

## ДИАГНОСТИКА ДИСЛЕКСИИ



1. Оценка умственного развития.....	стр. 4
2. Исследование предпосылок интеллекта.....	стр. 6
1. “Графо-моторные методики” .....	стр. 6
2. Конструктивные методики.....	стр. 7
3. Исследование моторики.....	стр. 8
4. Сукцессивные функции.....	стр. 10
5. Исследование устной речи.....	стр. 10
3. Анализ психопатологической картины.....	стр. 12
4. Оценка навыка чтения.....	стр. 13

#### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА И ЧТЕНИЯ.

1. Отграничение дислексий и дисграфий от вторичных нарушений письма и чтения при общем психическом недоразвитии.....	стр. 16
2. Отграничение от вторичных расстройств письменной речи при выраженном недоразвитии усной речи.....	стр. 17
3. Отграничение от нарушений письма и чтения при так называемой “педагогической запущенности” .....	стр. 18

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	стр. 19
-----------------	---------

#### **I. ВВЕДЕНИЕ.**

Исследование проблем школьной неуспеваемости ведется достаточно давно. Достигнуты заметные успехи в изучении задержек психического развития: разработаны

методы диагностики и коррекционной помощи, приемы специального обучения, открыты специализированные учебные заведения и классы выравнивания. Тем не менее так называемые “специфические задержки психического развития” остаются малоизученными. Дети с подобными расстройствами, несмотря на достаточные интеллектуальные способности, испытывают стойкие трудности в усвоении чтения или письма. Такие стойкие состояния получили название дислексий и дисграфий. Патогенез, механизмы нарушений, которые лежат в их основе, клинико-диагностические критерии и психопатологические особенности исследованы фрагментарно: не разработаны принципы и методы медикаментозной, медика-психологической коррекции и профилактики.

По разным данным, несколько десятков процентов детей не могут овладеть школьными навыками по состоянию своего нервно-психического здоровья. При этом у 2-10 % учеников массовой школы препятствием для обучения становится дислексия. Используя различные подходы, исследователи за рубежом сумели лишь отчасти раскрыть патогенез этого состояния и сформулировать некоторые принципы диагностики и коррекции. В нашей стране работ, посвященных специально дислексии, почти нет, в имеющихся раскрывается, как правило, педагогический аспект этого расстройства. Представляется очень важным разработка практических методов раннего выявления дислексии, системы оказания помощи детям, имеющих трудности в чтении.

## **II. Ранняя диагностика.**

Опыт показывает, что чем позже обнаруживаются нарушения письменной речи, тем большей степени тяжести они достигают и тем более длительный коррекционный курс в таких случаях требуется. Существенно зависит от этого и эффективность коррекционной работы. Разработка программ скринирующих обследований детей дошкольного возраста для выявления предрасположенности к дислексии ведется уже достаточно давно. В последние десятилетия на русском языке появились разработки оригинальных методик оценки школьной зрелости и адаптации соответствующих методик (Цеханская Л. И., 1978; Куинджи Н. И., Сорокина Т. Н., 1981; Симерницкая Э. Г., 1991; Бугрименко Е. А. с соавт., 1992; Архипова И. А., Матвеева А. А, 1994 и др.) Однако в большинстве своем они не имеют конкретной нацеленности на выявление предрасположенности к какому-либо расстройству, что снижает их практическую ценность. Кроме того, не все из них удовлетворяют требованиям, предъявляемым к скрининговым методикам: требуют слишком много времени для обследования и специального обучения для пользования ими.

Разрабатываемые скрининговые методики должны удовлетворять определенным общепринятым требованиям. Основная их задача - выявлять при массовых обследованиях группу детей, подозрительных в отношении возможности возникновения того или иного расстройства (так называемую “группу риска”). В связи с этим каждая подобная методика должна иметь диагностическую направленность на определенное заболевание или группу заболеваний, объединенных сходными механизмами возникновения или похожей симптоматикой. Методики подобного рода должны быть просты в использовании и занимать в ходе исследования минимальное количество времени. Для надежности и единообразия заключений метод оценки и получение окончательного вывода должны быть четко формализованы с указанием пороговых значений результата, разделяющих норму и патологию. Основываясь на этих принципах, я в своей работе использую методику раннего выявления предрасположенности к дислексии, разработанную [Корневым А.Н.](#) в монографии “Нарушения письма и чтения у детей: Учебно-методическое пособие.” 1997г.

Синдромы дислексии и дисграфии - явления, возникшие на пересечении биолого-психологических и социокультуральных закономерностей, поэтому их диагностика

должна включать широкий ассортимент клинико-психологических и психолого-педагогических методик. В процессе обследования должны принимать участие по меньшей мере три специалиста: психиатр, психолог и логопед.

Обычно поводом для обращения к врачу или логопеду является рекомендация учителя или инициатива родителей, предполагающих наличие у ребенка трудностей в овладении письмом и чтением.

## II. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ДИАГНОСТИКИ.

1. В связи с этим первой задачей является **уточнение характера трудностей и степени отставания в этих навыках**. Встречаются случаи, когда излишне тревожные родители, сами рано начавшие читать, уже через полгода обучения ребенка в школе бьют тревогу по поводу медленного (по их мнению) продвижения в данном навыке. На самом деле ребенок может вполне укладываться в рамки нормы с учетом ее вариативности. Случается, что ученик, пропустивший по болезни много занятий, тоже попадает в категорию неуспевающих по чтению или письму. Нет основания расценивать это как аномальное состояние. И, наконец, наиболее диагностически трудными являются аномалии чтения и письма у детей со снижением интеллекта. Решение вопроса, обусловлено ли отставание в данном навыке недостаточным умственным развитием или имеет самостоятельный генез, прямо зависит от результатов клинико-психологического исследования умственного развития ребенка.

2. **Диагностика интеллекта** является второй задачей.

3. Как уже отмечалось у многих авторов, большинство детей с недоразвитием устной речи испытывают определенные трудности в чтении и письме, но лишь около одной трети из них страдают специфическими нарушениями этих навыков. Поэтому третьей задачей является **исследование устной речи, основных языковых средств и речевых навыков, необходимых для овладения грамотой**. Необходимо сопоставить степень выраженности затруднений в письменной речи и уровень развития устной речи. Выявляются речевые функции или навыки, несформированность которых создает патологическую основу расстройства.

4. Наконец, четвертой задачей является **анализ психопатологической картины**, и особенно двух ее аспектов:

- 1) выраженности психоорганической симптоматики. Массивность резидуально-органической симптоматики существенно влияет на прогноз и определяет выбор лечения.
- 2) и реакции ребенка на трудности в учебе. Особенности реагирования на трудности в овладении письменной речью определяют возможности коррекционной работы в зависимости от активного или пассивного участия ребенка, наличия протестного поведения и т. п. и потребности в психотерапевтическом лечении.

Из перечисленных задач последние три одинаковы по содержанию как при дислексии, так и при дисграфии. Первая - решается разными средствами, поэтому в ходе изложения мы обратимся к ней в последнюю очередь.

