

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОРРЕКЦИОННЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

**В.Ф. Черник**

БГПУ (г. Минск)

**Введение.** Как самостоятельное направление нейропсихологии изучение нарушений способности к обучению и нарушений поведения детей бурно развивается [1–6]. Это обусловлено тем, что проблемы в обучении испытывает значительный процент школьников, что связано со слабой способностью к обучению, с сенсорным дефицитом (сниженное зрение, слух), плохой организацией учебного процесса (педагогическая запущенность, недостаточной мотивацией обучения), повреждением мозга ребенка, психическими дисфункциями. Группы школьников с нарушением приобретения учебных навыков являются объектом психолого-педагогического, нейропсихологического, физиологического, психоневрологического и генетического исследования. У детей с проблемами в обучении резко увеличилось количество девиаций (отклонений) в поведении, в связи с чем возникает необходимость исследования и анализа причин этих нарушений и реализации коррекционных программ по их преодолению и предупреждению. Исследование включает детальное обследование высших психических функций: общий интеллект, приобретение школьных навыков, речевые процессы и особенности речи, зрительно-пространственные, зрительно-вербальные функции, сенсорные и моторные функции, внимание, память, научение (способность к обучению), абстрактное мышление, обследование психосоциальных условий жизни ребенка, выявление большинства факторов, вызвавших нарушение.

**Основная часть***.*

У детей наиболее распространены следующие нарушения психического развития: 1. – Речевой дефицит (детская дисфазия); 2. – Пролонгированные нарушения психического развития.

*Речевой дефицит (детская дисфазия).* В постнатальном онтогенезе может возникнуть речевой дефицит, в основе которого лежат нарушения, возникшие еще в пренатальном периоде. Речевой дефицит отличается от афазии отсутствием повреждений корковых речевых центров. Речевой дефицит включает следующие расстройства развития речи: детскую дисфазию, задержанное речевое развитие и др. Дисфазия является частью клинической картины задержки психомотрного развития, поскольку это расстройство развития речи сопровождается нарушением речедвигательной системы. Дети с дисфазией молчаливы, замкнуты, несмелы, разговаривают короткими предложениями. Ведущим симптомом этого нарушения развития ребенка является затрудненное озвучивание мыслей, чувств, следов памяти, наблюдаемых явлений. Дети с дисфазией для формулирования мысли часто не находят нужных слов. Сверстники их сторонятся из-за потери коммуникативной способности.

Различают также *пролонгированные нарушения психического развития* в детском возрасте. К ним относят[2]: минимальные мозговые дисфункции (отставание в развитии), задержка психического развития, неспособность к обучению (в детском возрасте – трудности при изучении букв, овладении чтением, счетом). гиперактивность и дефицит внимания, аутистическое расстройство.

*Минимальные мозговые дисфункции (ММД).* Минимальные мозговые дисфункции рассматриваются как последствия ранних локальных повреждений головного мозга, симптомом которых являются асинхронии (незрелость отдельных высших корковых функций ребенка). Термин «минимальная мозговая дисфункция» используется в том случае, когда функциональные последствия поражения мозга ребенка очевидны, но структурные изменения не выявлены с помощью современных методов исследования, таких как магнитный резонанс (МРТ), компьютерная томография (КТ), электроэнцефалография (ЭЭГ) и др. и поэтому явных доказательств поражения мозга нет.

Выделены две группы нарушений психического развития и поведения, которые обусловлены минимальными мозговыми дисфункциями – ММД [2, c.14]: 1) нарушения развития ребенка (расстройства развития речи, расстройства развития учебных навыков школьника, расстройства развития моторики); 2) поведенческие и эмоциональные расстройства детского возраста.

Минимальные мозговые дисфункции могут быть связаны с поражением различных зон коры мозга, обусловливающих задержку развития таких психофизиологических процессов, как память, внимание, восприятие, аналитико-синтетическая деятельность. Основными симптомами ММД являются отставания в развитии отдельных психических функций, например: ослабление внимания, нарушения восприятия, зрительно-вербальных функций, трудности приобретения учебных навыков, нарушения эмоций и поведенческие нарушения. Следует отметить роль средовых факторов в нарушениях психического развития при наличии ММД.

