

УДК 159. 923.2

**ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ МИНИМАЛЬНЫХ МОЗГОВЫХ ДИСФУНКЦИЙ К УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ***Е. В. Григорьева***FEATURES OF ADAPTATION OF YOUNGER SCHOOLBOYS WITH VARIOUS TYPES OF THE MINIMUM BRAIN DYSFUNCTIONS TO EDUCATIONAL ACTIVITY***E. V. Grigoryeva*

*Рассматриваются проблемы учащихся с минимальными мозговыми дисфункциями. Дается понимание минимальных мозговых дисфункций и их типов. Анализируются особенности адаптации младших школьников с различными типами минимальных мозговых дисфункций к учебной деятельности.*

*Problems of pupils with the minimum brain dysfunctions are considered. The understanding of the minimum brain dysfunctions and their types is given. Features of adaptation of younger schoolboys with various types of the minimum brain dysfunctions to educational activity are analyzed.*

**Ключевые слова:** минимальные мозговые дисфункции, тип минимальной мозговой дисфункции, адаптация.

**Keywords:** The minimum brain dysfunctions, type of the minimum brain dysfunction, adaptation.

Исследования адаптации к учебной деятельности детей самых разнообразных категорий, в том числе и с проблемами здоровья, сохраняют свою актуальность на протяжении последних десятилетий. Особое место в этом ряду занимают исследования по проблемам школьной адаптации детей с минимальными мозговыми дисфункциями (ММД). Сложность изысканий по обозначенной проблеме связана с междисциплинарным характером ее исследования. Именно этим объясняется разброс в эпидемиологии ММД, который колеблется в пределах от 2 до 60 % в детской популяции, разноголосица в использовании категориального аппарата и типологий ММД, а также разнообразие подходов по сопровождению процесса адаптации детей с ММД к социальной среде. 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 [3]. В целом актуальность работы по заявленной теме обусловлена как высокой частотой ММД в детской популяции и большой социальной значимостью, так и явным противоречием между необходимостью психолого-педагогического сопровождения адаптационного процесса учащихся начальных классов к школьной среде и недостаточной изученностью психологических аспектов адаптации детей с ММД к учебной деятельности.

На наш взгляд, адаптацию к учебной деятельности следует рассматривать в рамках общей адаптационной модели разработанной Ю. А. Александровским, В. П. Казначеевым, Ф. З. Меерсоном, Ф. Б. Березиным. В рамках этой модели адаптация к учебной деятельности представляет собой сложный многоуровневый процесс, реализующийся единой функциональной системой, обеспечивающей достижение оптимальных результатов деятельности и поддержание состояния равновесия в системе человек-среда [2]. Исследование адаптации к учебной деятельности предполагает комплексный подход и одновременную оценку актуального психического

состояния, особенностей микросоциального взаимодействия и церебральной активности. В качестве критериев адаптации к учебной деятельности мы рассматриваем показатели успешности деятельности, т. е. успеваемость, приверженность нормам поведения в школе, положение в классной группе, эмоциональное благополучие, отношение к учебе (уровень мотивации), удовлетворенность процессом обучения и взаимоотношениями в классе [5; 4].

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. Однако неблагоприятные прогнозы и реальное течение адаптационного процесса к школьному обучению у детей с ММД не всегда совпадают, что нашло подтверждение в экспериментальных исследованиях Л. А. Ясюковой, Л.О. Бадаляна [1; 6]. По мнению Л. А. Ясюковой, под ММД следует понимать «наиболее легкие формы церебральной патологии, возникающие вследствие самых разнообразных причин, но имеющие однотипную, невыраженную, стертую симптоматику и проявляющиеся в виде функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга» [6; 10]. Вопрос о структуре дефекта при ММД является открытым в связи с разнообразием симптомов ММД и сложностями дифференциальной диагностики. В рамках своей модели Л. А. Ясюкова рассматривает ММД как основу первичного дефекта и включает в первичный дефект в качестве ведущих нарушений быструю умственную утомляемость и сниженную работоспособность, сложности в формировании произвольного внимания и резко сниженные возможности самоуправления и произвольности в любых видах деятельности [6].

