

КЛИНИЧЕСКАЯ (МЕДИЦИНСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С МИНИМАЛЬНЫМИ МОЗГОВЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ К УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Е.В. Григорьева (Кемерово)

Аннотация. Изложены основные подходы к исследованию минимальных мозговых дисфункций и их форм. Представлены методология и результаты исследования адаптации младших школьников с минимальными мозговыми дисфункциями к учебной деятельности.

Ключевые слова: минимальные мозговые дисфункции, синдром дефицита внимания/гиперактивности, младшие школьники, адаптация, уровни адаптации.

К одному из приоритетных направлений развития психологических исследований в области образования в настоящее время относится работа по определению социальных механизмов поддержания психического и физического здоровья детей. Д.И. Фельдштейн подчеркивает важность исследований именно здоровья детей, а не вариаций их «нездоровья». Следовательно, необходимо искать возможности оздоровления школьной среды в целом с целью понижения растущих показателей тревожности, дидактогенных неврозов, снижения интеллектуального потенциала детей [12. С. 14]. В этой связи большой интерес вызывает исследование психологических факторов и механизмов адаптации к учебной деятельности младших школьников с минимальными мозговыми дисфункциями (ММД), которых традиционно относят к «группе риска».

ММД является широко распространенной патологией, не имеющей тенденции к снижению. По данным Л.О. Бадаляна, частота ММД варьируется от 5 до 15% у детей школьного возраста, а по данным О.В. Халецкой и В.М. Трошина, распространенность ММД достигает 21% [2, 13]. Разброс в эпидемиологии ММД во многом обусловлен междисциплинарным характером и методологией исследований и может колебаться в пределах от 2 до 60% [11, 16].

Кроме высокой частоты нарушения в детской популяции, актуальность исследования особенностей школьной адаптации детей с ММД связана с большой социальной значимостью проблемы. Дети с ММД имеют сохранный интеллект, но, как правило, с трудом адаптируются к дошкольным и школьным учреждениям, отличаясь нарушениями поведения и проблемами в обучении. По данным экспертов фонда «Внимание», дети с ММД чаще, чем обычные дети, получают травмы, опасные для жизни, уходят из дома, бросают школу, не продолжают образование [18]. О.В. Халецкая и В.М. Трошин классифицируют школьную неуспеваемость у детей с ММД

как «легкий случай» и отмечают, что при неблагоприятном прогнозе ММД выступает преморбидным фоном развития тяжелых нервно-психических заболеваний в будущем [13. С. 4]. Высокую коморбидность ММД с другими патологическими состояниями подчеркивают и отечественные и зарубежные исследователи [2, 4, 10, 17]. Так, американский психиатр Рассел А. Баркли пишет о высокой степени коморбидности отдельных форм ММД с аддикциями и личностными расстройствами [17]. Возможно, особенности нейродинамики психических процессов, поведенческие проблемы и трудности в обучении у детей с ММД могут «поддерживать» их тенденцию к фиксированным формам поведения как к защитным или компенсаторным реакциям [8].

В целом большинство специалистов относят ММД к наиболее распространенной форме нервно-психических нарушений у детей и рассматривают с позиций биопсихосоциальной патологической модели [6, 14, 16]. В связи с этим в фокусе научных проблем ММД сходятся интересы широкого круга специалистов-медиков, психологов, педагогов, социальных работников. Интерес специалистов разного профиля обуславливает и множество определений ММД, диагностических критериев, разброс эпидемиологических данных, разногласия в методах диагностики и коррекции. В подходе Н.Н. Заводенко ММД рассматриваются как «последствия ранних локальных повреждений головного мозга, проявляющиеся возрастной незрелостью отдельных высших психических функций и их дисгармоничным развитием» [6. С. 3]. Одной из традиционно спорных является проблема типологии ММД, которая актуализируется в дискуссиях об использовании категорий минимальных мозговых дисфункций (ММД) и синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

В научной литературе отсутствует единство в понимании, использовании и соотношении терминов ММД и СДВГ. Н.Н. Заводенко рассматривает СДВГ

