по поведенческим проявлениям очень сложно отделить детей с ММД от просто утомляемых, неорганизованных, отвлекаемых, капризных, излишне подвижных.

С момента поступления в школу повышенные требования начинают предъявляться именно к тем свойствам, которые у детей с ММД нарушены. Специфика интеллектуальной деятельности этих детей состоит в цикличности. Время, в течение которого они могут произвольно продуктивно работать, не превышает 5-15 минут. Затем мозг "отключается" и "отдыхает", ребёнок перестает воспринимать, осмысливать и перерабатывать поступающую информацию. Ребёнок не помнит, что он в это время делал, не замечает, не осознает, что были какие-то перерывы в его работе [3].

Современная ситуация в начальной школе связана с резко возросшим числом именно таких детей. Для её изменения необходимо: изменение общего режима, форм и методов организации урока, изложения материала [4], [5].

Особенно необходима сплошная профилактическая диагностика при поступлении в школу.

Методика диагностики ММД

Тест Тулуз-Пьерона первично направлен на изучение свойств внимания (концентрации, устойчивости, переключаемости) и психомоторного темпа, вторично - оценивает точность и надёжность переработки информации, волевую регуляцию, личностные характеристики работоспособности и динамику работоспособности во времени.

Укороченный вариант (10 строчек) можно использовать с 3 класса. Для детей 6-8 лет (1-2 класс) разработан упрощенный вариант методики.

Группа для диагностики ММД должна быть не менее 6-10 человек. В условиях школы удобнее работать сразу со всем классом. Общее время работы для детей 15-20 минут

Основным показателем для диагностики ММД является коэффициент точности выполнения теста Тулуз-Пьерона, характеризующий развитость произвольного внимания и, в особенности, способность к произвольной концентрации. Именно этот показатель (К) необходимо анализировать в первую очередь, сравнивая полученное числовое значение с нормативами.

Если расчётное значение показателя точности выполнения теста попадает в зону патологии (или находится на границе с зоной слабого уровня выраженности), то вероятность ММД исключительно высока [8].

Общая интерпретация основных показателей теста

|  |  |
| --- | --- |
| СКОРОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ТЕСТА (V) | ТОЧНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ТЕСТА (К) |
| является интегральным показателем, суммарно характеризующим:  1. Особенности нейродинамики.  2. Оперативную память.  3. Визуальное мышление.  4. Личностные установки. | связана с концентрацией внимания, однако может зависеть и от следующих характеристик:  1. Переключение внимания  2. Объём внимания.  3. Оперативная память.  4. Визуальное мышление.  5. Личностные особенности (исполнительность, ответственность, тревожность или, напротив, беспечность, расслабленность). |

Формирование пяти типов ММД связано с сочетанием и выраженностью следующих факторов:

1. Ослабленность мозговой деятельности.

2.Общая неуправляемость, рассогласованность деятельности отдельных подструктур мозга.

3. Дисбаланс нервных процессов [2].

Типы ММД:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тип ММД  распространенность | Основа дефекта | проявления | прогноз |
| Астеничный  15% от всех детей с ММД | исключительно повышенная умственная утомляемость | "Выключаются" на уроках  Объём памяти очень мал,  произвольное внимание неустойчиво, концентрация слабая, распределения внимания нет совсем. | Возможность нормализации работы мозга, зависит от общего состояния здоровья. Часто в латентной и ослабленной форме отдельные проявления ММД остаются на всю жизнь |
| Реактивный  25% | двигательная расторможенность, вынужденная, неуправляемая реактивность, сочетающаяся с повышенной возбудимостью, переключаемостью и утомляемостью. | Поведение направляется окружающими вещами, предметами и людьми. Предметы "притягивают" к себе. Не могут контролировать своё поведение, пытаются, но не могут выполнить обещания. Обучаемость лучше, чем у астеничных. В процессе урока периодически "отключаются", не замечая этого. | необходимо медикаментозное лечение, уменьшающее реактивность, чтобы без конфликтов посещать школу. |
| Ригидный.  20% | замедленность действий, речи, реакций | отличаются высокой утомляемостью, периодическими "выключениями" и восстановлениями интеллектуальной работоспособности. При этом активные периоды могут сохраняться у них почти до конца учебного дня. интеллектуальная деятельность всегда характеризуется замедленной врабатываемостью и плохой переключаемостью. с большей задержкой, чем другие дети, отвечают на вопросы. Если их торопить, они могут замолчать совсем, даже если знают ответ. Память обычно в норме. Устойчивость и концентрация внимания могут быть средними, очень плохая переключаемость | В интеллектуальном отношении эти дети могут нормально развиваться. В этом случае даже без лечения работа мозга у ригидных детей часто полностью нормализуется к 6-7 классу (иногда и раньше). |
| Активный.  10% | быстрая утомляемость | активно включаются в деятельность, но работают недолго. Не могут произвольно регулировать свою работоспособность. кажутся способными, но ленивыми  Короткие самостоятельные работы могут писать очень хорошо, длинные - плохо. Память бывает в норме, но объем оперативных процессов (памяти, внимания) мал. О своих дефектах не подозревают, отключения не чувствуют | если от детей все отступаются, устав от бесплодных попыток перевоспитать их. Тогда работа мозга постепенно сама (даже без лечения) нормализуется примерно к 7-8 классу. |
| Субнормальный.  30% | Выделить можно только на основании теста Тулуз-Пьерона | Утомляемы, но с помощью волевого самоконтроля могут несколько корректировать свою деятельность. "Отключаются" значительно реже, но не замечают этого. Объём оперативной памяти и мышления мал, произвольное внимание развито слабо, интеллект, как правило, не страдает. Страдают оперативные процессы, контролировать которые не могут. | работа их мозга нормализуется довольно быстро, к 3-5 классу. Это наиболее благополучная, близкая к норме группа. |