### 1. Оценка умственного развития.

Как указывалось выше, при дислексии или дисграфии состояние навыков письма и чтения слабо согласуется с уровнем интеллектуального развития. Диспропорция между ними, наоборот, является определяющим признаком дислексии и дисграфии. Однако для того, чтобы выявить наличие этой диспропорции, необходима оценка состояния интеллекта. Кроме того, уровень интеллектуальных способностей необходимо учитывать при планировании и проведении коррекционной работы и определении типа образовательного учреждения, в котором она может быть организована в оптимальном

для ребенка режимк. Наконец, прогноз результата коррекционной работы тоже в немалой степени зависит от познавательной активности ребенка. Это должно быть принято в расчет и обязательно доведено до сведения родителей (в максимально щадящей форме) во избежание образования у них неоправданных ожиданий, которые порождают нередко неадекватные требования по отношению к ребенку и преждевременное разочарование в отношении результативности коррекционной работы.

Диагностика умственного развития у детей со специфическими задержками психического развития является одной из наиболее трудных задач в силу того, что их интеллектуальные способности развиты неравномерно. Наиболее общим проявление этого является диссонанс между вербальными и невербальными интеллектуальными способностями. При дислексии умственные операции, которые требуют участия речи (внешней или внутренней), развиты значительно хуже, чем другие формы мышления (наглядно-образное, интуитивное и др.). Более информативны в этом случае задания, адресованные к образным мыслительным процессам, требующие логических операций на невербальном материале (пространственная комбинаторика, поиск алгоритма изменения фигур, классификация пространственных конфигураций и т. п.) Удобные возможности для этого представляют невербальная часть методики Д. Векслера. Применение методики Д. Векслера позволяет не только психометрически верифицировать клиническую оценку интеллекта, но и установить количественные соотношения между уровнем развития разных интеллектуальных навыков, т. е. определить индивидуальные профили структуры интеллектуальных способностей. Методика состоит из шести вербальных и шести невербальных субтестов, каждый из которых представляет собой серию однотипных усложняющихся заданий. В результате исследования получают двенадцать субтестовых шкальных оценок и три интегральных интеллектуальных показателя: общий, вербальный и невербальный.

Краткая характеристика основной диагностической направленности субтестов (Блейхер В. М., 1976, Лычагина Л. И., 1974, Панасюк А. Ю., 1976% Корнев А. Н., 1981)

**Субтест № 1 “Осведомленность”** дает представление о запасе сведений житейского характера, которые ребенок может сформулировать в вербализованной форме.

**Субтест № 2 “Понятливость”** отражает знание ребенком знание социально-бытовых норм поведения.

**Субтест № 3 “Арифметический”** оценивает количественные представления и счетные навыки ребенка, требует концентрации внимания и использования оперативной памяти.

**Субтест № 4 “Аналогии - сходство”** требует от ребенка владения навыками сравнения понятий по существенным признакам и умения проводить аналогии.

**Субтест № 5 “Словарь”** ориентирован на оценку способности дать определение тем или иным словам.

**Субтест № 6 “Повторение цифр”** оценивает объем кратковременной слухоречевой памяти на сукцессивно организованный материал и способность к деавтоматизации рядов.

**Субтест № 7 “Недостающие детали”** при выполнении требует актуализировать значимые признаки изображенных предметов и обнаруживать недостающие из них. Выполнение зависит от состояния зрительного внимания.

**Субтест № 8 “Последовательные картинки”** оценивает способности устанавливать временную последовательность и логическую связь событий на серии картинок.

**Субтест № 9 “Складывание фигур из кубиков”** (вариант теста Кооса) оценивает состояние пространственного мышления и конструктивных навыков на предметном уровне.

**Субтест № 10 “Складывание объектов”** является сенсibilизированным вариантом разрезных картинок. Оценивает навыки зрительно-пространственного синтеза преимущественно на образном уровне и эвристические способности.

**Субтест № 11 “Кодирование”** дает представление о способности к оперативному образованию зрительно-моторного навыка и зрительно-зрительных ассоциаций.

**Субтест № 12 “Лабиринты”** оценивает зрительно-моторную координацию и способность к экстраполяции.

При исследовании познавательных способностей необходимо использовать достаточно широкий ассортимент вербальных и невербальных заданий. В зависимости от возраста пропорциональное соотношение тех и других закономерно меняется. Это связано с тем, что в ходе психического онтогенеза представленность наглядно-образных операций в структуре мышления постепенно уменьшается, а на первый план начинает выступать абстрактное, категориальное, вербально-логическое мышление (Выготский Л. С. 1982). Наш опыт свидетельствует, что в старшем дошкольном возрасте методики, ориентированные на оценку понятийного, вербально-логического мышления (составление рассказа по сюжетной картине, по серии картинок, исследование обобщающих понятий и др. по численности должны составлять примерно одну треть, а задания, адресующиеся к наглядно-образным формам мышления (“разрезные картинки,” складывание картинок из кубиков, складывание пирамидки, “Почтовый ящик”, тест Кооса и др.), - две трети от общего числа методик. В младшем школьном возрасте пропорция меняется и должна составлять примерно 1:1, а в среднем школьном возрасте (10-11 лет) соответственно 2:1 в пользу методик оценки абстрактного, вербально-логического мышления (сравнение понятий, логические аналогии, “исключение 5-го лишнего и др.)

Кроме характеристики общего уровня интеллектуальной зрелости, целесообразно оценить такой показатель, как “структура интеллекта”. Под этим понятием подразумевается соотношение зрелости (относительно возрастных норм) разных форм умственных операций, составляющих интеллект. Об этом можно судить по сравнительной успешности выполнения качественно различных заданий, использованных при обследовании. Знание о дефицитарных, незрелых и сохранных компонентах интеллекта ребенка позволяет выбрать приоритетные “мишени” в психокоррекционной работе и оптимально построить методику обучения, опираясь на сохранные и щадя слабые звенья познавательной сферы.

В процессе диагностики, при возникновении у ребенка трудностей в самостоятельном выполнении задания важно уметь гибко и дозированно оказывать ему помощь. Все разнообразие форм помощи условно можно сгруппировать в 5 основных категорий:

- 1) поощрение;
- 2) стимулирование;
- 3) организующую помощь;
- 4) разъяснение (т. е. подробное объяснение способ решения диагностической задачи);
- 5) разъяснение + развернутая демонстрация правильного выполнения задания.

При оказании двух последних форм помощи обычно проверяется способность ребенка к “переносу”, т. е. к продуктивному использованию оказанной помощи для овладения новым навыком или типом умственной операции с последующим самостоятельным их использованием на новом диагностическом материале. Способность к “переносу” свидетельствует о величине “заны ближайшего развития”, по Л. С.

Выготскому, и резерве компенсаторных возможностей ребенка. Анализ необходимого и достаточного объема помощи позволяет, в определенной степени, представить природу снижения интеллектуальной продуктивности. В тех случаях, когда ребенок удовлетворяется помощью, относящейся к категориям (а), (б) и (в), интеллектуальная недостаточность обычно обусловлена нарушениями нейродинамики или “предпосылок интеллекта”, что прогностически благоприятно. Если же необходима помощь типа (г) или (д) и отсутствует способность к “переносу” (при условии, разумеется, что диагностические задания адекватны возрастным требованиям по качеству и трудности), то больше вероятности, что имеет место общее психическое недоразвитие. В последнем случае, как будет указано ниже, меняются некоторые критерии диагностики дислексии.