В литературе, как правило, описываются два типа ММД, легко выделяемые по поведенческим признакам: астеничный и гиперактивный. 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. Формирование типов ММД связано с сочетанием и выраженностью таких факторов как ослабленность мозговой деятельности, общая неуправляемость и рассогласованность деятельности отдельных подструктур мозга, дисбаланс нервных процессов. Субнормальный тип наиболее приближен к норме – внутренняя рассогласованность еще мало ощутима и проявляется только в легкой общей ослабленности мозга, которую необходимо преодолевать. Ригидный и активный типы характеризуется тем, что нарастающая внутренняя рассогласованность еще не нарушает полностью деятельность мозга, но уже значительно ее ослабляет. Астеничный и реактивный типы специфичны тем, что еще более возросшая рассогласованность перестает быть только внутренней и дезорганизует не только работу мозга, но и поведение ребенка. Нарушение баланса между процессами возбуждения и торможения, степень преобладания одного из них позволяет объединить реактивный, активный и субнормальный типы (форма Б) в группу со сдвигом баланса в сторону возбуждения, а ригидный, астеничный и субнормальный типы (форма А) в группу со сдвигом баланса в сторону торможения [6].

В контексте исследования адаптации младших школьников с ММД к учебной деятельности, перед нами стояла задача выявить особенности адаптации младших школьников с ММД к учебной деятельности с учетом типа дисфункции. В качестве организационного метода был применен сравнительный метод. Также нами применялся широкий спектр эмпирических методов сбора фактического материала. В ходе исследования использовался ряд конкретных диагностических методик: тест Тулуз-Пьерона, методика многофакторного исследования личности Р. Кеттелла (детский вариант), методика диагностики уровня школьной тревожности Филлипса, социометрический тест, методика диагностики уровня школьной мотивации, разработанная Н. Г. Лускановой, экспертная оценка успеваемости и поведения. Статистическим методом анализа и обработки данных выступил метод сравнительного анализа – *t*-критерий Стьюдента, позволяющий определить критерии значимости различий средних. Для обработки полученных данных применялся пакет статистических методов системы STATISTIKA 6.0.

Экспериментальная группа была сформирована на основании сопоставления результатов по методике Тулуз-Пьерона, данных школьных медицинских карт о наличии ММД и опроса родителей. В результате проделанной работы в состав экспериментальной группы вошли 50 детей – 30 мальчиков, 20 де-

вочек, средний возраст которых составил 9,6 лет. Тип дисфункций определялся путем сравнения профиля на бланке теста, отражающего изменения скорости его выполнения с типологическими профилями. На основании результатов теста Тулуз-Пьерона и выявленного типа ММД экспериментальная группа была разделена на две подгруппы – 26 детей составили подгруппу с преобладанием процесса возбуждения, 24 ребенка – с преобладанием процесса торможения. В группе детей с ММД с преобладанием возбуждения типы дисфункций распределились следующим образом: реактивный тип диагностирован у 12 детей, активный тип – у 4 детей, субнормальный тип – у 10 детей (форма Б). Среди детей с ММД с преобладанием процесса торможения, у 7 детей диагностирован астеничный тип, у 10 детей – ригидный тип и у 7 – субнормальный (форма А). Соответственно в экспериментальной группе 14 % составляет астеничный тип ММД, 20 % – ригидный тип, 24 % – реактивный, 8 % – активный и 34 % – субнормальный. В целом такое процентное распределение типов ММД в экспериментальной группе совпадает с данными Л. А. Ясюковой о распространенности типов в популяции детей с ММД [6].

Показатели психического уровня адаптации детей с ММД к учебной деятельности измерялись методикой диагностики школьной тревожности Филлипса и личностным опросником Р. Кеттелла. Исследование социально-психологического уровня проводилось с помощью теста социометрии и анкетного опроса, измеряющего уровень учебной мотивации. Также нами учитывались оценочные показатели поведения и успеваемости по основным предметам. Вторичная обработка результатов проводилась сравнительным анализом по *t*-критерию Стьюдента при стандартизации выборки по признаку типа ММД с помощью метода математического моделирования групп.

Сравнительный анализ результатов диагностики выявил достоверно значимые различия между группой детей с типами ММД с преобладанием процессов торможения и группой детей с типами ММД, в которых преобладает возбуждение по следующим показателям (при  $p < 0,05$ ): по фактору А, по фактору В, по показателю страха не соответствовать ожиданиям окружающих, по показателю положительного индекса в сфере общественных дел и отрицательного индекса в сфере деловых отношений, по успеваемости. Таким образом, дети с типами ММД, в которых преобладают процессы возбуждения, по сравнению с детьми с типами ММД с преобладанием торможения, отличаются более высокой эмоциональностью, общительностью, лабильностью и более выразительной экспрессией. При этом показатели фактора А в обеих группах детей приближены к показателям возрастной нормы (4,12 и 5,9), а большая выраженность аффектотимии в группе детей с ММД с преобладанием возбуждения органично соотносится с типологией ММД, предложенной Л. А. Ясюковой. Дети с ММД с преобладанием возбуждения отличаются более высоким уровнем развития вербального интеллекта. Среднегрупповой