«как один из вариантов ММД, картину которого определяют неуместная, несоответствующая ситуации избыточная активность, дефицит внимания, импульсивность в социальном поведении и интеллектуальной деятельности, проблемы во взаимоотношениях с окружающими, сопутствующие нарушения поведения, трудности обучения, слабая успеваемость в школе, заниженная самооценка» [6. С. 3]. Зарубежные и отечественные специалисты по неврологии и психиатрии детского возраста подчеркивают, что в клинической практике нередко наблюдается сочетание симптомов, которые относятся не к одной, а к нескольким диагностическим рубрикам для ММД по классификации МКБ-10 [10, 17]. В связи с этим, несмотря на активное внедрение термина СДВГ и описание его диагностических критериев, использование термина ММД, по мнению Л.А. Ясюковой, Е.В. Шарапановской, Н.Н. Заводенко, А.С. Петрухина и др., «вполне оправданно и целесообразно в случаях трудностей школьного обучения и нарушений поведения у детей при выявлении в анамнезе факторов, которые могли вызвать негрубые органические изменения со стороны ЦНС и повлечь за собой нарушения в формировании высших психических функций» [10. С. 5]. Следовательно, категория ММД применима как в педиатрии и ее разделах, так и в рамках психологических и психолого-педагогических исследований.

Большинство ведущих специалистов методологической основой исследования минимальных мозговых дисфункций в психологии считают представления Л.С. Выготского о сложной структуре аномального развития и компенсации дефектов развития. Выделяя две линии развития – естественную и культурную, Л.С. Выготский подчеркивал, что созревание ЦНС и психическое развитие ребенка представляют собой два различных процесса, связи между которыми многовариантны, а не взаимно однозначны. Уровень психической регуляции надстраивается над уровнем физиологической регуляции, но не является его непосредственным продолжением. Согласно Л.С. Выготскому, при нарушении естественного развития значительно возрастает роль социальной ситуации развития, так как «непосредственное следствие дефекта – снижение социальной позиции ребенка; дефект реализуется как социальный вывих» [5. С. 13].

Сложную структуру аномального развития Л.С. Выготский представлял в виде четкого разделения первичного анатомо-физиологического дефекта и вторичных дефектов психического развития. Вторичные нарушения представляют собой цепочку последовательных изменений в развитии психических функций, детерминированных первичным дефектом. Вопрос о структуре дефекта при ММД является открытым в связи с разнообразием симптомов ММД и сложностями дифференциальной диагностики. В рамках

своего подхода Л.А. Ясюкова рассматривает ММД как основу первичного дефекта и включает в первичный дефект, во-первых, «...быструю умственную утомляемость и сниженную работоспособность (при этом общее физическое утомление может полностью отсутствовать). Во-вторых, резко сниженные возможности самоуправления и произвольности в любых видах деятельности. В-третьих, выраженные нарушения в деятельности ребенка (в том числе и умственной) при эмоциональной активации. В-четвертых, значительные сложности в формировании произвольного внимания: неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, слабое распределение, проблемы с переключением в зависимости от преобладания лабильности или ригидности. В-пятых, снижение объема оперативных видов памяти, внимания, мышления (ребенок может удержать в уме и оперировать довольно ограниченным объемом информации). В-шестых, трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную (проблема упрочения временных связей)» [16. С. 13]. Все остальные нарушения: «пограничный» коэффициент интеллекта, нарушения речи, памяти, заикание, тики, энурез, девиации, описанные в литературе как обязательно присущие детям с ММД, – Л.А. Ясюкова относит к вторичным и третичным дефектам [16].

