

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный детский  
специалист невролог  
Департамента здравоохранения  
города Москвы д.м.н.

Т.Т. Батышева

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом  
по науке Департамента  
здравоохранения города Москвы №16

30 декабря 2019г



НАРУШЕНИЯ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Методические рекомендации № 84

Москва 2019

**Организация-разработчик:** ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»

**Составители:** **Т.Т. Батышева** директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный детский специалист невролог Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный специалист Минздрава России по детской реабилитации, доктор медицинских наук, профессор; **А.Н. Платонова** научный сотрудник ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук; **М.Н. Саржина** заместитель директора по медицинской части ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»; **Г.И. Орлова** заведующая отделением психолого-педагогической службы ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»; **С.В. Гиленкова** учитель-логопед психолого-педагогической службы ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»; **Н.Е. Филипова** медицинский психолог психолого-педагогической службы ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»; **Т.А. Карпунина** учитель-логопед психолого-педагогической службы ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»; **Е.Б. Шенбергер** учитель-логопед психолого-педагогической службы ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»; **Е.П. Морозова** олигофренопедагог психолого-педагогической службы ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»; **Л.М. Аркуша** олигофренопедагог психолого-педагогической службы ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»; **Н.В. Леонова** учитель-логопед психолого-педагогической службы ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»; **С.А. Суворова** логопед психолого-педагогической службы ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы».

**Рецензенты:** **Левченкова Вера Дмитриевна**, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ГБУЗ НПЦ ДП ДЗМ

**Мычко Елена Иосифовна**, доктор педагогических наук, профессор Института образования БФУ им. И. Канта

Нарушение учебной деятельности у младших школьников/Методические рекомендации. – Под редакцией Т.Т. Батышевой. – Москва. – 2019.-33с.

Методические рекомендации адресованы врачам – неврологам, педиатрам, психиатрам, реабилитологам, логопедам, психологам, олигофренопедагогам, ординаторам, обучающимся по специальности «неврология», студентам медицинских и педагогических вузов старших курсов.

**Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.**

Авторы несут персональную ответственность за представленные в методических рекомендациях данные.

## СОДЕРЖАНИЕ

|  |    |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ   | 5  |
| ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА НАРУШЕНИЯ<br>УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ | 6  |
| ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩИХСЯ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА<br>ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ                | 9  |
| НАРУШЕНИЕ ПАМЯТИ И МЫШЛЕНИЯ  | 11 |
| ГРАФОМОТОРНЫЕ НАВЫКИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ПРИЧИНЫ<br>НАРУШЕНИЯ ПОЧЕРКА                     | 14 |
| ПИСЬМЕННАЯ РЕЧЬ  | 16 |
| ПРИНЦИПЫ ОРФОГРАФИИ  | 16 |
| НАРУШЕНИЯ ПИСЬМА И ЧТЕНИЯ  | 17 |
| ЭТИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА И ЧТЕНИЯ  | 17 |
| КЛАССИФИКАЦИИ ДИСГРАФИИ  | 18 |
| СИМПТОМАТИКА ДИСГРАФИИ   | 18 |
| ДИЗОРФОГРАФИЯ  | 19 |
| ОБСЛЕДОВАНИЕ НАВЫКА ПИСЬМА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ  | 19 |
| ЧТЕНИЕ   | 20 |
| НАРУШЕНИЯ ЧТЕНИЯ   | 20 |
| КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСЛЕКСИИ  | 21 |
| ОБСЛЕДОВАНИЕ НАВЫКА ЧТЕНИЯ   | 21 |
| ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНОЙ СТРУКТУРОЙ ДЕФЕКТА   | 23 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ   | 25 |
| ЛИТЕРАТУРА   | 27 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 1   | 28 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 2   | 32 |

## ВВЕДЕНИЕ

Учебная деятельность определяется как деятельность, которая направлена в первую очередь на понимание культуры общества и изучение различных наук. Данная деятельность должна быть своевременно сформированной. Школьники начальных классов должны научиться учиться, и делать это самостоятельно (Л.Ф. Обухова, «Детская возрастная психология»). Гарвард и Стэнфорд считают, что академические знания школьника – это всего лишь 15% успеха в его дальнейшем обучении, в построении карьеры и в жизни, и поэтому важно формировать так называемым soft skills – коммуникативность, умение работать в команде, организационные навыки, развивать лидерство и т.д.

Новая социокультурная ситуация современного детства требует нового отношения к окружающей действительности, что выражается в появлении «внутренней позиции школьника». Новая позиция ребенка, по мнению Л.И. Божовича, изменяется, становится со временем содержательнее.

Позиция школьника – это не просто позиция ученика, посещающего школу и актуально выполняющего предписание учителя и домашние уроки, а позиция человека, совершенствующего себя и тем самым совершающего общественно значимую деятельность.

**Для младшего школьного возраста** характерен переход психических познавательных процессов ребенка на более высокий уровень, который выражается в более произвольном характере протекания большинства психических процессов (восприятие, внимание, память, представления), а также в формировании у ребенка абстрактно-логических форм мышления и обучении его письменной речи. Приоритет развития когнитивных функций для этого периода очевиден, но не менее важно гармоничное развитие эмоциональной и физической сфер для формирования готовности к школе и школьной зрелости. Одной из причин трудностей обучения детей, их неуспеваемости в общеобразовательной школе является несформированность предпосылок к систематическим занятиям, т.е. неготовность к школе (С.Д. Забрамная, 1997). Перед специалистами помогающих профессий (дефектологами, психологами, педиатрами), работающими с детьми младшего школьного возраста, встает целый ряд задач:

- компенсировать возможные проблемы и повысить школьную готовность, тем самым провести профилактику школьной дезадаптации;
- спланировать стратегию и тактику обучения с учетом его индивидуальных возможностей;
- выявить уровень его готовности к школьному обучению и индивидуальные особенности его деятельности, обучения, поведения, психологических процессов, которые необходимо будет учесть в ходе обучения.