*Синдром задержанного и нарушенного развития* проявляется в виде задержки психического развития (ЗПР). Среди множества факторов нарушений психического развития следует выделить две группы: 1) биологические и 2) средовые (в частности, социального характера. Термин «*задержка психического развития*» применяют в отношении тех детей, которые не имеют умственной отсталости, глубоких нарушений сенсорных систем и нервной системы, но при этом отстают в развитии психики от своих сверстников, плохо успевают в школе, имеют проблемы в поведении и здоровье. Различают два клинических варианта ЗПР: 1) обусловленные остаточными проявлениями органического повреждения мозга и функциональной незрелостью нервной системы; 2) обусловленные педагогической запущенностью, отсутствием реализации потенциальных способностей к обучению и развитию личности. Задержанное развитие может иметь временный, обратимый характер.

*Нарушения формирования учебных навыков у школьников*

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 ребенка 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.

*Группы детей, имеющих проблемы в обучении*

 В связи с тем, что проблемы в обучении имеет значительный процент 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 и в первую очередь в связи с нарушением способности к обучению. Они могут испытывать трудности в обучении из-за плохого зрения, в связи с неправильным построением учебного процесса, недостаточной мотивацией обучения, генетической неспособностью к обучению, нарушением способности к обучению из-за повреждений мозга в пре- или постнатальном периоде.

Проблемы с обучением возникают у 7–15 % школьников (70–150 детей/1000 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 [2]. *Первая группа* – дети, испытывающие трудности в приобретении навыков письма, чтения, счета и вычислений. *Вторая группа* – дети, у которых отмечается гиперактивность и дефицит внимания. Они в течение урока не могут выполнять задания и испытывают трудности в обучении. Таким образом, вследствие нарушений поведения и дефицита внимания возникают у них нарушения приобретения учебных навыков. *Третья группа* неуспевающих школьников – дети, у которых наблюдается нарушение памяти: моторной, зрительной, слуховой, логической.

*Исследование причин приобретения учебных навыков и поведения*

Обнаружено множество различных причин, вызывающих трудности обучения [2, 3]. Установлено, что 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 являются следствием дисфункции центральной нервной системы, в частности ее повышенной возбудимости, эмоциональности и снижения внимания. На ЭЭГ фиксируются слабые изменения в разных участках мозга, и это дает 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 отношения к ребенку 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, сестры и родители детей с трудностями обучения) доказывают генетическую природу в нарушении приобретения учебных навыков [1, 2]. Родственники детей с частыми ошибками письменной и устной речи, неспособностью решать математические задачи, заиканием и т.д. нередко имеют такие же нарушения.

Исследования электроэнцефалограмм различных зон мозга показали, наличие в области угловой извилины (теменная доля) во время вербальной нагрузки нарушения альфа-ритма, что связано с трудностями овладения чтением.

*Виды нарушений приобретения учебных навыков*

*Дислексия* – неспособность приобрести нормальные навыки чтения и 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 (центр чтения). Без специального вмешательства этот вид дислексии остается постоянным. Органическая дислексия (общая отсталость в чтении) имеет неврологическую природу, так как является результатом повреждения групп нейронов (нейронных ансамблей) соответствующей зоны мозга ребенка, например 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: 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 *канава – кавана*; 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 определенных зон мозга и отсюда низкая концентрация внимания; особенности темперамента – импульсивность и отвлекаемость; к генетическим – нарушения чтения у некоторых членов семьи; к средовым факторам относят социальные (ограниченность общения в семье, 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* [2–4]. Дефицитарнаядислексия 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 ребенка есть возможность развивать способность к чтению и в более позднем школьном возрасте.

*Нарушения письма*

Исследованиями было показано, что среди детей с проблемами обучения 7 % испытывают трудности при чтении и 5 % –с письмом и счетом [2].

Нарушения письма – дисграфия. *Дисграфия* 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 моментом при дисграфии. Другие дети плохо различают звуки в словах, поэтому они не могут понять, как изменение в звуковом составе меняют смысл слова и делают ошибки при письме. Например, пишут шар вместо жар, или пю вместо пью и т.д. При письме путают черточки в буквах ц – щ; и –ш и др.

На основе наблюдений над семьями установлена генетическая обусловленность дислексии и дисграфии и возможность ее сохранения в течение всей жизни. Есть доказательства того, что созревание мозга у детей с дислексией и дисграфией протекает замедленно, или неправильно. Приобретенную неспособность к чтению и письменной речи связывают с повреждениями нейронной структуры мозга, обычно в левой теменно-затылочной области. Частой причиной измененной работы областей мозга, приводящей к дислексии и дисграфии у школьников, ученые считают гипоксию, возникшую до или во время рождения ребенка, 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.

