

средой, при этом акцентируется роль внешнего целенаправленного воздействия на ученика, с помощью которого ребёнку с особенными потребностями пытаются привить определённые черты и свойства. Социализация же рассматривается и как социально контролируемый процесс целенаправленного воздействия на личность, и как стихийные, спонтанные, осуществляемые в различных целенаправленно организованных формах действия, через которые индивид вовлекается в культуру, историю своего края, становится полноправным членом общества, когда осуществляется своеобразный процесс самосовершенствования. К тому же в понятии «социализация» отмечается двустороннее взаимовлияние индивида и общества, в результате чего он не только обогащается общественным опытом, но и реализует себя как личность через общественно полезную деятельность, в том числе по отображению окружающей среды, адаптированной к себе. Социализация же ребёнка с нарушениями зрения имеет свою специфику, которая связана с особенностями социального окружения, школы и, одновременно, социальной активностью учащихся в повседневной жизни.

© Стасюк Л. П., 2016

Список цитируемых источников

1. Лукашевич М. П. Социализация. Воспитательные механизмы и технологии : учеб.-метод. пособие. М. : ИЗИН, 1998. 112 с.
2. Современный мир и незрячие: человек с инвалидностью в правовом государстве : материалы V Междунар. науч.-практ. конф. // Теория и практика тифлопедагогики. Информ. бюл. Всеукраин. обществ. организации «Ассоциация тифлопедагогов Украины». 2012. № 6.
3. Там же. С. 53—57.

Материал поступил в редакцию 01.02.2016 г.

УДК 159.922.7

В. Ф. Черник
БГПУ, Минск

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПРИОБРЕТЕНИЯ УЧЕБНЫХ НАВЫКОВ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ (НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ)

Введение. Будучи самостоятельным направлением, изучение нарушений способности к обучению и поведения детей бурно развивается [1]. Это обусловлено тем, что проблемы в обучении испытывает значительное количество школьников, что связано со слабой способностью к обучению, с сенсорным дефицитом (сниженное зрение, слух), плохой организацией учебного процесса (педагогическая запущенность, недостаточная мотивация обучения), повреждением мозга ребёнка, психическими дисфункциями. Группы школьников с нарушением приобретения учебных навыков являются объектом психолого-педагогического, нейропсихологического, физиологического и генетического исследования. У детей с проблемами в обучении резко увеличилось количество девиаций в поведении, в связи с чем возникает необходимость исследования и анализа причин данной закономерности и реализации коррекционных программ по их преодолению и предупреждению.

Основная часть. Основные факторы нарушения формирования учебных навыков у школьников: 1) недостаточная подготовленность к школе; 2) педагогическая запущенность; 3) хронические заболевания; 4) органическое повреждение мозга и нарушение

формирования отдельных психических функций; 5) отсутствие познавательной деятельности; 6) нарушения формирования школьных навыков; 7) психоэмоциональные расстройства; 8) двигательные нарушения и др.

Наличие в онтогенезе ребёнка минимальных органических повреждений мозга приводит к нарушению высших корковых функций (внимания, мышления, памяти, речи, приобретения навыков письма, чтения и др.). Хронические заболевания, аномалии зрения могут привести к задержке темпов созревания функциональных систем, задействованных в формировании учебных навыков школьника. Особое значение для успешной учебной деятельности имеет созревание нейрофизиологических функциональных систем, являющихся основой, на которой базируются высшие корковые процессы. Отставание темпов формирования функциональных систем также приводит к отсутствию устойчивых связей между теми функциональными системами, которые имеют отношение к учебной деятельности, что может стать причиной школьной неуспеваемости.

Нельзя исключить роль средовых, в том числе социальных, факторов в неуспеваемости детей. Среди них особенно следует отметить педагогическую запущенность, неправильную организацию учебных процессов.

В связи с тем, что проблемы в обучении имеет значительное число детей, педагогами и психологами должны быть изучены теоретические и практические аспекты выявления у детей нарушений способности к обучению. Современные школьники испытывают трудности в обучении по разным причинам, в первую очередь в связи с нарушением способности к обучению. Они могут испытывать трудности в обучении из-за плохого зрения, неправильного построения учебного процесса, недостаточной мотивации обучения, генетической неспособности к обучению, нарушения способности к обучению из-за повреждений мозга в пре- или постнатальном периоде.