## **2. Исследование “предпосылок интеллекта”**

Нарушение определенных предпосылок интеллекта играет ключевую роль в психологических механизмах дислексий и дисграфий. Поэтому их исследование является необходимым во всех случаях специфических нарушений письма и чтения.

### ***“Графо-моторные методики”***

#### **1. Тематический рисунок “Дом - дерево - человек”.**

Данное задание является адекватным для детей 5 лет и старше. Интерпретация производится как с позиции степени зрелости графического символизма в рисунке (насыщенность существенными деталями, композиционная сложность), так и в плане оценки сформированности графо-моторных навыков и формирующих движений. Способности передать пространственные признаки предметов и их пропорции. Выраженная бедность детализации и примитивная структурная организация рисунка чаще свидетельствуют о незрелости наглядно-образного мышления и способности к символическому образу. Подобные недостатки обычно имеют весьма неблагоприятное прогностическое значение для усвоения письменной речи, особенно если этому сопутствует неполноценность метаязыковых функций. Недостаточность графо-моторных навыков обычно серьезно затрудняет освоение каллиграфии.

Критерии оценки рисунка выражаются в баллах.

Кроме содержательной характеристики в рисунках оценивается и техническое исполнение.

По нашим наблюдениям, низкие результаты в данном задании наблюдаются не только у детей с дислексией, но и у детей с первичным недоразвитием устной речи.

#### **2. Срисовывание фигур.**

Задание обладает довольно высокой диагностической способностью в отношении нарушений пространственного праксиса, недостаточной сформированности формирующих движений, неполноценности зрительно-моторной координации. Е. Taylor (1959) предложила набор фигур для копирования, отобранный ею из существующих психометрических методик, наиболее адекватный. По ее мнению, для решения вышеуказанных задач. (Приложение 1).

Без грубых погрешностей большинство детей воспроизводят по образцу фигуру 1 с 3-летнего возраста, фигуру 2 - с 5 лет, фигуру 3 - с 5,5 лет, фигуру 4 - с 6 лет и фигуру 5 - с 7 лет.

**3.** Для детей старше 8 лет целесообразно использовать набор десяти фигур из **графического теста Эллис** (Приложение 2.) Фигуры воспроизводятся ребенком по памяти. В зависимости от степени погрешностей при воспроизведении фигур каждая

оценивается в 1, 0,5 или 0 баллов. Затем оценки суммируются. Причинами снижения результатов в данном задании могут быть как диспраксия, конструктивная апраксия, так и зрительная агнозия. Для дифференциации расстройств зрительного гнозиса от диспраксий следует результаты выполнения данного задания сопоставить с результатами, полученными в пальчиковом тесте Гольдштейн-Ширера, менее чувствительном к нарушениям пальцевого праксиса. Графический тест Эллис является диагностически довольно чувствительным к резидуально-органическим энцефалопатиям у детей.

### ***Конструктивные методики.***

**1. Палочковый тест Гольдштейн-Ширера**, адаптированный для детей. Так же как и предыдущее задание, данная методика помогает *выявить нарушения конструктивного праксиса*. Она менее чувствительна к расстройствам тонкой координации движений пальцев и поэтому более информативна в сопоставлении с графическими тестами.

Методика состоит из двух частей: тренировочной и тестовой. В тренировочной части ребенку предлагается по образцу воспроизвести из палочек разной длины три фигуры (Приложение 3). В тестовой части он из тех же элементов воспроизводит поочередно десять фигур по памяти.

Оцениваются фигуры № 1, 4, 6, 7, 10 при правильном исполнении в 2 балла, при ошибке в размерах - 1 балл, при других ошибках - 0 баллов, а № 2, 3, 5, 8, 9 соответственно - 1 балл и 0 баллов.

По данным Тэйлор, здоровые дети 5 лет при выполнении этого задания допускают езначительное количество ошибок в виде инверсий или искажений размеров. С 6-летнего возраста ошибок обычно не допускается. Для нейропсихологической диагностики задание целесообразно использовать у детей 7 лет и старше.

### **2. Кубики Кооса.**

Это одна из широко и давно используемых методик оценки невербального интеллекта, входит в методику Д. Векслера *wisc*, применялась, в частности, для исследования обучаемости. В одинаковой мере она используется в неропсихологической диагностике как взрослых, так и детей (Лурия А. Р. 1969; Симерницкая Э. Г. 1985; Марковская И. Ф. 1987). Для складывания из четырехцветных кубиков предлагаются фигуры, изображенные в Приложении 4. Оценка производится в зависимости от времени выполнения задания по четырехбалльной системе (табл. в Приложении 4).

Данная методика позволяет *оценить сформированность операций зрительно-пространственного анализа и синтеза, уровень развития наглядно-образного мышления, способность к программированию и последовательной реализации конструктивной деятельности*.

По данным Тэйлор, фигура 1 доступна для безошибочного исполнения большинству детей 6 лет и старше (здесь и далее - нижние границы нормы). Фигура 2 - для детей 7 лет и старше, 3 - для детей 9 лет и старше, 4 и 5 - детям 10 лет и старше.

### ***Исследование мотории.***

В нашей стране и за рубежом широкое применение при определении моторной зрелости получила “шкала моторной одаренности” Озерецкого Н. И. (1928) и ее модификации. Она позволяет дать комплексную, хотя и не очень дифференцированную



характеристику двигательного анализатора в целом. Некоторые задания из этой методики нашли применение в нейропсихологической практике.

### **1. Тест Озерецкого Н. И. на реципрокную координацию рук (1).**

Ребенку предлагается (после демонстрации) одновременно ударять по столу двумя руками: правой, сжатой в кулак и левой - раскрытой ладонью. Затем наоборот. *Оценивается ритмичность движений и способность синхронно сменять положение обеих рук одновременно.* По данным автора, задание может быть адекватным для детей 12 лет и старше. При резидуальных поражениях двигательных систем мозга выполнение данной пробы обычно затруднено: отмечаются синкинезии, переключение на следующее движение обеими руками происходит разновременно. Данное задание, как и следующее, оценивается качественно по степени выраженности затруднений. Возможна и количественная оценка успешности выполнения этой и других подобных проб с помощью подсчета количества правильно выполненных движений в серии из шести или двенадцати заданий.

**2. Тест на реципрокную координацию (2)** в виде ритмичного постукивания ладонью одной руки два раза, а другой - один раз. Во второй половине теста производится смена рук. Возрастная доступность та же, что и в предыдущей пробе.