По данным института возрастной физиологии РАО, сейчас приходит в школу почти 60% детей с несформированной речью, с несформированной моторикой – примерно 30–35%. Наиболее актуальными проблемами являются нарушения зрительно-пространственного восприятия и зрительно-моторных координаций, неспособность к коммуникациям, неумение действовать по инструкции взрослого, просить помощи, признавать и исправлять ошибку и др.

### **Выделяют признаки школьной зрелости:**

- физиологическая готовность (работоспособность ребенка на уроке в течение определенного времени);

– психологическая готовность (готовность к усвоению знаний, сформированность высших психических функций: восприятия, мышления, памяти, речи, произвольной деятельности);

– личностная и социальная зрелость (желание ребенка учиться и общаться, подчиняться правилам и интересам других, критично оценивать свое поведение и свои возможности – самооценка и уровень притязаний, эмоциональная устойчивость и регуляция своего поведения).

#### **Методики оценки особенностей личностного развития:**

- Тест школьной тревожности Филлипса: выявление у учащегося тревожности, которая напрямую граничит со школой;

- Самооценка учащегося Т. Дембо, С.Я. Рубинштейн: исследование уровня самооценки учащегося;

- Тест «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда: исследование умений в плане социальной интеллектуальности на основе поведения;

- Апперцептивный тест для детей (САТ) (Л. Беллак): определение основной потребности и мотива, особенности понимания и отношения ребенка к своим родственникам. А также определение конфликтов внутри личности, которые ведут к несоответствию желания и возможности. Изучение механизмов защиты, различных страхов, боязней, тревожных состояний, связанных с моментами невозможности удовлетворения потребности. И познание особенностей поведения ребенка в своем социуме.

Одним из важнейших факторов авторы считают сформированность организации произвольной деятельности. При возникновении трудностей в период обучения нужно комплексно подходить к решению данной проблемы и своевременно обращаться к различным специалистам, которые могут помочь: логопедам, психологам, неврологам, дефектологам. Чтобы понять, какой специалист нужен, необходимо выявить причины появления нарушений.

При анализе причин трудностей обучения письму и чтению, как правило, выделяются и внешние (так называемые экзогенные), и внутренние (эндогенные) причины (факторы). К экзогенным факторам принято относить социокультурные условия, в которых растет и развивается ребенок, экологические, внешнесредовые и педагогические факторы или школьные факторы риска. К числу эндогенных факторов относят: генетические влияния, нарушения в раннем периоде развития, состояние здоровья, уровень функционального развития, мозговые дисфункции, степень зрелости структурно-функциональных систем мозга и сформированности высших психических функций.

В ряде случаев выделяются так называемые смешанные факторы, сочетающие влияние и внешних, и внутренних факторов. По мнению М.М. Безруких, на сегодняшний день нет единой концепции возникновения и развития трудностей обучения письму и чтению, не существует даже единой терминологии. Вероятно, это связано с тем, что происхождение, причины и проявления этих трудностей столь многообразны и комплексны, что порой не удается разделить их, выделить ведущие, четко разделить и дифференцировать хотя бы на начальных этапах обучения.

#### **ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА НАРУШЕНИЯ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ**

Междисциплинарный подход в организации психолого-педагогического сопровождения детей с трудностями в обучении обуславливает консолидацию усилий взрослых, участвующих в образовании и развитии младшего школьника. Просвещение родителей, учителей в области функционирования высшей нервной деятельности,

нейропсихологии и нейрофизиологии помогут выстроить с обучающимся здоровьесберегающую индивидуальную программу.

Благодаря работам А.Р. Лурия (1962, 1963, 1970 и др.), Л.С. Цветковой (1985 и др.), А.В. Семенович (2007, 2010, 2013) известно, что протекание любой психической функции возможно при достаточном тоне коры головного мозга, который обеспечивается первым функциональным блоком мозга. По мнению А.В. Семенович (2010), оптимизация тонуса коры головного мозга является одной из важных задач нейропсихологической коррекции первого уровня.

Для достижения данной цели наиболее целесообразно использовать двигательные упражнения, так как именно наше тело играет интегрирующую роль во всех интеллектуальных процессах, начиная с самого раннего возраста и до глубокой старости. Один из источников активации нервной системы связан с поступлением в организм раздражителей из внешнего мира. Ощущения, которые мы получаем через тело, являются сенсорной основой наших знаний. Таким образом, тело выступает посредником учения, поскольку оно собирает все ощущения, сообщающие нам о мире и о нас. Так, например, на успешность обучения письму и чтению влияет:

- сохранность зрения и слуха, интеллекта;
- сохранность высших психических функций;
- сформированность зрительно-пространственных отношений;
- сформированный латеральный профиль;
- готовность общедвигательного анализатора, мелкой моторики, сформированность зрительно-моторной координации;
- сформированность кинестетического и зрительного контроля.