ММД не является препятствием к обучению не только в общеобразовательной школе, но и в гимназии, а впоследствии и в вузе. Для этого бывает достаточно только консультативного сопровождения. Если причина, вызвавшая отклонение, перестаёт действовать, растущий мозг сам оказывается в состоянии постепенно выйти на нормальный уровень функционирования.

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 тяжёлых 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. Но эти возобновившиеся проявления ММД при нормализации здоровья и образа жизни исчезают сами [13].

Учитывая перечисленные психологические особенности обучающихся ОВЗ с

минимальной мозговой дисфункцией, при организации коррекционно-логопедической работы с ними необходимо:

1. Отслеживать общее состояние здоровья обучающихся. Рекомендовать родителям обследование и лечение детей у невропатолога и других узких специалистов.

2. Развивать речь и мышление детей «в обход» основного дефекта.

3. Рекомендовать «мягкое», замедленное включение в учёбу (с восьми лет).

4. Соблюдать режим труда и отдыха. Избегать переутомления в течение учебного дня.

5. Рекомендовать родителям при выполнении домашних заданий не только повторять с детьми пройденное, но и разбирать материал предстоящих уроков.

6. Развивать крупную и мелкую моторику. Использовать поэлементное обучение письму.

7. Уделять особое внимание правильному чтению. Применять методики обучения чтению с визуальной опорой на буквы или целые слова [7].

8. Как можно чаще показывать, рассказывать, совместно обыгрывать изучаемый материал. Учебные демонстрации и рассказы должны быть короткими, лёгкими и весёлыми, каждый раз обновляться.

9. Форма подачи информации должна быть алгоритмичной, чёткой с опорой на наглядность, которая не должна содержать ничего лишнего, отвлекающего.

10. На уроках поддерживать свободную и непринуждённую обстановку. В конце урока обязательно хвалить учеников.

11. Предлагать учебные задания преимущественно в игровой форме, избегая монотонной неинтересной работы.

12. В ситуации «выключения» учеников из занятия соблюдать спокойствие, ждать «включения».

13. Наиболее важные моменты урока (правила, алгоритмы решения и т.п.) должны быть выделены эмоционально, но не слишком ярко, чтобы не отвлекать внимания

детей.

14. На уроках по закреплению изученного материала необходимо варьировать

один и тот же алгоритм или тип задания с учётом цикличности интеллектуальной активности обучающихся с ММД.

15. Рекомендовать родителям учитывать цикличность интеллектуальной активности детей при выполнении домашних заданий.

16. Учитывать уровень интеллектуального развития обучающихся с ММД [9], [14].

Таким образом, особенности логопедической коррекции обучающихся с ММД

обусловлены необходимостью учёта психологических особенностей данной категории детей.

Литература

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства М.,1993.

2. Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро и патопсихологии М., 1994.

3. Буянов М. И. Беседы о детской психиатрии Изд. 2-е М., 1992.

4. Бэндлер Р. Используйте свой мозг для изменения СПб., 1994.

5. Гриндер М. Исправление школьного конвейера СПб., 1993.

6. Демьянов Ю. Г. Психопатология детского возраста СПб., 1993.

7. Доман Г. Гармоничное развитие ребёнка М., 1996.

8. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей М., 1995.

9. Захаров А. И. Как предупредить отклонения в поведении ребёнка Изд. 2-е, М.,1993.

10. Корнев А. Н. Дислексия и дисграфия у детей СПб., 1995.

11. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей М.,1985.

12. Мастюкова Е. М. Ребёнок с отклонениями в развитии. Ранняя диагностика и коррекция М., 1992.

13. Обучение детей с задержкой психического развития Под ред. В. И. Лубовского, Смоленск., 1994.

14. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД.

Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций.

Методическое руководство - СПб.: ГП "ИМАТОН", 1997.

Начало формы

Начало формы

Конец формы

Начало формы

Конец формы

Начало формы

Конец формы