Структура дефекта во многом обуславливает проблемы адаптации детей с ММД к образовательным учреждениям. По данным Н.Н. Заводенко, среди дезадаптированных младших школьников 52,2% занимают дети с ММД [7]. Проблемы адаптации к школьному обучению у детей с ММД связаны с нарушением психофизиологического уровня адаптации к учебной деятельности, так как в рамках учебной деятельности начинают предъявляться повышенные требования именно к тем психическим функциям, которые у детей с ММД не сформированы или нарушены и составляют основу дефекта. Однако неблагоприятные прогнозы и реальное течение адаптационного процесса к школьному обучению у детей с ММД не всегда совпадают. Еще в начале 70-х гг. XX в. результаты исследования Л.О. Бадаляна подтвердили взаимосвязь характера школьной адаптации и клинического варианта ММД [1]. Л.А. Ясюкова описывает экспериментальную модель обучения детей с ММД, оптимизирующую процесс адаптации в начальной школе. А проблемы адаптации детей с ММД в обычной образовательной среде она объясняет «педагогической дисфункцией» [16]. Но пока психологические феномены процесса адаптации детей с ММД к учебной деятельности остаются без должного внимания психологов-исследователей.

Как справедливо замечают И.Л. Левина, З.К. Трушинский и другие авторы, во многом вышеуказанный факт объясняется тем, что современные исследователи адаптации к учебной деятельности отошли от клас-

сической адаптационной модели, что вызывает разногласия в категориальном аппарате, в использовании критериев, в общей оценке эффективности адаптации и в целом в методологии исследования. 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. Процесс адаптации к учебной деятельности необходимо рассматривать на различных уровнях его протекания, где ведущую роль играет психический уровень адаптации [15]. Задачами психической адаптации является поддержание психического гомеостаза и сохранение психического здоровья, социально-психологической – организация адекватного микросоциального взаимодействия, психофизиологической адаптации – оптимальное формирование психофизиологических соотношений и сохранение физического здоровья. Исследование показателей адаптации к учебной деятельности предполагает комплексный подход и одновременную оценку актуального психического состояния, особенностей микросоциального взаимодействия, церебральной активности и вегетативного регулирования. По мнению Ф.Б. Березина, основным показателем успешности психической адаптации является, прежде всего, достижение возможности выполнения основных задач деятельности [3]. Социально-психологическую адаптацию рассматривают через показатели адаптации в коллективе, включенности в деятельность как реализацию внутриличностных возможностей в конкретных условиях жизнедеятельности, через благополучие эмоционального самочувствия и активность личности. В качестве критериев адаптации к учебной деятельности М.С. Яницкий, А.Г. Портнова, И.Л. Левина называют объективные показатели – успеваемость, уровень общественной активности, стабилизацию свойств внимания, памяти, мышления и субъективные – отношение к учебным предметам, удовлетворенность процессом обучения, эмоциональное благополучие [9, 15].

М.С. Яницкий подчеркивает необходимость оценивать эффективность адаптации к учебной деятельности с учетом как достигнутых показателей ее результативности, так и величины понесенных затрат на нижестоящих уровнях регуляции [15]. В целом показатели на всех уровнях функциональной системы адаптации М.С. Яницкий определяет как затратные, так как все они обеспечивают достижение не-

обходимых показателей продуктивности учебной деятельности. По мнению Ф.Б. Березина, эффективность адаптации на том или ином уровне может быть достигнута за счет ее нарушения на другом уровне [3]. Соответственно, более низкие уровни регуляции являются базовыми для высших, ценой нормального функционирования которых является состояние напряженной адаптации на предыдущих уровнях регуляции. Таким образом, показатели адаптации на более низком уровне по отношению к рассматриваемому можно оценивать как затратные, а показатели высшего уровня – как результат адаптационного процесса на данном уровне функциональной системы адаптации [15].

Развитие адаптационного процесса по стадиям обеспечивается последовательной сменой тесно связанных между собой состояний стресса, фрустрации и конфликта. Психический или эмоциональный стресс является наиболее адекватной формой стресса для человека и представляет собой реакцию, опосредованную оценкой угрозы и защитными процессами. Психический стресс сопровождается нарушением удовлетворения актуальных потребностей, что затрудняет реализацию мотивированного поведения, вызывает напряжение адаптационных механизмов и проявляется как переживание состояния фрустрации. В свою очередь, фрустрация является причиной проявления тревоги. Тревога лежит в основе любых (адаптивных и неадаптивных) изменений психического состояния и поведения, обусловленных психическим стрессом. В целом на психическом уровне об адаптационном процессе можно судить на основании показателей актуального психического состояния, которое включает показатели фрустрационной напряженности и тревоги [3, 15].