Анализ сильных и слабых сторон психических функций ребенка более всего разработан в нейропсихологии, и в частности, в отечественной нейропсихологии, основанной на идеях Л.С. Выготского и построенной А.Р. Лурией.

В работе «Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства» Л.С. Выготский сформулировал требования к системам исследования ребенка, цель которых не негативная характеристика ребенка (подходит / не подходит к массовой школе), а его позитивная характеристика, которая может стать основой «воспитательного плана». Эти три требования таковы: «разделение добывания фактов и их толкования; максимальная специализация методов исследования отдельных функций (в отличие от суммарных методов, стремящихся исследовать все) и ...динамическое типологическое толкование добытых при исследовании данных в диагностических целях» (Л.С. Выготский, 1983).

Реализация первого требования предполагает различение первичных дефектов и их вторичных системных следствий и компенсаторных перестроек.

Максимальная специализация методов исследования отдельных функций опять же наиболее обоснованно и последовательно разработана в нейропсихологии. Системный анализ нарушений ВПФ позволил уточнить состав компонентов различных ВПФ в нормальной жизнедеятельности. Это касается чтения и письма, решения задач или повторения слов.

Часто трудности школьного обучения связаны с истощаемостью нервной системы ребенка. Родители и учителя не могут «диагностировать» признаки астенического синдрома: ухудшение внимания и памяти; нарушение регуляции вегетативных процессов: расстройство пищеварения и сосудистого тонуса, вялость, обмороки, всевозможные боли, не имеющие под собой органической основы; поверхностный и тревожный сон; нервно-психическая слабость; быстрая истощаемость, утомляемость от любой деятельности; неспособность к длительному напряжению; повышенная чувствительность к внешним раздражителям (громкие звуки, яркий свет); головные боли. Влияет на школьную успеваемость психоорганический синдром (ММД) – комплекс нарушений интеллектуальной деятельности,

эмоционально-волевой сферы и поведения, возникающий вследствие органического поражения мозга.

Причины нарушений: осложнения во время беременности матери, ее заболевания; профессиональные вредности, интоксикации; неблагоприятное течение родов (кислородная недостаточность плода в родах, родовые травмы); тяжелые заболевания, перенесенные ребенком в раннем возрасте; травмы головного мозга.

Беспокойство как родителей, так и учителей вызывает синдром дефицита внимания и гиперактивности. Среди причин, способствующих его проявлению, называют:

- различные повреждения головного мозга (травмы, инфекции и другие);
  - проблемы, выявленные в пренатальный, постнатальный периоды, при родах (сложная беременность, асфиксия при родах);
  - генетическая этиология;
  - проблемы со стороны центральной нервной системы.
- В ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» накоплен опыт междисциплинарного подхода в организации медико-психолого-педагогического сопровождения детей с трудностями в обучении, который основан на принципах здоровьесбережения, комплексности при активном участии родителей.

## **ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНИЯ УЧАЩИХСЯ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ**

Гиперактивный синдром характерен для тех детей, которым неподвластна усидчивость, они тратят много сил на суетливые движения, в результате чего быстро устают, они не могут сосредоточиться на какой-то работе или вещи.

И сегодня уже научно доказано, что данное гиперактивное поведение – это не просто проблема, а большой комплекс нарушений, обнаруженных у учащихся. Суть проблемы заключается в недостатке внимания и отсутствии контроля. Данное поведение возможно из-за синдрома дефицита внимания. (Н.Н. Заваденко, Т.Ю. Успенская, 1994).

### **Синдром дефицита внимания проявляется:**

1. в резких и хаотичных движениях рук и ног. В положении сидя ребенок начинает корчиться и делать произвольные движения;
2. в неспособности сидеть спокойно;
3. его возможно легко отвлечь посторонними предметами;
4. в неспособности находиться в очереди, будь то игровой момент или обучение;
5. он не выслушивает вопросы полностью до конца и дает ответ, не обдумав его;
6. он испытывает проблемы с концентрацией внимания;
7. не заканчивает одно действие и начинает второе;
8. часто болтает даже без повода;
9. любит мешать окружающим, часто даже не воспринимает те слова, которые обращены к нему;
10. может часто терять личные вещи;
11. может совершать небезопасные действия и при этом не думает о последствиях (например, перебежать дорогу не по зебре, не обращая внимания на окружающие машины).

**Плохая успеваемость** – типична для ребенка с таким синдромом. На уроках ему трудно решать задания, данные учителем, так как он не организован и не собран, он быстро теряет интерес к данной работе. Такие дети читают и пишут намного хуже, чем их сверстники. В тетрадях обычно написано неряшливо и безграмотно. Это происходит из-за невнимательности учащегося.

**Нарушения в поведении** у школьников начальных классов, как правило, оказывают свое влияние не только на успехи в учебе, но также и на взаимодействия с социумом. Присутствует факт того, что гиперактивные дети склонны испытывать сложность во взаимоотношениях: они не способны на долгие игры с ровесниками, не могут создавать и поддерживать дружеские связи. Ровесники часто делают таких детей изгоями из-за различных конфликтов.

В семейных взаимоотношениях такие дети тоже испытывают множество проблем, их часто сравнивают и ставят им в пример других детей. Они не любят дисциплину и послушание. Замечания бессмысленны и приводят лишь к раздражению родственников.