*Нарушения способности выполнения математических заданий.*

*Дискалькулия* – 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 отделов коры мозга, обеспечивающих развитие соответствующих возрасту математических способностей, без нарушения общих умственных способностей.

*Способы коррекции школьной неуспеваемости*

Педагог должен обладать определенной 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 ребенок нуждается в лечении. При соответствующей работе с ребенком его состояние может быть компенсировано. Так, если имеют место средовые причины неуспеваемости в школе, то их можно устранить с помощью благополучной социальной ситуации развития ребенка (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 ребенка поместить в оздоровительный лагерь и др.

*Нарушения приобретения учебных навыков и девиации поведения младших школьников.*

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

Гиперактивность и дефицит внимания, или гиперактивноерастройство с дефицитом внимания (ГР и ДВ) – наиболее широко распространенная форма нарушения поведения детей, проявляющаяся в виде двигательной расторможенности. Современные школьники ведут себя часто импульсивно, у них недостаточно развита мелкая моторика, а внимание ослаблено.

Гиперактивность – это чрезмерная активность, импульсивность ребенка или подростка. Дефицит внимания – это неспособность сосредоточиться на изучаемом материале в течение определенного времени. Гиперактивность и дефицит внимания 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 легким поражением мозга в перинатальном периоде, или с минимальными мозговыми дисфункциями. Симптомы гиперактивности проявляются уже в первые два года жизни в виде чрезмерной двигательной активности. Ребенок раньше начинает ходить, забирается в различные места, ерзает, хватает предметы руками, а затем их отбрасывает (бесцельная моторная активность).

За гиперактивнымидетьми необходимо постоянное наблюдение. В классах общеобразовательной школы количество детей с такими нарушениями может доходить до 30 %. Они часто отвлекаются и выключаются из учебного процесса. У них наблюдается задержанное развитие моторики и ее 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 ее 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 две 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 [2] рассматривают гиперактивность как незаконченность развития коры головного мозга, проявляющуюся в виде психомоторного беспокойства. Первые симптомы таких нарушений поведения проявляются с 3 до 7 лет, максимально же они проявляются в 6–7 классах. Проявляются импульсивность, дисциплинарные нарушения: дети могут ходить по классу и не соблюдать многих других правил поведения в школе. К 8–9 классу они могут уменьшиться или исчезнуть. В измененной форме возникшие в детстве сдвиги поведения могут сопровождать человека в течение жизни.

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.

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 ребенку 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.

*Аутистическое расстройство в детском возрасте.* Под термином «аутизм» понимают отсутствие у человека социальных взаимодействий. Ранний детский аутизм (РДА), или синдром Каннера встречается с частотой 1/1000 детей и проявляется в отсутствии речевого и эмоционального контакта с окружающими, патологической привязанностью к отдельным предметам. При отсутствии полного набора признаков РДА говорят об аутистических особенностях школьника. Частота встречаемости детей в школьном возрасте с такими особенностями составляет примерно 1%. Аутистическое расстройство проявляется дефицитом психического развития: нарушением коммуникативной сферы, социальной изолированностью, нарушением воображения. Вследствие этого возможно отставание в интеллектуальном развитии.

Наряду с синдромом Каннера, выделяют *аутистическую психопатию*, проявляющуюся в эмоциональной замкнутости и самоизоляции при среднем или высоком уровне интеллекта. Кроме того выделяют аутистическое поведение, когда отмечают наличие аутистических черт, но не самого синдрома. Дети с аутистическим поведением нередко встречаются в общеобразовательных школах, в связи с чем к ним необходимы личностно-ориентированный подход, знание основ нейропсихологии, психогигиены, психопатологии.

*Основные принципы коррекционной работы с детьми, имеющими нарушения приобретения школьных навыков*

Выделяют несколько принципов общей коррекционной работы с детьми при нарушении приобретения учебных навыков.