**3. Проба на динамический праксис “Кулак - ребро - ладонь”** (Лурия А. Р. 1969).

В используемой нами версии данного задания ребенку предлагается воспроизвести по образцу серию из девяти движений, состоящую из трижды повторяющегося ряда трех вышеназванных движений. Если ребенок не справился с заданием, образец демонстрируется повторно до пяти раз. Оценивается правильное воспроизведение. Задание доступно большинству здоровых детей 6 лет и старше. *Данный тест чувствителен не только к поражению двигательных систем (преимущественно премоторных их отделов), но и к модально неспецифическому дефициту сукцессивных функций.* Первый и второй варианты расстройств порождают разные виды ошибок. В первом случае чаще страдает переключение с одного движения на следующее в автоматизированном режиме: ребенок персеверировать или делает большие паузы между движениями. Во втором случае дети путают последовательность движений или пропускают некоторые из них. Предположительно затруднения в данном задании можно связать с левополушарной недостаточностью.

### **4. “Пересчет пальцев”.**

Ребенку предлагается поочередно коснуться каждым пальцем, начиная со второго, большого пальца той же руки, а затем сделать тоже самое, но начиная с мизинца. *Оценивается точность, дифференцированность движений пальцев и способность к переключению с одного движения на другое (отсутствие застреваний).* Выполнение без ошибок оценивается в 0 баллов, каждая синкинезия штрафуются 1 баллом, пропуск пальца и нарушения порядка движений - 2 баллами, наличие множественных синкинезий - 4 баллами. Данные задания доступны и выполняются в основном верно детьми с 6 лет, а с 8 лет выполняются практически безошибочно.

### **5. Исследование орального праксиса.**

По подражанию ребенку предлагается выполнить 11 действий:

- 1) улыбнуться;
- 2) надуть щеки;

- 3) сделать губы трубочкой (как при звуке у);
- 4) сделать губы как при звуке О;
- 5) “Покатать орешки за щеками” (кончиком языка);
- 6) высунуть язык лопаткой (широким);
- 7) поднять кончик языка вверх и положить его на верхнюю губу;
- 8) опустить кончик языка вниз и положить его на нижнюю губу;
- 9) поместить кончик языка в правый угол рта;
- 10) Сделать то же - в левый угол рта;
- 11) высунуть язык и сделать кончик узким.

*Оцениваются точность движений и способность к преклоению в случае воспроизведения серии трех движений.* Оценки: невозможность выполнить движение штрафуются оценкой в 1 балл, движение, выполненное неточно, - 0, 25 балла, наличие синкинезий (сопутствующих движений губами, челюстью) - 0,5 балла за каждую пробу, ассиметричное выполнение движения - 0,5 балла.

Здоровые дети 6 лет и старше ошибок в этом задании практически не допускают. Симптомы оральной диспраксии, по-видимому, свидетельствуют о дисфункции или незрелости теменно-центральных отделов коры (Тонконогий И. М. 1973).

Нарушения орального праксиса обычно встречаются у детей с артикуляционной диспраксией, дизартрией и, нередко, при моторной алалии. В первых двух случаях тяжесть оральной апраксии коррелирует с выраженностью нарушений звукопроизношения.

#### **7. Пробы Хеда на пространственную организацию движений.**

**а)** Наглядный вариант. Ребенку предлагается воспроизвести движения, выполняемые сидящим напротив обследующим: коснуться левой рукой правого (левого) уха, правой рукой - левого глаза и т. п. Для диагностических целей задание может быть использовано у детей 9 лет и старше. Его выполнение требует *мысленной пространственной переориентации для преодоления тенденции к зеркальному воспроизведению*. Ошибки возникают не только при нарушении пространственно праксиса, но и при снижении психической активности (инактивности) по “лобному” типу.

**б)** Речевой вариант. Те же движения выполняются по речевой инструкции. Несмотря на кажущееся сходство с предыдущим, этот тест адресован к иным психическим функциям: *он оценивает владение понятиями “право-лево” и речевую регуляцию двигательных актов*. Его выполнение затруднено у детей с левополушарной недостаточностью и у большинства детей, страдающих дислексией. Данное задание легко выполнимо большинством здоровых детей с 8 лет.

### ***Сукцессивные функции.***

#### **1. Повторение цифровых рядов.**

**а)** В прямом порядке. Ребенку предлагается повторить ряд цифр в том же порядке, в котором они были названы. Для воспроизведения даются ряды длиной от 3 до 6 цифр. Дети в возрасте 4,5 лет и старше воспроизводят ряд из 4 цифр в одной из двух попыток с рядами одинаковой длины, но разного числового состава), дети 6,5 - 7 лет - ряд из 5 цифр, дети 10 лет и старше - ряд из 6 цифр.

**б)** В обратном порядке. Ребенку дается инструкция, что ряд цифр повторять нужно в обратном порядке, начиная с конца. и это демонстрируется на примере ряда из 2 цифр. В 7 лет дети уже способны воспроизводить ряды из 3 цифр, в 9 лет - из 4 цифр и в 12 лет - из 6 цифр.

Первая часть данного задания характеризует преимущественно иконическую успешивную слухоречевую память. Вторая - состояние оперативной памяти.

При ранних правополушарных или двусторонних органических поражениях головного мозга у детей в большей степени страдает воспроизведение цифр в обратном порядке, а при левополушарных - в прямом. Т. о, при правополушарной недостаточности обычно увеличивается разрыв между результатами прямого и обратного воспроизведений, который в норме не превышает двух единиц.

Следует отметить, что на результаты выполнения этой ряда последующих проб существенное влияние может оказать расстройство активного внимания, определяемого, в свою очередь, функциональным состоянием глубоких структур мозга.

## **2. Воспроизведение звуковых ритмов.**

Ребенок должен вслед за экспериментатором воспроизвести серию ударов по столу, разделенных длинными и короткими паузами. Серии постепенно удлиняются и усложняются по структуре.

Для детей 6 лет и старше воспроизведение всех указанных ритмических последовательностей не представляет затруднений. Дети с дислексией выполняют это задание (как и предыдущее) с большим количеством ошибок. Подобные затруднения у детей старше 6 лет, не страдающих слабоумием, следует расценивать как один из признаков предрасположенности к дислексии (Корнев А. Н. 1995). У взрослых данный тест диагностирует поражение премоторных и височных структур правого полушария.

Следует различать два вида затруднений при его выполнении. В одних случаях страдает процесс воспроизведения ритмов при сохранной способности к их слуховому различению (премоторный тип нарушения). В других - нарушено слуховое различение звуковых ритмов и этим обусловлена неспособность к их воспроизведению ("височный" тип дефекта, сенсорная амузия). Для определения ведущей причины нарушений следует предложить ребенку сравнить две серии ударов, предъявляемых последовательно. При "премоторном" типе нарушения слуховое сравнение ритмов продемонстрирует более высокие результаты, чем их воспроизведение. При "височном" типе нарушений существенных различий не обнаружится.

### ***Исследование устной речи.***

По данным Корнева А. Н. и литературы (Плоткина И. М. 1978), между тяжестью недоразвития устной речи и выраженностью специфических нарушений чтения и письма нет прямой зависимости. Обычно детям с недоразвитием речи труднее овладеть грамотой, чем здоровым сверстникам, но, пожалуй, не более трудно, чем детям с задержкой психического развития и нормально развитой устной речью. Письменная речь по психологическим и семиотическим параметрам достаточно отлична и автономна от русского языка. Тем не менее недоразвитие некоторых аспектов устной речи серьезно затрудняет овладение письмом и чтением. Методы исследования устной речи исчерпывающе описаны в логопедической литературе (Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. 1985., Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. 1990, Волкова Л. С. 1995).

