МИНИМАЛЬНЫЕ МОЗГОВЫЕ ДИСФУНКЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ПРИЧИНЫ И ПРОЯВЛЕНИЯ

Н. В. Чурило
БГПУ (г. Минск)

Термин «минимальная мозговая дисфункция» (далее – ММД) был введен в современную научную терминологию Э. Деноффом в 1959 г. и первоначально использовался в практике для определения расстройств, возникающих в результате нарушений формирования головного мозга. По мнению автора, симптоматика ММД характеризует проблемы ребенка в регуляции своей психической деятельности в звене контроля активности и поведения и являются первопричиной возникновения проблем в школьном обучении, отношениях с педагогами и сверстниками, а также тревожных и неврозоподобных расстройств [5].

В отечественной научной литературе термин ММД использовался в исследованиях Л. О. Бодаляна, Л. Т. Журковой и Е. М. Мастюковой. Отмечая наличие у ребенка с ММД высокой возбудимости, повышенной эмоциональной лабильности, сенсорных и моторных нарушений, авторы указывают также на высокую возбудимость ребенка, повышенную эмоциональную лабильность, сенсорные и моторные нарушения, а также трудности управления и распределения внимания, импульсивность, двигательную расторможенность, что в значительной степени обусловлено слабостью регуляторного компонента психической деятельности и поведения. Выступая в качестве основного фактора нарушения, регуляторные трудности вторично приводят к несформированности учебных навыков, трудностям в обучении и эмоциональным нарушениям [2; 3].

По мнению исследователей, ММД являются следствием парциальной несформированности у ребенка высших психических функций, в частности функций программирования, регуляции и контроля, и зачастую являются причиной его отставания в психическом развитии, а также возникновения многочисленных социальных и психологических проблем [2; 3; 5].

По оценкам специалистов, ММД выявляется примерно у четверти детей от числа всей детской популяции [3; 5]. При сохранности общего интеллекта у ребенка с ММД присутствует дефицитарность созревания высших психических функций, опирающихся на работу коры головного мозга. Более поздние данные, полученные при обследовании детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста (О. В. Халецкая, В. М. Трошин), свидетельствуют о том, что до 40 % детей имеют мозговые дисфункции такого характера [3].

Обобщая современные научные представления о критериях, факторах и проявлениях ММД, можно выделить ряд существенных моментов, характеризующих данное расстройство. Во-первых, ММД – результат легкого повреждения мозга, приводящая к функциональной слабости, на фоне которой у ребенка возникают относительные когнитивные нарушения, трудности регуляции психической деятельности, и как итог, академическая неуспеваемость в школьном обучении. Во-вторых, признаком ММД является парциальные нарушения в созревании высших психических функций. В-третьих, ММД тесным образом связана с наличием у ребенка соматических заболеваний и невротических расстройств [2; 3; 5].

Анатомическое созревание головного мозга (морфогенез) является основой для деятельности взаимосвязанных функциональных систем и структур (фунционалгенез), которые обеспечивают в целом условия осуществления психической деятельности. Поэтому нарушения высших психических функций ребенка могут быть связаны как с нарушением морфологического, так и функционального созревания определенных участков мозга. Признаки относительного неблагополучия в формировании высших психических функций ребенка на ранних этапах развития (до 3 лет) можно заметить лишь по незначительным отклонениям от норм психомоторного и речевого развития, которые свидетельствуют о задержке развития ребенка в определенной сфере. Так, ребенок начинает позже демонстрировать цепные моторные реакции (сидение–ползание–вставание–ходьба), отстает в речевом развитии, позже осваивает предметные действия. Учитывая недостаточно высокую медицинскую и психологическую грамотность родителей, а также острую потребность системы здравоохранения в компетентных детских специалистах-неврологах, подавляющее большинство детей с такими признаками обычно не вызывают обеспокоенности родителей, в связи с чем практически не получают ранней комплексной помощи, включающей медицинское и психологическое обследование, а также последующее коррекционное воздействие.

Всплеск числа детей с ММД обнаруживается ближе к возрасту 6–7 лет, когда специалисты фиксируют у ребенка заметные отставания в развитии речи, дефицит внимания, двигательную расторможенность, нарушения мнестической деятельности, высокую импульсивность и утомляемость, эмоциональные и поведенческие трудности. Как правило, у большинства детей наряду с подобными расстройствами обнаруживаются соматические заболевания: аллергодерматозы, дисфункции желудочно-кишечного тракта, частые простудные заболевания. На этом фоне отчетливо проявляются трудности усвоения школьной программы, нарушение социальной адаптации, тревожные и неврозоподобные расстройства. Описанное, в первую очередь, относится к детям с распространенной в настоящее время формой ММД – синдромом дефицита внимания с гиперактивностью [2].

Учитывая широкий спектр нарушений, проявляющихся при возникновении у ребенка ММД, многообразие их проявлений и в то же время, индивидуальный специфический «набор» симптомов ребенка, обуславливающий особенности протекания его

психической деятельности, вопрос о диагностике данного нарушения является особенно актуальным. Существующая противоречивость мнений различных исследователей и специалистов в отношении ММД в значительной степени обусловлена отсутствием четких критериев и единого методического подхода к изучению и диагностике ММД.

В то же время, медицинский подход к диагностике данного расстройства в настоящее время не способен представить четкие критерии для дифференциации данного нарушения, описывая его в категориях «мягкость» или «негрубость» неврологической симптоматики и не предоставляя, как правило, адекватных методов реабилитации. Итогом такой ситуации является катастрофическое увеличение числа детей со школьными трудностями и нарушениями в поведении. Поэтому решение задач диагностики данного нарушения закономерно сместилась в плоскость нейропсихологического подхода.

Нейропсихологический подход в настоящее время является наиболее адекватным для определения актуального состояния высших психических функций ребенка и возможных отклонений в его развитии, предоставляя объективные диагностические методы, соответствующие запросам практики, позволяющие с высокой долей точности выявить причины и механизмы возникновения проблем ребенка в школьном обучении [1; 4]. Методы нейропсихологической диагностики, используя модифицированные и адаптированные возрастному развитию ребенка диагностические пробы, позволяют выявить возможные факторы нарушений в работе высших психических функций. Результаты диагностического обследования ребенка позволяют разработать в каждом конкретном случае индивидуальную программу нейропсихологической коррекции, ориентированной на преодоление основного нарушения и минимизацию вторичных и третичных последствий ММД.

Литература

1. Ахутина, Т. В.,Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева. - СПб. : Питер, 2008. - 320 с
2. Заваденко, Н. Н. Минимальные мозговые дисфункции у детей. Церебролезин в лечении минимальных мозговых дисфункций / Н. Н. Заваденко, А. С. Петрухин, О. И. Соловьев. - М. : ЭБЕВЕ, 1997. - 72 с.
3. Халецкая, О. В. Минимальные мозговые дисфункции мозга в детском возрасте / О. В. Халецкая, В. М. Трошин. - Нижний Новгород : Пламя,1995. - 37 с.
4. Цветкова, Л. С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление / Л. С. Цветкова. - М. : Юрист, 1997. - 191 с.
5. Ярменко, Б. Р. Минимальные мозговые дисфункции головного мозга у детей / Б. Р. Ярменко. - СПб. : Салит-Медкнига, 2002. - 128 с.