*Первый принцип* – опора на индивидуально-личностные особенности ребенка. В коррекционной работе при организации форм деятельности должны учитываться индивидуальные особенности ребенка, 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 ребенка уровень. *Второй принцип* – опора на предметную деятельность и ее организацию. Усвоение материала, развитие умений и навыков должно осуществляться на основе методически грамотно построенной предметной деятельности школьника. *Третий принцип* – разработка коррекционных программ обучения. Программа служит средством управления развитием и представляет собой определенную последовательность операций, выполнение которых способствует формированию высших психических функций (речь, память, восприятие, внимание, зрительно-конструктивная деятельность и др.). Коррекционные программы должны быть составлены с учетом индивидуальных особенностей ребенка или небольшой группы детей, имеющих одну и ту же нарушенную функцию. Ребенком должны многократно повторяться упражнения, предусмотренные программой для закрепления навыка. Коррекционно-развивающее обучение необходимо организовывать с учетом *четвертого принципа* – от простого к сложному. *Пятый принцип* – использование игровой деятельности. Игра – ведущая деятельность не только в дошкольном учреждении образования, но и в школе. Поскольку во время игры в обучающий и коррекционно-развивающий процесс включаются эмоциональная сфера ребенка, взаимодействия детей, то и легче усваивается и закрепляется программа, развивается эмоциональная сфера. *Шестой принцип* – эмоциональный контакт с ребенком. Эмоциональное подкрепление предметной деятельности повышает активность работы мозга и работоспособность детей.

*Этапы коррекционной работы с детьми, имеющими нарушения приобретения учебных навыков.* Можно выделить три основных этапа коррекционной работы: диагностический, установочный, коррекционный. *На диагностическом этапе* на основе данных наблюдения, тестирования психического развития проводится анализ функционирования мозга, развития высших корковых функций, разрабатывается коррекционная программа, индивидуальная для ребенка. *На установочном этапе ребенку* и его родителям дается установка на коррекционную работу, включающую снятие импульсивности, отклонений поведения, на доступном уровне объясняется смысл упражнений и заданий, которые должен выполнить ребенок, а также консультаций детского психоневролога, устанавливается эмоциональный контакт с ребенком и родителями. *На коррекционном этапе* осуществляется коррекционная работа в соответствии с методиками коррекционно-развивающего обучения [3, c. 152–198; 4, с. 212–230].

*Коррекционные программы нарушений психического развития детского возраста.* Среди научно-методических разработок следует отметить методику коррекционной работы А.В. Ахутиной и Н.М. Пылаевой [5], которая представляет собой *коррекционно-развивающую программу*, состоящую из учебно-игровых занятий для детей, испытывающих трудности в обучении.

Коррекционно-развивающая программа А.В. Семенович [4] предполагает, что воздействие на сенсомоторный уровень вызывает активизацию в развитии высших психических функций. Сенсомоторный уровень рассматривается как базовый для дальнейшего развития высших психических функций. В начале коррекционно-развивающего обучения применяются методы организации двигательной активности для активизации обменных процессов в мозге. Развитие базовых функций (зрительного восприятия, внимания, памяти, необходимых движений и др.) создает предпосылки для овладения чтением, письмом, математическими действиями и для волевой регуляции психической деятельности. Методика представляет собой трехуровневую систему: 1) уровень активации высших корковых процессов; 2) уровень сенсомоторного взаимодействия с внешним миром; 3) уровень произвольной регуляции внимания, поведения и др.

Коррекционно-развивающая программа Н.Я. Семаго и М.М. Семаго по формированию пространственных представлений [6], которая предполагает поэтапное формирование разных видов пространственных представлений: 1) уровень пространства собственного тела; 2) уровень расположения объектов по отношению к собственному телу; 3) взаимоотношения объектов между собой; 4) временные представления. Задания предлагаются в игровой форме с учетом возраста ребенка.

Таким образом, детям с нарушением психического развития требуется как медицинский, так и психолого-педагогический мониторинг. В связи со снижением уровня психического здоровья детей, особое значение приобретает дальнейшее исследование не только самих нарушений высших психических функций, но и совершенствование коррекционных образовательных программ для обучения детей с нарушениями психического развития.

**Заключение.** В связи с вышеизложенным актуальным является разрешение следующих практических задач. Первая– 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. Вторая– поиск и учет при организации жизнедеятельности ребенка основных факторов, вызвавших отклонения в развитии высших корковых функций. Для решения этих двух 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.). Применяется также сравнительный метод, который предполагает сравнение результатов обследования ребенка со средними данными одновозрастной группы детей.

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

**Список цитируемых источников**

1.Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М, 1985. – С.27–34.

2. Микадзе Ю.В. Нейропсихологическая диагностика способности к обучению. Вестник МГУ. Серия 14. Психология, 1996. – №2. – С.46–50.

3. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. С-Пб, 2014, 288 с.

4. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2002, 232 с

5. Ахутина Т.В. Диагностика развития зрительно-вербальных функций /Н.М. Пылаева //М., 2003, – С. 64.

6. Семаго Н.Я. Проблемные дети. Основы диагностической и коррекционной работы психолога/ М.М. Семаго// М., 2000. – 384 с.