Оценка развития устной речи, языка и метаязыковых функций при обследовании детей дошкольного возраста важны для определения степени риска развития дислексии и дисграфии. В школьном возрасте это необходимо для понимания места устноязыковых нарушений в механизмах дислексий и дисграфий, выбора предпочтительной методики обучения грамоте и составления индивидуальной программы коррекционного обучения.

Наряду с общей характеристикой импрессивной и экспрессивной речи, основных языковых средств (фонетики, лексики и грамматики) особенно тщательно должны быть исследованы те функциональные подсистемы, которые наиболее интимно связаны с письменной речью. Важны не только семиотические аспекты связи устного и письменного языка, представленные в основных принципах, на которых построена

русская письменность (Щерба Л. В. 1983). Не меньшее значение имеют требования, предъявляемые к состоянию механизмов устной речи и языка как конкретной методикой обучения письму и чтению. В России основным и практически единственным является аналитико-синтетический метод обучения, при использовании которого сроки и качество освоения письма прямо зависят от зрелости устной речи, в особенности ее фонетических и фонематических операций (по крайней мере, на начальном этапе обучения). Существенное влияние на этот процесс оказывают и состояние лексической сферы, способность к словообразованию и словоизменению.

В своей работе использую приемы формализованной оценки речевых функций. Возрастные нормативы приведены в таблице 2 в приложении 5.

Образец речевой карты приведен в Приложении 6.

Из приведенных заданий I - IV и VI, 2,4,6 доступны большинству здоровых детей в возрасте 6 лет и старше, а остальные - после 7-летнего возраста. Большое количество ошибок в заданиях I - IV у детей, не страдающих умственной отсталостью, свидетельствует о недоразвитии грамматической стороны речи (импрессивный или экспрессивный аграмматизм) или несформированности метаязыковых функций (особенно если в первой части каждого задания ребенок получает худшую оценку, чем во второй). В наиболее грубой форме это наблюдается у детей с моторной алалией. При этом задания I - IV затрудняют их примерно в одинаковой степени. Дети с неалалическими формами первичного тотального недоразвития речи наибольшие затруднения испытывают в задании III. В логико-грамматических конструкциях низкие результаты показывают не только дети со специфическими речевыми расстройствами, но и те, у кого снижен интеллект. Иначе говоря, они диагностически менее избирательны, чем у взрослых пациентов.

Для оценки состояния связной речи можно использовать задания на составление рассказа по серии картинок. Качественный анализ полученных текстов должны включать учет таких характеристик, как

- осмысление сюжета,
- передача причинно-следственных связей и временной последовательности событий,
- связность и распространенность высказываний,
- наличие аграмматизмов (морфологических и синтаксических).

При анализе недостатков необходимо дифференцировать *недостаточное понимание сюжета и неспособность полноценно передать его в устном повествовании*. Выполнить эту задачу можно с помощью уточняющих вопросов. В определенной степени на качество составленного рассказа влияют степень выраженности логофобии у ребенка, которая заставляет его предельно упрощать изложение и используемые грамматические конструкции, избегать трудных для него оборотов. В связи с этим беседа с ребенком на свободно избранную тему, адекватную его развитию, интересам и жизненному опыту, нередко оказывается более показательной в плане выявления аграмматизмов, так как в этой ситуации у ребенка меньше выражена установка на самоконтроль грамматической правильности речи.

### 3. Анализ психопатологической картины.

Несмотря на то, что в наличии психопатологической симптоматики не играет ключевой роли в механизмах нарушения письма и чтения, ее анализ имеет весьма важное значение для коррекционной работы. У детей с подобными расстройствами обычно обнаруживается широкий спектр психопатологических синдромов: от гиперактивности и расстройств внимания до грубой психоорганической симптоматики.

Исключение составляют конституционально обусловленные дислексии или дисграфии, которые встречаются достаточно редко. Среди наиболее распространенных психопатологических расстройств следует назвать так называемые “расстройства активности и внимания”. При их диагностике особое внимание следует обратить на некоторые особенности проявления основных симптомов. В частности, необходимо определить: ситуативный или генерализованный характер им свойствен.

В первом случае существует вероятность, что данное расстройство носит невротический характер и является одним их проявлений “школьной фобии”, которая требует психотерапевтического лечения. Подобные проявления неусидчивости и отвлекаемости обычно связаны с повышенной тревожностью ребенка.

Генерализованные расстройства активности и внимания мало зависят от ситуации, зато сопутствуют так называемой “минимальной мозговой дисфункции”, сочетаются с церебральной астенией, но могут иметь и конституциональную природу. Они более стойки, нередко требуют медикаментозного лечения. Таким детям легче помочь, если организацию учебного процесса, стиль работы учителя адаптировать к особенностям их поведения.

Особый интерес представляет отношение ребенка к трудностям в учебе. Дети с явлениями психического инфантилизма переживают обычно не столько трудности в овладении чтением и письмом, сколько социальные последствия возникшей школьной дезадаптации. При этом чем репрессивнее, жестче обстановка в семье и школе по отношению к ребенку, тем аномальнее его реакции на трудности. Эмоционально более зрелые дети легко фрустрируются в связи с хроническим неуспехом, хотя внешних признаков этих переживаний некоторое время почти незаметно. Особенно исполнительные дети. Чувствуя явное или скрытое неудовольствие родителей, они изо всех сил стараются угодить, постоянно переживают чувство вины за плохие оценки.

В связи со значимостью родительской реакции на неуспеваемость ребенка следует этому вопросу уделять особое внимание. Выяснение истинного отношения родителей к проблемам ребенка является непростой задачей, так как в этом вопросе они не всегда откровенны, а иногда вполне искренне заблуждаются на этот счет. Весьма распространенной тактикой родителей является демонстрация ребенку собственной уверенности в его высоких способностях, которые он мог бы реализовать, “если бы очень постарался”. Нередко в назидание ему ставится в пример кто-то их более благополучных родственников или знакомых. В этом случае ситуация в семье формально выглядит благополучной. Однако ребенок при этом постоянно ощущает, что приязнь родителей прямо зависит от школьных оценок. Это может привести к невротизации.

Для исследования системы отношений ребенка к учебным проблемам можно использовать “Цветовой тест отношений” (Эткинд А. М. 1980). Весьма полезной может оказаться прожективная методика “Незаконченные предложения”, разработанная G. Sprach (1976) для обследования детей с нарушениями чтения. Цель методики - выявление проблемных зон в системе отношений ученика к учебе, чтению, учителю и одноклассникам. Она рассчитана на детей 6 лет и старше. (Приложение 7). Полученные ответы анализируются по содержанию. Отмечаются те из них, в которых отражаются значимые для ребенка переживания (положительные или отрицательные). При этом представляется возможность выявить те ситуации, которые могут быть причиной дезадаптации.