Проблемы с обучением возникают у 7—15% школьников. Особую группу составляют дети только с нарушением способности к обучению. У них не нарушены умственные способности, не снижено зрение, развитие и воспитание протекает в обычных средовых условиях. Выделяют три группы детей с нарушениями способности к обучению: 1) дети, испытывающие трудности в приобретении навыков письма, чтения, счета и вычислений; 2) дети, у которых отмечается гиперактивность и дефицит внимания. Они в течение урока не могут выполнять задания и испытывают трудности в обучении. Вследствие нарушений поведения и дефицита внимания у них возникают проблемы в приобретении учебных навыков; 3) дети, у которых наблюдается нарушение памяти: моторной, зрительной, слуховой, логической [2].

Обнаружено множество различных причин, вызывающих трудности в обучении [3]. Например, нарушения чтения имеют неврологическую природу, что связано с недоразвитием угловой извилины (центр чтения). Аналогичное явление наблюдается при недоразвитии центра письма.

Неспособность к обучению часто имеет нейрофизиологическую природу и является следствием дисфункции центральной нервной системы, в частности её повышенной возбудимости, эмоциональности и снижения внимания. На электроэнцефлограмме фиксируются слабые изменения в разных участках мозга, и это даёт основание предполагать, что трудности обучения возникают чаще как следствие отклонений в развитии нейронов коры в пренатальном периоде и реже как результат органических повреждений мозга.

Трудности в обучении могут быть связаны с сенсорным дефицитом (например, дистрофические заболевания сетчатки глаз, сложная близорукость и др.), социальными проблемами, общей неспособностью к обучению и неблагоприятными внешними условиями (влияние психогенных факторов, например плохое отношение к ребёнку со стороны учеников или учителя).

Генетические исследования свидетельствуют о возможной роли наследственных факторов (генотипа) в возникновении общей неспособности к обучению. Данные по семейным исследованиям (братья, сёстры и родители детей с трудностями обучения) доказывают генетическую природу в нарушении приобретения учебных навыков [4].

Родственники детей с частыми ошибками письменной и устной речи, неспособностью решать математические задачи, заиканием и другими проблемами нередко имеют такие же нарушения. Исследования электроэнцефалограмм различных зон мозга показали наличие в области угловой извилины (теменной доли) во время вербальной нагрузки нарушения альфа-ритма, что связано с трудностями овладения чтением.

Определены виды нарушений приобретения учебных навыков. Дислексия — неспособность приобрести нормальные навыки чтения, а в ряде случаев и письма. Различают первичную, или специфическую, и органическую дислексию. Первичная, или специфическая, дислексия (специфическая задержка чтения) имеет генетическое происхождение и связана с тонкими дефектами нейронов соответствующей зоны коры. Без специального вмешательства этот вид дислексии остаётся постоянным. Органическая дислексия (общая отсталость в чтении) имеет неврологическую природу, так как является результатом повреждения групп нейронов (нейронных ансамблей) соответствующей зоны мозга ребёнка (после инфекционной болезни, патологических родов). Общая отсталость в чтении с одинаковой частотой встречается как у мальчиков, так и у девочек, а специфическая задержка чтения среди мальчиков встречается чаще. Дислексия сочетается с нарушением речи, произношения слов, правописания.

Основные симптомы дислексии следующие: замена букв, например *тевочка*, *одувантик*; наличие путаных букв, например читают *кот* как *ток*; побуквенное чтение, например *д-е-р-е-в-о*; искажение звуковой структуры, например *паровоз* как *парвоз*; пропуски букв, например, *скамейка* — *камейка*; перестановка звуков, например *канавка* — *канав*; спутанная ориентировка «вправо—влево»; спутанный порядок месяцев в году, дней недели и др.

К возрастным физиологическим факторам дислексии относят нарушение нормального процесса роста и созревания определённых зон мозга (отсюда — низкая концентрация внимания); особенности темперамента — импульсивность и отвлекаемость; к генетическим — нарушения чтения у некоторых членов семьи; к средовым факторам относят социальные (ограниченность общения и отсутствие культуры чтения в семье, психологический климат в школе).