У детей появляется низкая самооценка. Их мышление и поведение становится деструктивным. Они более агрессивны, упрямы и лживы, способны украсть что-то. Их поведение становится весьма асоциальным.

Вышеперечисленные аспекты говорят о том, что данную проблему необходимо решать в комплексе, привлекать не только родственников и преподавателей, но и различных специалистов.

Необходимо помнить о том, что данный синдром не лечится просто разговорами, среди комплексного воздействия должна быть медицинская терапия. Обязательно нужно показать ребенка врачу и наблюдаться достаточное количество времени.

Занятия с такими проблемными детьми ведет психолог. Именно он назначает специализированные программы для коррекции и развития. Психологическая помощь данным детям также основывается и на взаимодействии с их родственниками. Обязательно нужно объяснить родителям, что ребенок совершает свои действия не умышленно и без поддержки со стороны родственников справиться одному будет достаточно трудно. Также необходимо уяснить, что процесс выхода из подобного нарушения – это не дело пяти минут, нужен большой период времени, много сил и терпения.

#### **Рекомендации родителям детей с синдромом дефицита внимания:**

1. похвала ребенку должна быть при любом удобном случае, будьте более позитивными. Не нужно постоянно указывать на его ошибки, старайтесь подчеркивать его успехи. Это поможет ему стать более уверенным в себе;
2. не используйте часто такие слова, как «нет» и «нельзя». Постарайтесь их заменять другими словосочетаниями;
3. не кричите на ребенка, объясняйте все спокойным тоном;
4. не нагружайте его работой. Давайте только одно задание на определенное время;
5. старайтесь его поощрять за те действия, для которых нужно повышенное внимание (сборка кубиков, уборка, рисование);
6. научитесь жить по четкому расписанию. Прописывайте все до мелочей: время для еды, для работы, для отдыха;
7. помните, что большие компании для ребенка с проблемами не желательны. Во время игр лучше выбирать одного сверстника;
8. не перегружайте ребенка, он не должен утомляться. Именно это может привести к его острой активности;
9. но при этом полезны будут различные занятия, такие как прогулки, спорт, развлечения. Давайте ребенку возможность расходовать избыточную энергию.

Помимо родителей, с такими детьми должны заниматься и учителя. Очень часто случается такое, что у учителей заканчивается терпение и они просят о переводе ученика в другое учебное заведение.

Чтобы нормализовать отношения между учеником и учителем, стоит выполнять всего несколько простых советов. (Н.Н. Заваденко, Т.Ю. Успенская, 1994).

#### **Рекомендации преподавателям:**

- взаимодействие с такими детьми должно быть индивидуальным. Особое внимание стоит обратить на низкое внимание и неспособность к организационной деятельности;
- не стоит заострять внимание на негативных поступках. Нужно хвалить за хорошие дела;
- в момент обучения по возможности исключать факторы, которые будут отвлекать ребенка;
- необходимо всегда помогать, если есть какие-либо трудности;
- все задания нужно прописывать на классной работе;
- если ребенку дается объемное задание, то нужно отслеживать весь ход работы и вносить правки по мере выполнения каждой из частей;
- в период учебы ребенку должна предоставляться возможность позаниматься физическими упражнениями.

## НАРУШЕНИЕ ПАМЯТИ И МЫШЛЕНИЯ

**Память** – это высший умственный процесс, основанный на запоминании, сохранности и пересказе информации. Организм устроен так, что он способен запоминать, сохранять и читать нужную информацию. В произвольной мнестической деятельности основные функции берет на себя левая доля мозга, а в непроизвольной – правое полушарие. При непроизвольном запоминании информации мнестическая задача отсутствует. Непроизвольная (непосредственная) память лучше функционирует именно у учащихся начальных классов. Как правило, некоторую информацию сложно достать в обычной жизни, но она может обнаружиться в условиях гипноза или в других условиях.

Плохая память у школьника может говорить о какой-то проблеме или о целом ряде проблем. Основным показателем плохой памяти у учащихся начальных классов является уменьшение количества информации, которую он может запомнить и воспроизвести, что часто приводит к немалым проблемам в школе.

### **Ребенок с плохой памятью:**

- плохо учится;
- недоволен собой;
- часто имеет низкую самооценку;
- срывает уроки;
- не может запомнить информацию урока;
- медленно запоминает поэзию;
- испытывает затруднения в пересказе содержания неоднократно прочитанных ему сказок и рассказов;
- быстро забывает имена персонажей из прочитанных книг.

В связи с плохой памятью школьника могут часто называть ленивым и глупым. Плохая память может быть связана с плохим пониманием сказанного и медленным чтением. Нарушенная речь может влиять на способность опознавать звуки на слух, письменную речь и на установления причинно-следственных связей. Также существуют проблемы с пересказом принятой информации.

Причины повышенной забывчивости разнообразны и существенно утяжеляют момент обучаемости ребенка, что ведет к неуспеваемости:

- «функциональные» причины: переутомление, эмоциональный стресс, длительное нарушение сна, снижения фона настроения или повышение тревожности. Обычно они имеют хороший прогноз и проходят или значительно уменьшаются после устранения вызвавшей их причины;
- «органические» причины: патологии головного мозга, перенесенная гипоксия, нейроинфекции.

**Мышление** является наивысшей границей сознания человека и отражает в себе внешний мир. Оно базируется на двух важных аспектах: развитие различных информационных понятий об окружающем мире и составление выводов и умозаключений. **Мыслить** – значит понимать принципы действия того или иного предмета, осознавать, как устроен мир.