#### **4. Оценка навыка чтения.**

Чтение - это сложный комплексный вид деятельности, состоящий из ряда операций. Достаточно полно навык чтения может характеризовать совокупность нескольких его параметров: способ, скорость, правильность, автоматизированность (так

называемая “беглость”) и понимание прочитанного. Подобная комплексная оценка возможна лишь при наличии специального набора методик. В отечественной дефектологии и психологии подобные методики отсутствуют, и чтение оценивается “по общему впечатлению” или в сравнении с требованиями школьной программы. Однако сами эти требования лишены научного обоснования и сформулированы описательно, что делает невозможным их формализацию. Необходимо иметь возрастные нормативы отдельных параметров, характеризующих чтение. Эта работа была выполнена под руководством Корнева А. Н. В. Пробстовой (1983).

Статистическая обработка полученных данных показала, что среднегрупповая скорость чтения от класса к классу плавно возрастает. Наиболее заметный прирост отмечается в 3-м классе. После 3-го класса нарастание скорости чтения происходит снова плавно. Достоверных различий между мальчиками и девочками по скорости чтения обнаружено не было.

Динамика скорости чтения в процессе обучения непосредственным образом зависит от совершенствования способа чтения (слоговое, чтение целыми словами, чтение беглое). Эксперимент показал, что решающая перестройка способа чтения происходит у детей в 3-м и 5-м классах. В 3-м классе большинство учащихся завершает овладение слитным чтением целыми словами, а к 5-му классу происходит автоматизация навыка и чтение становится беглым и выразительным. Оценка количественной взаимосвязи скорости и способа чтения показала, что коэффициент корреляции между этими показателями во всех классах достигает у детей высокозначимой величины. Следовательно, скорость чтения без большой погрешности может использоваться и как характеристика способа чтения.

Степень понимания прочитанного текста у большинства детей являлась относительно независимой величиной и не коррелировала с вышеуказанными параметрами чтения. Было выявлено отчетливое улучшение качества (полноты и связности) пересказа у детей от класса к классу.

Полученные возрастные нормативы были использованы для создания **стандартизированной методики исследования навыка чтения (СМИНЧ)**. За образец была взята методика Z. Matejcek, Z. Zlab (1971). В ней также используются два стандартных текста, после прочтения которых подсчитывается количество правильно прочтенных слов за первую минуту. С помощью специальной формулы этот показатель переводится в относительный, отражающий соотношение абсолютного показателя и возрастной нормы. Однако, как уже отмечалось ранее, для целей диагностики дислексии важно соотношение уровня навыка не столько с паспортным, сколько с умственным возрастом или с коэффициентом интеллектуально развития. Поэтому в модифицированной формуле коэффициент техники чтения (КТЧ) можно соотносить с общим интеллектуальным показателем (ОИП), полученным при исследовании интеллекта по методике АВМ-WISC.

$$КТЧ = 100 + \frac{М - м}{м} * 50$$

Где М - число правильно прочитанных слов за первую минуту у обследованного ребенка;

м - аналогичный среднестатистический показатель у здоровых детей того же возраста и класса.

Нижняя граница нормы этого показателя - 95. В Приложении № 8 приведены стандартные тексты для обследования и таблица перевода абсолютных данных в КТЧ. Каждый ребенок, начиная со 2-го класса, исследуется по двум текстам. Соответственно в итоге будут получены КТЧ 1 и КТЧ 2. У здоровых детей эти два коэффициента

незначительно отличаются друг от друга. При выраженной нестабильности навыка КТЧ2 оказывается существенно ниже КТЧ1 (на 10 и более единиц).

Данный коэффициент удобен тем, что объединяет в себе оценку сразу трех параметров чтения: **скорости, способа (опосредованно) и точности (за счет вычитания ошибочно прочтенных слов**: социально приемлемым считается чтение с количеством ошибочно прочтенных слов вдвое большим, чем во 2-м классе. Это соответствует 11 ошибкам на текст из 100 слов (т.е. не более 11%).

**Скорость чтения** без большой погрешности может быть использована и как характеристика **способа чтения** (слоговое чтение; чтение целыми словами; чтение группами слов, беглое).

СМИНЧ позволяет отличить дислексические нарушения от неспецифических, вторичных нарушений чтения. В основе такой дифференциации лежит сравнение КТЧ и ОИП. У детей с дислексией КТЧ всегда оказывается меньше ОИП на 20 и более единиц. Критическим значением этого отставания является разница в 20 баллов. У детей с дислексией на фоне УО в степени дебильности эта разница - 15 и более единиц. Т. о. если в результате обследования с помощью АВМ-WISC и СМИНЧ у ребенка без у. о. КТЧ оказался на 20 единиц меньше ОИП, данное состояние следует расценивать как дислексию. Если КТЧ ниже 95, но разность КТЧ - ОИП меньше 19, то нарушения чтения носят неспецифический характер, т. е. не является дислексией.

**Кроме диагностических целей**, данную методику удобно использовать для оценки истинного прогресса (не связанного с повзрослением) в освоении чтения при коррекционной работе. Подобный метод оценки позволяет сравнивать между собой детей разного возраста и класса. Если по стандартам своего возраста дети на одинаковом уровне владеют чтением, КТЧ будут близки по величине.

**Еще одним достоинством СМИНЧ** является возможность диагностировать дислексию в тех случаях, когда ошибок при чтении почти не допускается. Подобные варианты дислексии иногда встречаются: реже - в первые годы, чаще - на 3-5-м годах обучения. По-видимому, при трудностях слогослияния дети пользуются разными стратегиями: одни пытаются ускорить темп за счет угадывания (и появляются ошибки), другие - стараются читать правильно, невзирая на замедление темпа.

Оценка **автоматизированности навыка чтения** является еще одним важным компонентом в диагностике нарушений чтения. Косвенно некоторое представление об этом можно получить при сравнении КТЧ1 и КТЧ2. Однако возможна и более точная оценка - **“Тест оперативных единиц чтения” (ТОПЕЧ)**. Он позволяет не только диагностировать автоматизированность чтения, но и выбрать оптимальную стратегию коррекционной работы и необходимые данному ребенку приемы тренировки навыка слогослияния. (Приложение № 9).

В ходе исследования ребенку предлагается как можно быстрее, но не делая ошибок, прочитать сначала 100 букв, затем 100 открытых слогов и т.д. Регистрируется не только время выполнения задания, но и количество, и характер допущенных ошибок. У бегло читающих детей время, затраченное, например, на прочтение списка №3, равно времени чтения списка №2 или превышает его не более чем на 15-20%. Это означает, что закрытые слоги (СГС0) ребенок читает автоматизированно. Если же время чтения списка №3 превысит на 30% и более время, затраченное на список №2 (например, 78 сек. и 60 сек. ), следует заключить, что слоги типа СГС (ЛОК, РУМ, СУМ И Т.П.) ребенок читает неавтоматизированно, сукцессивно, сливая 1 и 2 элемента (например, СО...К, СУ...М). Список А предназначен для выявления достаточной автоматизированности звуко-буквенных связей.