В сравнительных исследованиях роли фрустрационной напряженности в адаптационном процессе Ф.Б. Березин и соавторы в качестве показателя фрустрационной напряженности использовали фактор Q_4 теста Кеттелла, высокие значения которого характерны для субъектов фрустрированных и напряженных, а низкие – нефрустрированных и спокойных, что трактуется как высокое и низкое эргическое напряжение. В группах, разделенных по эффективности психической адаптации, значения фактора Q_4 теста Кеттелла достоверно различались, возрастая по мере нарушения качества адаптации. Уровень фрустрационной напряженности, по данным Ф.Б. Березина, коррелирует с уровнем тревоги. Роль тревоги в адаптационном процессе может существенно изменяться в зависимости от ее интенсивности и требований, предъявляемых к адаптационным механизмам индивидуума. Если рассогласование в системе человек – среда, определяющее адаптационное напряжение, не достигает значительной степени, уровень тревоги не превышает средних зна-

чений и на первый план выступает ее мотивационная роль, тревога обуславливает активацию целенаправленного поведения. При выраженном нарушении сбалансированности в системе человек – среда тревога возрастает, отражая формирование эмоционального стресса хронического по характеру. По мере увеличения интенсивности тревоги снижается эффективность психической адаптации или происходят ее преходящие или стойкие нарушения. Уровень тревоги оценивался Ф.Б. Березиным по показателю первого комплексного фактора теста Кеттелла, который, как и показатель фактора Q_4 теста Кеттелла, взаимосвязан с особенностями психического состояния и показателями вегетативно-гуморального реагирования [3. С. 77–82].

На основании выделенных моделей исследования ММД и адаптации нами было проведено исследование, целью которого было выявить особенности адаптации младших школьников с ММД к учебной деятельности. Для достижения поставленной цели использовались метод опроса, психодиагностический метод и метод статистического анализа данных (STATISTICA 6.0). Для диагностики ММД применялся тест Тулуз-Пьерона в сочетании с выкопировкой данных из школьных медицинских карт. Показатели психического уровня адаптации к учебной деятельности измерялись методикой диагностики школьной тревожности Филлипса, личностным опросником Р. Кеттелла. Исследование социально-психологического уровня проводилось с помощью теста социометрии, содержащего четыре критерия, и анкетного опроса, измеряющего уровень учебной мотивации. Вторичная обработка результатов осуществлялась количественными методами – сравнительным и корреляционным анализом, вычислением критерия хи-квадрат и качественным методом типологизации.

Исследование проводилось в 2006 г. на базе двух школ г. Кемерово. Первоначальный объем выборки составил 122 ученика из 5 классов начальной школы, но с целью снижения влияния побочных эффектов (наличие неврологического, психиатрического диагноза, неуточненный статус) в экспериментальную выборку было включено 100 человек.

На первом этапе эксперимента выборка была разделена на две группы – экспериментальную, в которую вошли дети с ММД, и контрольную, которую составили дети без ММД. Экспериментальная группа была сформирована на основании сопоставления результатов по методике Тулуз-Пьерона и данных школьных медицинских карт о наличии ММД. В группу вошли 15 человек – 8 мальчиков и 7 девочек, средний возраст которых составил 9,8 года. В свою очередь, экспериментальная группа была разделена на две подгруппы на основании выявленного типа ММД – 8 детей составили подгруппу с преобладанием процесса возбуждения, 7 – с преобладани-

ем процесса торможения. В контрольную группу были включены 85 детей – 47 мальчиков, 38 девочек, со средним показателем возраста 9,7 года.