В основу положено всего три вида мышления: наглядно-действенное, образное и словесно-логическое. В более старших классах у детей хорошо начинает развиваться словесно-логическое мышление. Школьники начинают рассуждать более логично. У учащихся младших классов должны быть четко сформированы все три вида мышления. Словесно-логическое мышление способствует построению ассоциативных рядов. Сформированное мышление у детей в начальных классах участвует в любой мыслительной работе. На момент обучения дети уже должны сравнивать, обобщать,

классифицировать и анализировать. Мыслительная работа влияет на общее развитие школьника.

При несформированности мышления школьники могут испытывать следующие трудности:

- затруднения в понимании и удержании инструкции;
- заменять обобщающие понятия словами конкретного значения;
- не умеют выделять общий понятийный признак при классификации;
- недостаточно развито умение сравнивать слова по их значению;
- затрудняются определить ключевое слово;
- испытывают трудности в актуализации словаря.

Нейрокоррекция – эффективный метод коррекции нарушений когнитивных процессов. В современной детской коррекционной нейропсихологии разработана система помощи детям, которая включает три звена – нейропсихологическую тестовую диагностику, методы «следающей диагностики» и методы коррекционной работы. Тестовая диагностика позволяет выдвинуть предположение о механизмах трудностей ребенка (Т.В. Ахутина и др., 2008), это предположение сопоставляется с результатами анализа поведения ребенка, выполнения им творческих и учебных задач, т.е. с результатами «следающей диагностики» (Н.М. Пылаева, 1995; Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева, 2008).

Основанные на нейропсихологической теории методы «следающей диагностики» («нейропсихологические очки») должны быть доступны и педагогу, и психологу, именно эти методы создают возможность полноценного взаимодействия педагога и психолога. В нейропсихологии разработаны методы коррекции с учетом слабых звеньев ВПФ детей. Так, для развития функций планирования и контроля действий, развития произвольного внимания предложены методики «Школа внимания», «Школа умножения», «Сортировка цветных фигур» и др. (Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева, 2008; Н.М. Пылаева, Т.В. Ахутина, 2007, 2008).

Также предложены методы развития зрительно-вербальных функций (Н.М. Пылаева, Т.В. Ахутина, 2008; Н.М. Скитяева, Т.В. Ахутина, 2011), описаны методы развития зрительно-пространственных функций (Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева, 2008). Есть нейропсихологические коррекционно-развивающие методики широкого профиля, которые учат детей учиться (Т.В. Ахутина и др., 2007). Знакомство с этими методами позволит школьным психологам, педагогам начальной школы и воспитателям сделать свою работу более прицельной и эффективной.

Все названные методики построены с учетом закономерностей процессов интериоризации, раскрытых Л.С. Выготским и П.Я. Гальпериным. Организация совместной деятельности педагога и ученика последовательно меняется таким образом, что действие, которым вначале владеет педагог, становится внутренним достоянием ученика. Условиями, позволяющими ребенку освоить действие, являются максимальное развертывание подлежащего освоению действия, его максимальное упрощение, совместное решение учебной задачи. По мере освоения действия помощь взрослого сокращается.

Такая технология носит сейчас название «скаффолдинг» (scaffolding) – оказание помощи в зоне ближайшего развития ребенка с ее сокращением по мере увеличения его возможностей. Эту метафору «построения лесов, а потом их удаления», когда дом построен, предложил Дж. Брунер (Wood et al., 1976). В литературе сейчас описываются разные варианты организации совместной деятельности для решения развивающих и реабилитационных задач (см., напр.: Т.В. Ахутина, Н.М. Пылаева, 2008; Vodrova, Leong, 2007).

В технологии скаффолдинга для развития функций II и III блока мозга (А.Р. Лурия, 1973) используются разные модификации методов. В системах методов, направленных на развитие и коррекцию функций III блока, принципиально значимыми

являются экстериоризация программы и дозирование заданий. Для коррекции функций II блока необходимо обеспечение простоты выбора нужного элемента – от выбора среди далеких элементов к выбору среди близких, похожих элементов. Формированию базовых основ, предпосылок когнитивных функций могут способствовать методики, воздействующие на сенсомоторный уровень детей (Комплексная методика... 1998; и др.).

**Список психодиагностических методов:**

- Метод опосредованного запоминания (по А.Н. Леонтьеву): изучение мыслительной работы дает понятия о критичности мышления, как ребенок обобщает мысли, оригинален ли он и абстрактен;
- Тест Тулуз-Пьерона: изучение свойства внимания;
- Метод Пьерона-Рузера: изучение специфики внимания и характера выносливости ребенка;
- Таблица Шульте: изучение специфики внимания и характера выносливости ребенка;
- Метод «Последовательность событий»: улучшенный метод А.Н. Берштейна; Изучение умения мыслить логически;
- Диагностические методы Н.Я. Семаго, М.М. Семаго: изучение специфики развития в плане познания, изучение различных сфер психического здоровья;
- Метод «Исключи предмет (Один излишний)» (Н.Л. Белопольская): изучение специфики мышления на умение обобщать принятую информацию;
- Метод «Найти смысл в сюжете картин» (Н.Л. Белопольская): изучение смысла в картинах, как очевидного, так и скрытого;
- Метод «Части картин» (Н.Л. Белопольская): изучение на восприятие в целом и по частям;
- Метод «Запомни десять слов» (А.Р. Лурия): главный принцип заключается в том, чтобы запомнить как можно больше слов и потом их воспроизвести;
- Нейропсихологическая батарея Лурии-Небраска (изучение нейропсихологических функций, таких как осязание, визуализация, слух, чтение, математические способности, письменность, способность запоминать и мыслить).