В наиболее тяжелых случаях дети затрудняются даже в чтении списка №1. Здоровые дети затрачивают на него 50-80 сек. При неавтоматизированности звуко-буквенных связей время прочтения возрастает до 100 сек. и более. Это может быть обусловлено двумя наиболее распространенными причинами:

- 1) непрочностью, неавтоматизированностью звуко-буквенных связей;
- 2) замедленным индивидуальным темпом любых видов деятельности (своеобразной брадипсихией).

В первом случае время чтения списка №1 будет значимо (на 30% и более) превышать время, затраченное на список А. Во втором случае - существенных различий между ними не будет.

Слова дети прочитывают обычно быстрее, чем бессмысленные слоги. Поэтому список №5 сам по себе оценивающего значения не имеет (слоги такого типа входят в список №3), а используется лишь для сравнения с ним списка №6. Различия между ними являются показателем вытоматизированности закрытых слогов со стечением согласных. Во всех случаях, кроме увеличения времени чтения сравнительно с предыдущей таблицей, показателем недостаточной автоматизации является и значительный прирост числа ошибок. Ряд детей, будучи не в состоянии читать данный тип слогов автоматизированно и быстро, пытаются выйти из положения за счет угадывания. При этом резко учащаются ошибки (в 2 и более раз).

Т. о., исследование навыков чтения проводится в три этапа.

**Первый этап:** с помощью СМИНЧ устанавливается уровень сформированности навыка чтения, вычисляются КТЧ и определяется их соответствие интеллектуальному развитию обследуемого ребенка.

**Второй этап:** если при исследовании на первом этапе диагностирована дислексия, то по данным тестирования АВМ-WISC определяются стойкость выявленного расстройства и его прогноз. Это нужно для перспективного планирования коррекционной работы (сроки, этапность и т. п.). Кроме того, данная информация важна для психологической подготовки ребенка и его родителей. Знание ими ближайших и отдаленных перспектив способствует адекватному отношению к коррекционному обучению. Как чрезмерный оптимизм, так и неоправданный пессимизм одинаково вредны.

И, наконец, на **третьем этапе**, когда принято решение о включении ребенка в коррекционную группу, с помощью ТОПЕЧ определяется тип слогов, с тренировки которых необходимо начинать работу, и слоговая сложность слогов, доступных ребенку для чтения на данном этапе.

### **III. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА И ЧТЕНИЯ.**

В процессе дифференциальной диагностики необходимо отграничивать следующие формы нарушений письменной речи:

- а) первичные, специфические расстройства от вторичных, обусловленных умственной отсталостью, тугоухостью или педагогической запущенностью;
- б) разные виды специфических нарушений письма и чтения друг от друга: дисфазическую дислексию от дисгнозической, дисграфию от дисорфографии.

#### **1. Отграничение дислексий и дисграфий от вторичных нарушений письма и чтения при общем психическом недоразвитии.**



Как известно, навыки письма и чтения усваиваются умственно отсталыми детьми медленнее, чем в норме. При снижении интеллекта до степени имбецильности это, за редким исключением, становится вообще невозможным. Навык чтения обладает сравнительно меньшей когнитивной сложностью и менее уязвим к снижению интеллекта, чем письмо и тем более математика. За 2-3 года детям со снижением интеллекта до степени легкой дебильности обычно удается овладеть чтением целыми словами. Однако оно надолго остается маловыразительным, монотонным, с недостаточным пониманием прочитанного. Наиболее выражены трудности в чтении и письме в букварный период. Детям трудно даются осознание звуковой стороны слов, фонематический анализ и графо-моторные навыки. При дислексии же чаще основные трудности выявляются к концу 1-го класса и позже (особенно при “дисгнозическом” варианте дислексии).

Дети со специфическими нарушениями письменной речи социально адаптированнее, находчивее и сообразительнее в быту. Эмоциональные реакции у них дифференцированнее и живее. Даже в наихудших своих способностях - вербально-логическом мышлении - они опережают умственно отсталых детей и, что особенно важно, могут продуктивно использовать оказанную помощь и осуществлять пренос усвоенного навыка при решении аналогичных задач. Важной особенностью, отличающей их, является неравномерность, мозаичность структуры интеллектуальных функций. Для умственной отсталости типична тотальность недоразвития. Еще более выражены различия между этими двумя группами в невербальных способностях.

Более трудную задачу представляет отграничение дислексии, осложняющей умственную отсталость, от неспецифических нарушений письменной речи. В ее решении помогает использование СМИНЧ И АВМ-WISC. Снижение КТЧ на 15 баллов и более по сравнению с ОИП является веским доводом в пользу специфической природы обнаруженных нарушений чтения. Кроме того, клиника психического недоразвития, осложненного дислексией, обычно своеобразна, атипична по синдромальной структуре (Исаев Д. Н. 1982). В большинстве случаев это дети с астенической формой олигофрении, характеризующейся неравномерностью эмоционально-волевой сферы и способности сознавать собственную несостоятельность. Наш опыт свидетельствует, что ошибки в дифференциальной диагностике дислексии у умственно отсталых детей происходят довольно часто, особенно на 1-м году обучения. На 2-3-м годах обучения ошибки случаются реже. Без использования стандартизованных методик оценки чтения (типа СМИНЧ) и сопоставления результатов с данными АВМ-WISC диагностические ошибки представляются нам неизбежными. Следствиями же подобных ошибок являются неправильный выбор коррекционных методик и затягивание сроков коррекции.

## **2. Отграничение от вторичных расстройств письменной речи при выраженном недоразвитии устной речи.**

Данная задача весьма трудна для разрешения. Более того, существует много противников подобного разграничения. Ряд исследователей не считают целесообразным дифференцировать специфические нарушения письма и чтения и вторичные расстройства этих навыков вследствие грубого недоразвития устной речи. С нашей точки зрения, такое разграничение имеет принципиальное значение. Если ребенок в 7 лет с трудом строит короткие фразы из 3-4 слов с аграмматизмами, грубо искажая звуковую и слоговую структуру слова, то вполне понятно, что он не способен усвоить систему графической символизации речи прежде всего потому, что речевая деятельность и языковая система не стали для него объектом познания и анализа, так как сами находятся еще в процессе становления, крайне нестабильны и незрелы. Принципиально иначе должен расцениваться случай, когда языковая система в основном завершила свое созревание,

устная речь достигла социально приемлемого уровня (даже при наличии отдельных недостатков) и, несмотря на это, ребенок оказывается неспособным освоить ее символизацию с помощью буквенного обозначения.

Опыт показывает, что у детей с недоразвитием устной речи, начавших обучение сразу в речевой школе, серьезные затруднения в письменной речи возникают сравнительно редко: в 15-20% случаев).

Дифференциальный диагноз в таких случаях основывается на сопоставлении степени отставания в письме и чтении и тяжести недоразвития устной речи. При диагностике с помощью СМИНЧ, переводя первичные данные в КТЧ, следует соотносить их в таблице не с возрастом, а с классом речевой школы, в котором учится ребенок. При таком подсчете дети с вторичным нарушением чтения будут иметь КТЧ, близкий к 100, а дети с дислексией - 80 и ниже.