На втором этапе исследования и в экспериментальной и в контрольной группе были проведены измерения школьной тревожности по методике Филлипса, личностного профиля по методике Р. Кеттелла, уровня учебной мотивации и социометрического статуса с вычислением положительных и отрицательных индексов социометрического статуса по четырем критериям. Для оценивания продуктивности учебной деятельности использовался средний балл успеваемости по двенадцати школьным предметам. Также учитывалась и оценка за поведение как показатель освоения ребенком социальной роли ученика. Полученные на данном этапе результаты были подвергнуты статистическому анализу.

Сравнительный анализ результатов по t-критерию Стьюдента проводился при стандартизации выборки по признаку наличия ММД с помощью метода математического моделирования групп и выявил достоверно значимые различия между экспериментальной и контрольной группой по следующим показателям: по фактору В опросника Кеттелла ($t = -3,64$; $p = 0,0004$), по общему положительному индексу социометрического статуса ($t = -2,4$; $p = 0,1694$), по успеваемости ($t = -5,02$; $p = 0,000002$), по поведению ($t = -3,09$; $p = 0,0024$), по фактору тревоги в ситуации проверки знаний ($t = -3,05$; $p = 0,0027$), по компоненту субъективного предпочтения предметов в структуре учебной мотивации ($t = -2,03$; $p = 0,0444$). Таким образом, дети с ММД по сравнению с детьми без ММД в меньшей степени испытывают страх в ситуации проверки знаний, занимают менее статусную позицию в классной группе, а также отличаются проблемным поведением, низкой степенью сформированности интеллектуальных функций (4,53 против 6,58) и, соответственно, более низкими показателями успеваемости (4,23 против 4,53). Три последние характеристики детей с ММД обусловлены, на наш взгляд, их первичным дефектом. При этом стоит заметить, что в целом показатель уровня развития вербального интеллекта у детей экспериментальной группы приближается к средним показателям стеновой нормы для данной возрастной группы и может быть интерпретирован как «слегка отклоняющийся» в сторону снижения. Показатели успеваемости детей экспериментальной группы в целом говорят о продуктивности учебной деятельности. Но структура мотивации учебной деятельности у детей с ММД отличается несформированностью познавательных интересов и неготовностью выделять предпочитаемые, или, как говорят дети, «любимые» учебные дисциплины.

Далее и в экспериментальной и в контрольной группе с целью выявления силы связи изучаемых параметров был подсчитан коэффициент линейной

корреляции по Пирсону (r). В каждой группе в общей сложности оценивалось 55 параметров, но в первую очередь показатели учебной мотивации, школьной тревожности, фрустрационной напряженности, неуверенности в себе, личностной тревожности, общего положительного социометрического статуса в группе. По результатам корреляционного анализа в экспериментальной группе были выявлены следующие взаимосвязи (при $p < 0,05$):

1. Обратная связь уровня мотивации с уровнем школьной тревожности ($r = -0,72$), с фактором обще-школьной тревожности ($r = -0,46$) и с фактором фрустрированной потребности в достижении успеха по методике Филлипса ($r = -0,67$), а также прямая связь с показателями школьной успеваемости ($r = 0,54$) и оценкой поведения ($r = 0,44$). Можно предположить, что уровень мотивации во многом определяет успешность обучения и нормативность поведения детей с ММД за счет отрицательной взаимосвязи с уровнем школьной тревожности через фрустрированную потребность в достижении и общешкольную тревожность.

2. Обратная связь уровня школьной тревожности с фактором А ($r = -0,46$) и прямая с фактором D по методике Кеттелла ($r = 0,47$), а также обратная с типом ММД ($r = -0,43$). То есть высокий уровень школьной тревожности может быть обусловлен сизотомией и при этом возбудимостью, а также типом ММД с преобладанием возбуждения.

3. Между фактором С по методике Кеттелла и индивидуальными индексами социометрического статуса – с общим отрицательным индексом социометрического статуса ($r = 0,55$), отрицательным индексом статуса в области досуга ($r = 0,49$), с отрицательным индексом статуса в деловых отношениях ($r = 0,52$). Дети с ММД отличаются неуверенностью в себе в связи с низким статусом во многих сферах внутригруппового взаимодействия, либо их низкий статус связан с присутствующей им излишней самоуверенностью.