## **ГРАФОМОТОРНЫЕ НАВЫКИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЯ ПОЧЕРКА**

Письмо – сложный речукодвигательный зрительный акт, в котором принимает участие речеслуховой и речедвигательный, зрительный и двигательный анализаторы. Правильный захват у детей начинает формироваться очень рано, а именно с самого рождения.

Чтобы ребенок правильно и без помарок писал, у него должна быть достаточно хорошо развита мелкая моторика и сформированы пространственные представления. Очень важно, чтобы еще до школы ребенок умел рисовать, лепить из пластилина, мог хорошо координировать слабые движения пальцев в сочетании с общей моторикой.

### **Последовательность подготовки ребенка к письму:**

- пространственное восприятие: цвет, вид, количество, размеры, определение расстояния между вещами, расположение предметов около друг друга, определение дальности предметов;
- зрительно-пространственный анализ и восприятие: отличия предметов (отличие деталей предметов), складывание кубиков по образцу;
- представления о пространстве: уметь показать: «низ-верх», «право-лево», «ниже-выше», «центр-середина», при срисовывании предмета соблюдать пропорции;
- зрительный гнозис (восприятие и узнавание): контурное представление предмета, «зашумленных» предметов, изображений предметов, наложенных друг на друга, недорисованных вещей;
- речевые обозначения зрительно-пространственных представлений: правильное употребление предлогов, описывающих пространство (в, с, на, за, под, над, перед, около, сзади, из-за, из-под);
- несформированность графомоторных функций может отмечаться как у нормотипичных детей, так и у детей с самой разной патологией: детский церебральный паралич, синдром двигательной гиперактивности с дефицитом внимания, речевыми нарушениями, аутизмом, интеллектуальной недостаточностью и др.

**При несформированности графомоторных навыков ведущей руки отмечается:**

- отставание в темпе и скорости выполнения письменных заданий;
- сосредоточение на самом процессе письма не позволяет сконцентрироваться на выполнении интеллектуального задания;
- замедленное развитие моторных функций;
- нарушение координации сложных движений;
- снижение скорости и ловкости выполнения движений;
- плохая координация верхних конечностей;
- работа локтя и плеча вместо запястья;
- неправильный захват ручки;
- отсутствие опоры на предплечье.

### **Этапы работы по улучшению графомоторных навыков:**

1. подготовительный этап – искусственная локальная гипотермия, криоконтрастная терапия, контрастные ванночки;
2. главный этап – применение упражнений на практике: статические, динамические упражнения на силу, при помощи различных предметов, упражнения с ручкой;
3. заключительный этап – формирование графомоторной функции и развитие графомоторного навыка: развитие мелкой моторики рук при помощи пальчиковых красок, карандашей и ручек.

Критерием эффективности данной деятельности при коррекции почерка является в первую очередь правильная оценка нарушений графомоторных навыков, а также раннее начало работы по формированию навыка, составление индивидуальной программы, обязательная работа родителей с детьми на занятиях и дома.

**Рекомендации по развитию нормального захвата:**

- пинцетный и щипковый захват. Легкий способ развить нормальный захват при помощи любой коробки и мелких предметов в ней (бусы, шарики и прочее);
- лепка. Лепить можно из пластилина, теста, глины и другого материала;
- конструирование. В данной деятельности принимают участие не только руки, но и зрение. Отлично подойдут различные конструкторы, пазлы и так далее;
- пальчиковые игры;
- использование различных предметов, которые помогут сформировать нормальный захват (насадки на карандаши).

Нужно понимать, что ребенка не стоит торопить, ему нужна помощь для того чтобы он смог развить правильный захват. Не нужно нагружать ребенка и давать ему более сложные задания, к которым он не готов ни физически, ни психологически.

**Методы оценки графомоторных навыков:**

- графический диктант. Д.Б. Эльконин: изучение навыков слушать и выполнять задания, ориентироваться в пространстве, быть самостоятельным, делать работу без помощи взрослого;
- методика «Домик». Н.И. Гуткина: выявление способности четко следовать образцу работы, умение копировать. Изучение координации и мелкой моторики рук;
- методики Н.О. Озерецкого и Н.И. Гуревич: изучения степени развитости мелкой моторики рук;
- пособия Т.А. Павловой: изучение пространственных представлений;
- переработанная М.М. Безруких методика теста М. Frosig: выявление проблем со зрительным восприятием.

Отдельно следует сказать о трудности обучения письму и чтению леворуких детей. Леворукие дети – не однородная группа, и поэтому делать какой-то вывод об особенностях леворуких только потому, что они работают в основном левой рукой, было бы неверно. В каждом отдельном случае мы можем с большей или меньшей долей вероятности предполагать, какой вариант леворукости у конкретного ребенка. В тех случаях, когда в семье есть леворукие, не было патологии беременности и родов, не отмечались отклонения на ранних этапах развития ребенка (до года), можно говорить о генетическом варианте.