По данным нейрофизиологических и неврологических исследований выделены две формы дислексии: дефицитарная и дислексия задержки нервного развития [5]. Дефицитарная дислексия возникает вследствие неправильной полушарной организации или аномального развития нейронов и контактов между нейронами. В этом случае имеет место связь дислексии с мозговыми дисфункциями. Дислексия задержки нервного развития вызвана замедленным созреванием мозга (структур мозга и нейронов различных зон коры, особенно лобных долей), нарушениями связей между зрительными и слуховыми зонами коры. Дислексия задержки нервного развития предполагает, что у ребёнка есть возможность развивать способность к чтению и в более позднем школьном возрасте.

Назовём виды нарушения письма. Исследованиями было показано, что среди детей с проблемами обучения 7% испытывают трудности с чтением и 5% — с письмом и счётом [6]. К нарушениям письма относят дисграфию, которая включает такие трудности, как неспособность копировать форму, соблюдать пропорции, выполнять даже простые чертежи, схематические изображения, в начальных классах даже правильно держать ручку. Некоторые дети с дисграфией могут писать правильно, но очень медленно. Поэтому считается, что нарушение тонкой моторики рук является основным симптомом при дисграфии. Другие дети плохо различают звуки в словах, поэтому они не могут понять, как изменение в звуковом составе меняет смысл слова, и делают ошибки при письме. Например, пишут *шар* вместо *жар*, или *ню* вместо *тью* и т. д. При письме путают чёрточки в буквах (*ц* — *ш*; *и* — *ш*) и др.

На основе наблюдений над семьями установлена генетическая обусловленность дислексии и дисграфии и возможность её сохранения в течение всей жизни. Есть доказательства того, что созревание мозга у детей с дислексией и дисграфией протекает замедленно или неправильно. Приобретённую неспособность к чтению и письменной речи

связывают с повреждениями нейронной структуры мозга, обычно в левой теменно-затылочной области. Частой причиной изменённой работы областей мозга, приводящей к дислексии и дисграфии у школьников, ученые считают гипоксию, возникшую до или во время рождения ребёнка, вызывающую диффузные повреждения ансамблей нейронов, которые могут проявляться в дошкольном и младшем школьном возрасте. При взрослении у школьника, страдающего дислексией или дисграфией, возникает множество проблем с общей успеваемостью, а также личностной, трудовой и социальной адаптацией. При дислексии и дисграфии с детьми необходима интенсивная коррекционная работа.

К нарушениям способности выполнения математических заданий относят дискалькулию — нарушение способности выполнить математические задания. Возникают трудности при выполнении арифметических операций, иногда даже при написании цифр и их чтении, выполнение действий в неправильной последовательности, трудности в оперировании цифрами при вычитании, сложении и др. Выделяют несколько форм дискалькулии: вербальная (неспособность называть математические знаки и понимать связь между ними); идеогностическая (неспособность понимать математические понятия, производить умственные вычисления); операциональная (неспособность выполнять математические операции). Причиной различных форм дискалькулии является нарушение математических способностей вследствие дисфункции в основном лобных отделах коры мозга, обеспечивающих развитие соответствующих возрасту математических способностей, без нарушения общих умственных способностей.

Для коррекции школьной неуспеваемости педагог должен обладать определённой суммой знаний, чтобы диагностировать у детей нарушения способности к обучению и поведения и построить стратегию коррекционной работы. Ему необходимо проконсультировать об этом родителей, которые, в свою очередь, совместно с детским психоневрологом, психологом должны выяснить, с какой патологией мозга может быть связана школьная неуспеваемость. В случае выраженной патологии нервной системы ребёнок нуждается в лечении. При соответствующей работе с ребёнком его состояние может быть компенсировано. Так, если имеют место средовые причины неуспеваемости в школе, то их можно устранить с помощью благополучной социальной ситуации развития ребёнка (отдых на природе, посещение театров, выставок, экскурсии, занятия физической культурой и др.). Наоборот, неблагоприятная средовая ситуация развития может привести к усугублению имеющихся отклонений. При наличии неблагоприятного социального фактора необходимо ребёнка поместить в оздоровительный лагерь и др.

Нарушениям приобретения учебных навыков часто сопутствуют девиации поведения школьников. Среди многообразия нарушений поведения у младших школьников следует отметить наиболее распространённые: гиперактивность и дефицит внимания, тики, фобии, негативизм, нарушения пищевого поведения.