### **3. Отграничение от нарушений письма и чтения при так называемой педагогической запущенности.**

Под педагогической запущенностью принято подразумевать неполноценное усвоение школьных навыков, причиной которого являются педагогические упущения (низкая квалификация учителя, пассивность в оказании индивидуальной помощи, завышенная оценка знаний, недостаточный контроль усвоения знаний и т. п.) или многочисленные пропуски занятий по уважительным или неуважительным причинам. Происхождение нарушений чтения и письма при педагогической запущенности весьма многообразно. Одной из причин, например, может быть несоответствие темпа проработки материала в классе индивидуальному темпу, свойственному данному ребенку. В этом случае он не успевает за классом и, недостаточно усвоив простой навык, вынужден переходить к более сложному. Одним из распространенных примеров этого является ситуация, когда ребенок не успел автоматизировать слогослияние, а учитель понуждает его читать целыми словами. Чтобы выйти из трудного положения, ученик или "читает" текст наизусть, или используем "двойное" чтение (про себя - по слогам, вслух - целыми словами). При таком форсировании темпов обучения накапливается недоусвоенный материал и с какого-то момента дальнейшее продвижение становится невозможным. Другой пример: учитель, недостаточно оценив знания добукварного периода, приступает к изучению букваря. Часто в таком положении оказываются дети из неблагополучных семей, не посещавшие детский сад. В результате такого недосмотра возникают нарушения письма или чтения. Обычно в таких случаях трудности в письменной речи незначительны по тяжести и довольно легко устраняются. В письме отсутствуют специфические ошибки, орфографические ошибки носят нестойкий, полиморфный характер. В последнем случае ребенок допускает ошибки на те правила, которых не знает. При исследовании чтения разница между КТЧ и ОИП не достигает критической величины.

Нельзя не отметить, что педагогическая запущенность довольно редко является единственной причиной нарушения письменной речи. Чаще мы встречаем случаи, когда ребенок, имеющий предрасположенность к расстройству (например, с латентной дислексией), в педагогически неблагоприятной обстановке декомпенсируется. При более удачном стечении обстоятельств эта предрасположенность могла так и остаться в скрытой форме. Этот пример еще раз подчеркивает роль социальных факторов в возникновении такого рода расстройств.

Наиболее достоверное отграничение нарушений, в генезисе которых педагогическая запущенность играет первостепенную роль, от специфических расстройств письменной речи осуществимо, вероятно, только в процессе коррекционной работы.

Весьма непростой задачей является *дифференциация дисграфии и дисорфографии*. На первый взгляд она кажется вполне простой, решаемой на основе выявления преобладания специфических дисграфических ошибок в письме. Однако на практике чистую, хрестоматийную картину нарушений письма мы встречаем весьма редко. Трудность решения этой задачи обусловлена как недостаточной изученностью дисорфографии, так и тем, что они нередко сопутствуют друг другу. Кроме того, довольно часто после исчезновения явлений дисграфии в результате проведенной коррекционной работы на первый план выступают дисорфографические ошибки, носящие весьма стойкий характер. Встречаются и случаи, когда вслед за относительно благополучным периодом освоения письма в первые 1-2 года обучения, в 3-м классе резко возрастает число орфографических ошибок и сохраняется в последующие годы обучения. В связи с этим при коррекции дисграфии во всех случаях одновременно следует проводить работу по предупреждению дисорфографии даже тогда, когда она себя еще не обнаруживает.

#### **IV. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.**

Как уже отмечалось выше, чем позже обнаруживаются нарушения письменной речи, тем более длительный коррекционный курс в таких случаях требуется. Существенно зависит от этого и эффективность коррекционной работы.

Представленная программа скринирующего обследования детей дошкольного и младшего школьного возраста наиболее полно отвечает требованиям, предъявляемым к скрининговым методикам: занимает мало времени и не требует специального обучения для пользования ею. Основная ее задача - выявление при массовых обследованиях группу детей, подозрительных в отношении возможности возникновения того или иного расстройства (так называемую "группу риска"). Кроме того, метод оценки и получение окончательного вывода четко формализованы с указанием пороговых значений результата, разделяющих норму и патологию. Практика показала, что данная комплексная методика надежна и удобна в плане единообразия заключений. Она может применяться широким кругом специалистов, работающих с детьми: невропатологами, психиатрами, педиатрами, дефектологами, воспитателями детских садов и др. Использование в ходе исследования интеллекта FBM-WISC позволяет не только оценить умственное развитие, но и предсказать ожидаемую стойкость дислексии, а также спланировать коррекционную программу.

#### **БИБЛИОГРАФИЯ**

- Волкова Л. С.* Логопедия М. 1995 г.  
*Выготский Л. С.* Собрание сочинений, т. 2,3. М. 1982, 1983 г.  
*Демьянов Ю. Г.* Клинические особенности младших школьников со стойкими нарушениями успеваемости// Клиническое и психолого-педагогическое изучение детей с интеллектуальной недостаточностью. М. 1976.  
*Доброхотова Т. А., Брагина Н. Н.* Левши. М. 1994.  
*Исаев Д. Н.* Психическое недоразвитие у детей. Л.: Медицина, 1982.  
*Корнев А. Н.* Нарушения чтения и письма у детей. С.-П. 1997.  
*Корнев А. Н.* Экспериментально-психологический анализ недостатков изобразительной деятельности у детей, страдающих дислексией, и детей с ЗПР/Дефектология 1983 № 4.  
*Лалаева Р. И.* Нарушение процесса овладения чтением у школьников. М. Просвещение, 1983.  
*Левина Р. Е.* Недостатки чтения и письма у детей. М. Учпедгиз, 1940.

- Панасюк А. Ю.* Адаптированный вариант методики Векслера WISC. М., Медицина, 1973.
- Садовникова И. Н.* Нарушение письменной речи и их преодоление у младших школьников. М., 1995.
- Спирова Л. Ф., Ястребова А. В.* Дифференциальный подход к проявлениям нарушения письма и чтения у учащихся общеобразовательных школ // *Дефектология*. 1988 № 5 стр. 3-9.
- Тоцкий П. С.* Орфография без правил. М 1991.
- Тригер Р. Д.* Недостатки письма у первоклассников с задержкой психического развития. // *Дефектология*. 1972. № 5 стр. 35-41.
- Хватцев М. Е.* Логопедия. М. 1959.
- Цыпина Н. А.* Ошибки в чтении у первоклассников с задержкой психического развития. // *Дефектология*. 1972. № 5.
- Щерба Л. В.* Теория русского письма. Л. 1983
- Эльконин Д. Б.* Некоторые вопросы усвоения грамоты. // *Вопросы психологии*. 1956. №5.

**Необходимый материал для обследования:**

1. Фигуры Тейлор для копирования.
2. Графический тест Эллис.
3. Палочковый тест Гольдштейна-Ширера.
4. Кубики Кооса.
5. Речевая карта.
6. Методика “Незаконченные предложения”.
7. Стандартные тексты для обследования и таблица перевода абсолютных данных в КТЧ. (См. *Корнев А. Н.* Нарушения чтения и письма у детей. С.-П. 1997.)
8. “Тест оперативных единиц чтения” (ТОПЕЧ). (См. *Корнев А. Н.* Нарушения чтения и письма у детей. С.-П. 1997.)