Патология беременности, патология в родах (асфиксия, использование инструментов, родовые травмы головы), тяжелые заболевания, травмы, отклонения на ранних этапах развития (особенно нарушение речевого развития) и отсутствие семейного левшества позволяют предположить вариант компенсаторной леворукости. Родителям и педагогу стоит очень внимательно проанализировать историю развития ребенка, использовать специальную методику для определения ведущей руки, чтобы уметь прогнозировать проблемы ребенка, а не пытаться их решить через несколько лет трудностей обучения и неудач.

Для определения ведущей руки следует использовать комплекс специальных заданий, подобранных с учетом способов манипулирования, свойственных детям дошкольного и младшего школьного возраста. Бытовые, часто используемые действия дети выполняют обеими руками, что затрудняет выделение ведущей руки. Поэтому некоторые задания мы даем в двух вариантах.

Для того чтобы результаты тестирования были объективны, постарайтесь соблюдать ряд условий: лучше, чтобы ребенок не знал, что вы «что-то проверяете», поэтому предложите ему «позаниматься» или «поиграть»; это должна быть игра по

правилам: взрослый должен сидеть строго напротив ребенка, а все приспособления, пособия, предметы следует класть перед ребенком на середину стола, на равном расстоянии от правой и левой руки. Лучше, если коробочки, бусины, мяч, ножницы и т.п. будут разложены рядом на низком столике, чтобы ребенок не видел их, не отвлекался. Во всех заданиях, приведенных ниже, ведущей рукой следует считать ту, которая выполняет более активное действие.

## **ПИСЬМЕННАЯ РЕЧЬ**

Письменная речь – это один из видов речи, включающий в себя письмо и чтение. Письменная речь формируется на базе устной речи. Устная речь – первична. Если устная речь осуществляется в основном деятельностью речедвигательного и речеслухового анализаторов, то письменная речь, как считает Б.Г. Ананьев, «является не слухомоторным, а зрительно-слухомоторным образованием». Письменная речь – это зрительная форма существования устной речи (Р.И. Лалаева, 2002).

Письменная речь, по словам Л.С. Выготского, – наиболее сложная форма намеренной и сознательной речевой деятельности человека. О.Б. Иншакова представляет ее не только как фиксацию фонематического состава с помощью специальных графических знаков (букв), но и предполагает создание программы высказывания письменного текста, т.е. письменного порождения речи.

Нарушения письменной речи у младших школьников в общеобразовательной школе проявляются при наличии у них отклонений в устной речи, чаще всего это дети с общим недоразвитием речи.

В литературе нарушения письма и чтения обозначаются терминами: дисграфия (аграфия), дислексия (алексия), дизорфография.

По мнению О.И. Азовой, нарушение процессов чтения и письма взаимосвязаны, зависимы друг от друга и могут выступать как причина и следствие. Чаще всего у одного и того же ребенка наблюдаются оба нарушения.

## **ПРИНЦИПЫ ОРФОГРАФИИ**

Навык правильного письма основывается на владении принципами современной орфографии.

Понятие «принципы орфографии» обозначает закономерности, включающие в себя группу правил, применяющихся к конкретным языковым явлениям.

1. Фонематический принцип. Произношение слова и его написание должны соответствовать друг другу. Если фонематический принцип нарушается, возникает дисграфия.

2. Морфологический принцип. Написание морфем должно быть одинаковым, независимо от их произнесения. Этому принципу подчинена большая часть слов русского языка. Следствием нарушения морфологического принципа является дизорфография.

3. Дифференцирующий принцип. Если слова в русском языке звучат одинаково, но пишутся по-разному. Данный принцип разграничивает слова, используя средства орфографии.

4. Традиционный принцип реализуется тогда, когда морфологический принцип не может объяснить написание слова. Если слово проверить нельзя, исходя из правил, оно пишется на основе сложившейся традиции (О.Б. Иншакова, А.А. Назарова, 2016).

Кроме того, в русском языке есть принципы, которые регулируют слитное, раздельное или дефисное написание слов, а также правила переноса, использование прописных букв.

Несмотря на то, что морфологический принцип является основным, чтобы им овладеть, ребенок должен усвоить фонетический принцип русского языка. Необходимо умение делить слова на слоги, определять какой слог является ударным, находить гласные и согласные звуки, определять позиционные чередования.

## **НАРУШЕНИЯ ПИСЬМА И ЧТЕНИЯ**

Термины «дислексия» и «дисграфия» в нашей стране используют для обозначения нарушений письма и чтения, возникающих как в результате распада речи, так и в результате недоразвития высших психических функций. В данном случае ошибки, возникающие у детей при чтении и письме, – не следствие невнимательности. Они являются стойкими. Нарушения подразделяются на первичные и вторичные:

– первичные дисграфии и дислексии всегда бывают связаны с афазией и обусловлены нарушениями деятельности корковых отделов мозга (речедвигательных, речеслухового, зрительного). Также причиной служит нарушение лобных областей мозга;

– вторичные нарушения, как правило, представляют собой сочетания с нарушениями устной речи, зрительными расстройствами, с оптико-пространственной недостаточностью, с нарушением слуха и фонематического восприятия.

Нарушения чтения и письма часто сопутствуют умственной отсталости, а также могут быть совместно с ДЦП, моторными расстройствами. Дисграфия и дислексия могут наблюдаться совместно с ринолалией, дислалией, дизартрией, алалией. То есть сопутствуют сложным речевым расстройствам, но при этом могут возникать и самостоятельно. В группе риска дети-билингвы и дети с ведущей левой рукой.