показатель фактора В (5,4) у детей этой группы приближены к показателям детей без ММД и соответствует показателям возрастной нормы. Тогда как среднегрупповой показатель фактора В в группе детей с ММД с преобладанием торможения приближается к нижней границе возрастной нормы ( $B - 3,5$ ). Дети с типами ММД с преобладанием возбуждения пользуются сравнительно большим авторитетом в вопросах учебы, им чаще доверяют выполнение общественных поручений, нежели детям с ММД с преобладанием торможения. В целом результаты учебной деятельности у детей с ММД с преобладанием возбуждения довольно высоки, и они скорее характеризуются как успевающие ученики, но проблемные в поведении. Переживание своего органического дефекта у детей этой группы проявляется в виде страха не соответствовать ожиданиям окружающих, что возможно объясняется их про-

блемным поведением и в свою очередь стимулирует их успеваемость. Дети с ММД с преобладанием процессов торможения отличаются невысокими показателями интеллекта и слабой успеваемостью, они не пользуются авторитетом в учебных делах, им реже доверяют выполнение общественных поручений.

Сравнение показателей вышеназванных методик у детей с различными типами выявил ряд статистически достоверных различий, которые приведены в таблице. Для оптимального представления результатов группе детей с астеничным типом ММД был присвоен номер 1, группе детей с реактивным типом ММД – 2, группе детей с ригидным типом ММД – 3, группе детей с активным типом – 4, детям с субнормальным типом ММД формы А присвоен номер – 5, а с формой Б – 6.

Таблица

**Усредненные результаты по методике Кеттелла, теста Филиппа, социометрии, показателей успеваемости у младших школьников с различными типами ММД (при  $p < 0,05$ )**

<i>Показатели методик</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>Различия в парах</i>
Фактор А	4,67	6,00	4,20	6,00	3,50	5,57	2-5; 3-6; 4-5; 5-6
Фактор В	2,00	6,83	3,60	5,00	5,00	4,42	1-4; 2-3;
Фактор С	5,67	4,50	4,20	9,25	5,25	3,43	1-3; 1-6; 3-4; 4-6
Фактор G	9,00	6,17	4,00	6,00	4,25	6,00	1-2; 1-5; 1-3
Фактор О	7,67	6,50	7,40	7,00	7,50	5,57	3-6; 5-6
Общий отрицательный индекс	0,02	0,34	0,08	0,08	0,08	0,07	1-2; 3-2; 2-5; 2-6
Отрицательный индекс в сфере учебных дел	0,01	0,28	0,12	0,08	0,05	0,03	1-2; 2-5; 2-6
Отрицательный индекс в сфере организационных дел	0,02	0,38	0,11	0,09	0,09	0,07	1-2; 1-5; 2-5; 2-6
Отрицательный индекс в сфере общественных дел	0,01	0,38	0,10	0,08	0,09	0,07	1-2; 1-5; 2-4; 3-2; 2-5; 2-6
Отрицательный индекс в сфере досуга	0,04	0,33	0,08	0,09	0,10	0,07	1-2; 3-2; 2-5; 2-6
Страх не соответствовать ожиданиям окружающих	45,5	75,25	48,8	73,55	48,2	74,1	1-2; 1-6; 2-3; 2-5
Успеваемость	3,80	4,34	3,80	4,30	4,26	3,90	1-4; 2-3

Как видно из таблицы, дети с реактивным, активным и субнормальным (форма Б) типом ММД более общительны, эмоциональны, открыты, нежели дети с астеничным, ригидным и субнормальным (форма А) типом ММД. Дети с астеничным и ригидным типом ММД отличаются низким уровнем сформированности интеллектуальных функций, медлительностью мышления, слабой обучаемостью и способностью решать абстрактные задачи. Дети с ригидным типом ММД и субнормальным типом (форма А) характеризуются как более напряженные, ориентированные на неудачу. Достоверные различия по фактору А, В и фактору О обнаружены меж-

ду группой детей с ММД с преобладанием процесса возбуждения и группой детей с ММД с преобладанием процесса торможения. Между детьми с типами ММД внутри обозначенных групп статистически значимых различий по данным факторам не выявлено.

Сила «Я» или уверенность, спокойствие наиболее присущи детям с астеничным и активным типом ММД. Наиболее высокий показатель фактора С обнаружен у активного типа. По данным Л. А. Ясюковой, высокие показатели фактора С стабильно присущи детям с реактивным типом ММД. Нами подобного факта не обнаружено, но активный тип, как

и реактивный, входит в группу ММД с преобладанием процесса возбуждения. Эмоциональная стабильность детей с активным типом ММД достоверно выше чем у детей с ригидным и субнормальным (форма Б) типом ММД. Дети с астеничным типом ММД имеют достоверно более высокие показатели по фактору С как внутри группы детей с ММД с преобладанием торможения, в частности, в сравнении с ригидным типом, так и по сравнению с детьми с ММД с преобладанием процесса возбуждения – с субнормальным типом ММД (форма Б). Наименее способны разряжать свои импульсы в конкретный момент ригидный и субнормальный типы с преобладанием возбуждения (форма Б).