4. Обратная связь фактора Q4 по методике Кеттелла с фактором Q3 ($r = -0,62$) и с оценкой поведения ($r = -0,48$), а также прямая связь с фактором Е ($r = 0,48$), с уровнем школьной тревожности по методике Филлипса ($r = 0,43$) и с общим отрицательным индексом социометрического статуса ($r = 0,54$). Выраженное фрустрационное напряжение более свойственно детям с ММД с нарушенным самоконтролем и соответственно с порицаемым поведением, а также послушным, низкостатусным детям с выраженной тревожностью.

Выявлены положительные связи общего социометрического статуса с факторами Н ($r = 0,64$) и I ($r = 0,44$), а также с положительными индексами социометрического статуса по четырем критериям – в деловых отношениях, по организаторским качествам, по участию в общественной работе и в области досуга (соответственно $r = 0,5$; $r = 0,93$; $r = 0,85$; $r = 0,95$). Индекс положи-

тельного социометрического статуса детей с ММД определяется, прежде всего, их способностью к организаторской деятельности и особенностями взаимодействия в сфере неформальных отношений, а также такими личностными чертами, как социальная смелость и доминантность.

Корреляционный анализ в контрольной группе выявил, как и в экспериментальной группе, отрицательную корреляцию уровня мотивации и уровня школьной тревожности по методике Филлипса, а также связь между общим положительным статусом и фактором Н по методике Кеттелла. В отличие от экспериментальной группы, в контрольной группе выявлены множественные положительные и отрицательные связи уровня учебной мотивации, уровня школьной тревожности с факторами по тесту Кеттелла. Фактор Q4 по методике Кеттелла прямо коррелирует с фактором О и обратно с фактором С (соответственно $r = 0,41$; $r = -0,29$), что говорит о связи выраженной фрустрационной напряженности у детей контрольной группы с их высокой тревожностью и неуверенностью в себе. Общий положительный индекс социометрического статуса прямо связан с успеваемостью и оценкой поведения и обратно – с уровнем школьной тревожности по методике Филлипса (соответственно $r = 0,5$; $r = 0,5$; $r = -0,21$). Таким образом, можно предположить, что в сравнении с детьми с ММД более высокий статус в классе у детей без ММД поддерживается их успехами в обучении, нормативным поведением и низкой выраженностью школьной тревожности.

Согласно методологии нашего исследования, ведущую регулирующую роль в адаптации к учебной деятельности играет уровень психической адаптации, показателями которого являются фрустрационная напряженность потребностей и тревога. Достоверных различий по показателям фрустрации и школьной тревожности между экспериментальной и контрольной группами не выявлено. На основании сопоставления высокой и низкой степени выраженности двух выше-названных критериев качественным методом типологизации с расчетом критерия хи-квадрат мы можем сделать вывод о частоте встречаемости типов психической регуляции в экспериментальной и контрольной группах: первый тип регуляции характеризуется выраженностью фрустрационной напряженности и высоким уровнем школьной тревожности – распределение соответственно 30% в экспериментальной группе против 37,5% в контрольной; второй тип регуляции отличается сочетанием выраженной фрустрационной напряженности и низкого уровня школьной тревожности – соответственно 40% в экспериментальной и 2,7% в контрольной группе; третий тип регуляции характеризуется сочетанием низкого уровня школьной тревожности и фрустрационной напряженности – соответственно 10% в экспериментальной и 41,6% в кон-

трольной; четвертый тип характеризуется высоким уровнем школьной тревожности и низкой фрустрационной напряженностью – 20% в экспериментальной группе и 18,05% в контрольной. Таким образом, в экспериментальной группе преобладает второй тип психической регуляции, а в контрольной группе – третий.

На основании данных, полученных в исследовании, можно сделать следующие выводы.