Гиперактивность и дефицит внимания, или гиперактивное расстройство с дефицитом внимания (далее — ГР и ДВ), — наиболее широко распространённая форма нарушения поведения детей, проявляющаяся в виде двигательной расторможенности. Современные школьники ведут себя часто импульсивно, у них недостаточно развита мелкая моторика, а внимание ослаблено. Дефицит внимания проявляется в неспособности сосредоточиться на изучаемом материале в течение определённого времени, ГР и ДВ взаимно дополняют друг друга и связаны с нарушением нервных центров регуляции психических функций. По данным неврологических исследований, гиперактивность и симптомы нарушения внимания могут быть связаны с лёгким поражением мозга в перинатальном периоде или с минимальными мозговыми дисфункциями. Симптомы гиперактивности проявляются уже в первые два года жизни в виде чрезмерной двигательной активности. Ребёнок раньше начинает ходить, забирается в различные места, ёрзает, хватает предметы руками, а затем их отбрасывает. В классах общеобразовательной школы количество детей с такими нарушениями может достигать до 30%. Они часто отвлекаются и выключаются из учебного процесса. У них наблюдается задержанное развитие моторики и её несоответствие возрастным нормам. Отмечаются нарушение плавности движений,

замедленность их выполнения, трудности при переключении с одного вида деятельности на другой, расстройства в приобретении школьных навыков при расширении или углублении учебной программы, недостаточная ориентировка в восприятии условия математической задачи и в её решении и др. Кроме того, выражена недостаточность функциональной системы, отвечающей за организацию активной учебной деятельности в соответствии с поставленной задачей, поддерживающей внимание и тормозящей импульсивное поведение.

Для постановки диагноза ГР и ДВ используют три группы симптомов: 1) невнимательность; 2) гиперактивность и импульсивность; 3) недостаточные адаптационные возможности в ученическом коллективе. Характерно снижение тормозящего влияния коры на подкорковые образования, что приводит к увеличению двигательной активности. Некоторые исследователи рассматривают гиперактивность как незаконченность развития коры головного мозга, проявляющуюся в виде психомоторного беспокойства [7]. Первые симптомы таких нарушений поведения обнаруживаются с 3 до 7 лет, максимально же они проявляются в 6—7-х классах. Выражаются импульсивность, дисциплинарные нарушения: дети могут ходить по классу и не соблюдать многих других правил поведения в школе. К 8—9-му классу симптомы могут уменьшиться или исчезнуть. В изменённой форме возникшие в детстве сдвиги поведения могут сопровождать человека в течение жизни.

К специфическим симптомам ГР и ДВ следует отнести сверхчувствительность к раздражителям, пониженное чувство страха, нарушенное чувство дистанции при общении. Отдельные умственные способности могут быть ослаблены. Высокая отвлекаемость во время занятий мешает ребёнку концентрировать внимание при выполнении заданий дома и в школе. В коре головного мозга преобладает иррадиация возбуждения. Следует подчеркнуть ослабление тормозящего влияния коры на подкорковые структуры и, как следствие, избыточную двигательную активность. Поэтому гиперактивных детей с дефицитом внимания физиологи относят к подкорковым.

Следует отметить множество причин подобных нарушений: органическое повреждение мозга, наследственность, влияние никотина и алкоголя на эмбрион, плод, скудное питание, неблагоприятные условия для протекания беременности и др.

Выделяют несколько принципов общей коррекционной работы с детьми при нарушении приобретения учебных навыков. Прежде всего — опора на индивидуально-личностные особенности ребёнка. В коррекционной работе при организации форм деятельности должны учитываться индивидуальные особенности ребёнка, развитие его эмоционально-волевой сферы, темперамент, характер. При незрелости мотивационной сферы нужны дополнительные усилия педагога по формированию нужной мотивации, интереса к занятиям. При этом желательно сохранить старые формы деятельности, которые позволят временно перевести пострадавшую функцию на доступный для ребёнка уровень. Второй принцип — опора на предметную деятельность и её организацию. Усвоение материала, развитие умений и навыков должно осуществляться на основе методически грамотно построенной предметной деятельности школьника. К третьему принципу относим разработку коррекционных программ обучения. Программа служит средством управления развитием и представляет собой определённую последовательность операций, выполнение которых способствует формированию высших психических функций (речь, память, восприятие, внимание, зрительно-конструктивная деятельность и др.). Коррекционные программы должны быть составлены с учётом индивидуальных особенностей ребёнка или небольшой группы детей, имеющих одну и ту же нарушенную функцию. Ребёнком должны многократно повторяться упражнения, предусмотренные программой для закрепления навыка. Коррекционно-развивающее обучение необходимо организовывать с учётом четвёртого принципа — от простого к сложному. Следующий принцип использования игровой деятельности. Игра является ведущей деятельностью не только в дошкольном возрасте, но и у школьников. Поскольку во время игры в обучающий и коррекционно-развивающий процесс включаются эмоциональная