Дети с астеничным типом ММД характеризуются как наиболее совестливые. Дети данного типа придерживаются нормативного поведения, редко конфликтуют, проявляют конформность. Несмотря на то, что статистически достоверных различий оценок поведения в школе между типами не обнаружено, среднестатистическая оценка детей с астеническим типом ММД по поведению самая высокая среди детей с ММД – 4,3 балла. На наш взгляд, эти особенности связаны с первичным дефектом детей с данным типом ММД. Дети с реактивным, ригидным и субнормальным типом (форма Б) более безответственны, пренебрегают требованиями взрослых, соответственно реже заслуживают их доверие.

Особенности социометрического статуса детей с разными типами ММД обнаружены только на основании различий в показателях отрицательных индексов, что объясняется низкими позитивными индексами детей с ММД независимо от типа. Наиболее неблагоприятный статус в различных сферах отношений в классной группе диагностирован нами у детей с реактивным типом ММД.

Детям с реактивным, активным и субнормальным (форма Б) типом ММД в большей степени присущ страх не соответствовать ожиданиям окружающих.

Успеваемость детей с активным типом ММД достоверно выше, чем у детей с астеничным типом, а успеваемость детей с реактивным типом – выше, чем с ригидным.

На основании вышеизложенного, можно выделить ряд особенностей адаптации младших школьников с ММД к учебной деятельности в связи с типом дисфункции. В качестве специфики адаптации детей с астеничным типом ММД следует выделить сочетание низких показателей успеваемости и обучаемости с социальной нормативностью, совестливостью и относительно невысокими показателями негативных социометрических индексов. Дети с реактивным типом ММД, несмотря на учебную успеваемость, открытость, сформированные интеллектуальные навыки, обладают самыми высокими негативными социометрическими индексами и боятся не соответствовать ожиданиям школьного окружения. Компенсация низкой успеваемости и обучаемости детей с астеничным типом ММД обусловлена рядом

их личностных характеристик. И наоборот, успеваемость и интеллектуальное развитие детей с реактивным типом ММД компенсируют их неблагоприятный статус и пренебрежение нормативностью. У младших школьников с ригидным типом ММД выявлено сочетание низкой успеваемости и обучаемости с неавторитетностью в различных сферах отношений в классной группе. Детей с активным типом ММД отличает эмоциональная устойчивость, успеваемость выше среднего. Дети с субнормальным типом ММД с преобладанием процесса возбуждения (форма Б), в отличие от детей с субнормальным типом с преобладанием процесса торможения (форма А), характеризуются недостаточно сформированными интеллектуальными функциями, слабой успеваемостью и напряженностью. В целом различия по выраженности аффектотимии, гипотимии, страха несоответствия норме по развитию интеллекта обусловлены дисбалансом процессов возбуждения и торможения и соответственно принадлежностью к группе с преобладанием одного из процессов. Если оценивать прогноз адаптации к учебной деятельности, то наиболее уязвимы младшие школьники с астеничным, реактивным и ригидным типом ММД, первые – за счет недостаточного уровня развития интеллектуальных функций и низкой успеваемости, вторые – в связи с напряженными отношениями в коллективе, а третьи – на основании сочетания проблем детей с дисфункциями двух предыдущих типов.

#### Литература

1. Бадалян, Л. О. Минимальная мозговая дисфункция у детей (неврологический аспект) [Текст] / Л. О. Бадалян, Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1978. – Т. 78. – 10. – С. 144–1446.
2. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека [Текст] / Ф. Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
3. Заводенко, Н. Н. Школьная дезадаптация: психоневрологические и нейропсихологические исследование [Текст] / Н. Н. Заводенко, Н. Г. Петрухин, Н. Г. Манелис // Вопросы психологии. – 1999. – № 4. – С. 21 – 28.
4. Каган, Е. С. Дифференцированный подход к построению интегрального показателя школьной адаптации [Текст] / Е. С. Каган, А. Г. Портнова // Сибирская психология сегодня: сборник научных трудов. – Вып. 2. – Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. – 410 с. – С. 119 – 124.
5. Яницкий, М. С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики [Текст] / М. С. Яницкий. – Кемерово: Кемеровский государственный университет, 1999. – 84 с.
6. Ясюкова, Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД [Текст] / Л. А. Ясюкова. – СПб.: Иматон, 1997. – 80 с.