1. Младшие школьники с ММД по сравнению с детьми без ММД обладают достоверно более низким уровнем развития вербального интеллекта, а соответственно меньшей продуктивностью в учебной деятельности, что так же, как и более выраженная ненормативность в поведении, связано со структурой их первичного дефекта.

2. В показателях уровня школьной тревожности и фрустрационной напряженности между экспериментальной и контрольной группами достоверных различий не выявлено. Следовательно, независимо от различий в показателях успеваемости, поведения, статуса фрустрационная напряженность и школьная

тревожность могут расцениваться как плата за эффективность адаптационного процесса как у детей с ММД, так и у детей без ММД.

3. У детей с ММД ведущий тип регуляции адаптационным процессом на психическом уровне проявляется как сочетание выраженной фрустрационной напряженности и низкого уровня школьной тревожности, а наименее вероятный тип регуляции характеризуется сочетанием низкой школьной тревожности и фрустрационной напряженности.

4. Внутригрупповые корреляции и показатель критерия хи-квадрат позволяют рассматривать выраженную фрустрационную напряженность в качестве определяющего компонента адаптации к учебной деятельности у детей с ММД, тогда как у детей без ММД подобную роль играет уровень школьной тревожности.

5. Полученные эмпирические данные могут использоваться в психолого-педагогическом сопровождении процесса адаптации младших школьников с ММД к учебной деятельности.

Литература

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Мاستюкова Е.М. Минимальная мозговая дисфункция у детей (неврологический аспект) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1978. Т. 78, № 10. С. 1441–1446.
2. Бадалян Л.О. Невропатология. М.: Академия, 2000. 384 с.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 270 с.
4. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или Все о гиперактивных детях. М.: Изд-во института психотерапии, 2001. 96 с.
5. Выготский Л.С. Дефектология: Собрание сочинений. М., 1983. Т. 5.
6. Заводенко Н.Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей // Мир психологии. 2002. № 3. С. 196–208.
7. Заводенко Н.Н., Петрухин Н.Г., Манелис Н.Г. Школьная дезадаптация: психоневрологическое и нейропсихологическое исследование // Вопросы психологии. 1999. № 4. С. 21–28.
8. Залевский Г.В. Фиксированные формы поведения индивидуальных и групповых систем (в культуре, образовании, науке, норме и патологии). Москва; Томск: Томский государственный университет, 2004. 464 с.
9. Левина И.Л. Школьная адаптация и ее нарушения. Новокузнецк: ИПК, 2002. 142 с.
10. Современные подходы к диагностике и лечению минимальных мозговых дисфункций у детей: Методические рекомендации / Под ред. Н.Н. Заводенко. М.: РКИ Северо-пресс, 2002. 40 с.
11. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. М.: Медицина, 1986.
12. Фельдштейн Д.И. Приоритетные направления развития психологических исследований в области образования и самообразования современного человека // Вопросы психологии. 2003. № 6. С. 7–16.
13. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. № 9. С. 4–8.
14. Шарапановская Е.В. Воспитание и обучение детей с ММД и ПШОП. М.: ТЦ Сфера, 2005. 96 с.
15. Яницкий М.С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики: Учеб. пособие. Кемерово: Кемеровский государственный университет, 1999. 84 с.
16. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. СПб.: Иматон, 1997. 80 с.
17. Barkley R.A. Attention deficit hyperactivity disorder // Mash E. J. & Barkley R.A. Child Psychopathology (2nd ed.) N. Y.: Guilford Press, 2003.
18. Резолюция 1-го форума «Охрана здоровья детей в России» [Электронный ресурс]. <http://www.vnimanie.org/forum/resolution.html>

THE PECULIARITY OF ADAPTATION OF YOUNGER PUPILS WITH MINIMAL BRAIN DYSFUNCTIONS TO STUDY ACTIVITY

E.V. Grigoryeva (Kemerovo)

Summary. Main approaches of study minimal brain dysfunctions are discussed. The methodology and results of empirical study of adaptation of younger pupils with minimal brain dysfunctions to study activity are presented.

Key words: minimal brain dysfunction, attention deficit/hyperactivity disorder, adaptation.