сфера ребёнка, взаимодействия детей, то и легче усваиваются и закрепляются учебные знания, развивается эмоциональная сфера. И наконец — эмоциональный контакт с ребёнком. Эмоциональное подкрепление предметной деятельности повышает активность работы мозга и работоспособность детей.

Можно выделить три основных этапа коррекционной работы с детьми, имеющими нарушения приобретения учебных навыков: диагностический, установочный, коррекционный. На диагностическом этапе на основе данных наблюдения, тестирования психического развития проводится анализ функционирования мозга, развития высших корковых функций, разрабатывается индивидуальная для ребёнка коррекционная программа. На установочном этапе ребёнку и его родителям даётся установка на коррекционную работу, включающую снятие импульсивности, отклонений поведения, на доступном уровне объясняется смысл упражнений и заданий, которые должен выполнить ребёнок, а также консультаций детского психоневролога, устанавливается эмоциональный контакт с ребёнком и родителями. На коррекционном этапе осуществляется коррекционная работа в соответствии с методиками коррекционно-развивающего обучения [8].

Заключение. В связи с вышеизложенным актуальным является разрешение следующих практических задач: 1) выявление детей с субклинической формой отклонений в развитии высших корковых функций, нуждающихся в педагогической помощи приобретения учебных навыков, а также в помощи логопеда, детского психоневролога, нейропсихолога и в профилактике перехода нарушений в клиническую форму; 2) поиск и учёт при организации жизнедеятельности ребёнка основных факторов, вызвавших отклонения в развитии высших корковых функций. Для решения данных задач необходимо проводить соответствующие наблюдения и исследования, в частности, анализ и оценку симптомов нарушения высших функций коры. Обнаруживаемые педагогом речевой дефицит, нарушения письма и выполнения школьником арифметических заданий, наличие гиперактивности и пониженного внимания свидетельствуют о необходимости проведения синдромного анализа. Такое исследование позволяет установить связь данного нарушения высшей корковой функции с работой той или иной мозговой зоны и соотнести его с тем или иным известным в науке мозговым синдромом, вызывающим нарушения приобретения учебных навыков. Далее детям с нарушениями высших корковых функций потребуется помощь узких специалистов (детского психоневролога, психотерапевта, логопеда и др.). Известен также сравнительный метод, который предполагает сравнение результатов обследования ребёнка со средними данными одновозрастной группы детей.

Выявление различных нарушений приобретения учебных навыков требует нейропсихологической подготовки школьных психологов и педагогов.

© Черник В. Ф., 2016

Список цитируемых источников

1. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. М. : 1985. С. 27—34 ; Микадзе Ю. В.: 1) Нейропсихологическая диагностика способности к обучению. Вестник МГУ. Сер. 14. Психология, 1996. № 2. С. 46—50 ; 2) Нейропсихология детского возраста. СПб. : Питер, 2014. 288 с. ; Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М. : Академия, 2002. 232 с.
2. Микадзе Ю. В. Нейропсихологическая диагностика способности к обучению. С. 46—50.
3. Лебединский В. В. Указ. соч. С. 27—34 ; Микадзе Ю. В.: 1) Нейропсихологическая диагностика способности к обучению. С. 46—50 ; 2) Нейропсихология детского возраста. 288 с.
4. Лебединский В. В. Указ. соч. С. 27—34 ; Микадзе Ю. В. Нейропсихологическая диагностика способности к обучению. С. 46—50.
5. Микадзе Ю. В. Нейропсихология детского возраста. 288 с. ; Семенович А. В. Указ. соч. 232 с.
6. Микадзе Ю. В. Нейропсихологическая диагностика способности к обучению. С. 46—50.
7. Там же.
8. Микадзе Ю. В. Нейропсихология детского возраста. С. 152—198 ; Семенович А. В. Указ. соч. С. 212—230.

Материал поступил в редакцию 01.02.2016 г.