## **ЭТИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ ПИСЬМА И ЧТЕНИЯ**

Говоря о природе происхождения дисграфии и дислексии, нужно учитывать, что на возникновение этих нарушений влияет воздействие сразу нескольких факторов. Эти факторы также могут влиять друг на друга, в результате картина патологических проявлений разнообразна. Дисграфия и дислексия – это сложные синдромы. Степень проявления их может быть различной.

Исследователи выделяют несколько групп факторов, которые вызывают нарушения письма и чтения у детей:

1. медико-биологические факторы. Сюда входят органические поражения центральной нервной системы, возникающие на ранних этапах развития, в пренатальном и постнатальном периодах;

2. генетические факторы. Это наследственная незрелость тех участков головного мозга, которые отвечают за формирование навыков письма и чтения. Влияние происходит на генном уровне;

3. психосоциальные факторы. К данным факторам относятся условия, в которых растет и развивается ребенок, особенности его воспитания, социальное окружение. Психосоциальные факторы являются вторичными, но они могут повлиять на первые две группы факторов, усилить или же уменьшить их.

## КЛАССИФИКАЦИИ ДИСГРАФИИ

Проблема дисграфии является сложной. Существует несколько видов классификации дисграфии. Цель классификаций – упорядочить понятия, разделить степени и описать причины возникновения данного нарушения. Все классификации можно разделить на группы:

1. **Этиопатогенетические.** При классифицировании дисграфию разделяют на первичную и вторичную;
2. **Симптоматические.** Данный вид классификации строится по уровням нарушения (И.Н. Садовникова);
3. **Психологические.** Этот вид классификации позволяет анализировать механизмы нарушений (Р.И. Лалаева, О.А. Токарева).

Логопеды НПЦ ДП в обследованиях используют классификацию на основе несформированности операций письма, разработанную кафедрой логопедии ЛГПИ им. А.И. Герцена. На ее основании выделяют такие **виды дисграфий**:

- артикуляционно-акустическая дисграфия (сходна с выделенной М.Е. Хватцевым дисграфией на почве расстройств устной речи);
- дисграфия на основе нарушений фонемного распознавания (по традиционной терминологии – акустическая дисграфия);
- дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза (представлена в работах Р.Е. Левиной, Н.А. Никашиной, Д.И. Орловой, Г.В. Чиркиной);
- аграмматическая дисграфия (охарактеризована в работах Р.Е. Левиной, И.К. Колповской, Р.И. Лалаевой, С.Б. Яковлева);
- оптическая дисграфия.

## СИМПТОМАТИКА ДИСГРАФИИ

**Дисграфия** проявляется в стойких специфических ошибках, которые не проходят с возрастом. Дисграфические ошибки – это ошибки только в сильной позиции. При дисграфии отмечается наличие достаточно большого количества ошибок, которые носят стойкий характер, т.е. повторяются из работы в работу. На письме отмечаются искажения и замены букв, искажения звукослоговой структуры слова, нарушения слитности написания отдельных слов в предложении, аграмматизмы на письме. Дисграфия может сочетаться с неречевой симптоматикой: неврологическими нарушениями, нарушением познавательной деятельности, восприятия, памяти, внимания, психическими нарушениями, которые входят в состав нервно-психических и речевых расстройств (при алалии, дизартрии, нарушении речи при умственной отсталости и др.) (Логопедия: учебник для студентов дефектологических факультетов пед. вузов).

Р.И. Лалаева в зависимости от механизма нарушения выделяет следующие ошибки при дисграфии:

- ошибки, связанные с нарушением фонематического восприятия (трудности дифференциации фонем, имеющих акустико-артикуляционное сходство: по звонкости-глухости, твердости-мягкости, лабиализованные гласные, заднеязычные звуки между собой, смешение сонорных звуков, свистящих и шипящих, аффрикат между собой);
- ошибки языкового анализа и синтеза (обозначение границы предложения; несформированность структуры предложения (слитное или раздельное написание слов); несформированность слогового и звукового анализа; пропуск, перестановки, вставки букв);

- ошибки, связанные со смешением/заменой графически сходных букв с различным пространственным расположением элементов (гностические ошибки по оптическому сходству букв; диспрактические ошибки, связанные с нарушением кинетического запуска, эти ошибки характерны для массовой школы (И.Н. Садовникова); ошибки зеркального письма);

- аграмматизмы.

В общеобразовательных школах приоритет составляют ошибки фонематического восприятия, т.е. замены и смешения. Несколько меньшее количество составляют ошибки анализа структуры предложения. Ошибок оптического характера в общеобразовательной школе еще меньше.

## **ДИЗОРФОГРАФИЯ**

**Дизорфография** – стойкое специфическое нарушение усвоения орфографических знаний, умений и навыков и использования морфологического принципа орфографии, которое проявляется в разнообразных и многочисленных орфографических ошибках.

По мнению О.И. Азовой, в основе дизорфографии лежит нарушение языкового и когнитивного развития, что свидетельствует о тесной связи дисграфических и орфографических ошибок на письме (О.И. Азова, 2019). Чаще всего дизорфография проявляется у тех детей, у которых присутствует общее недоразвитие речи, бедный словарный запас, не сформированы грамматические категории языка. Эта связь отмечается многими учеными: И.Н. Садовниковой, А.В. Ястребовой, Р.И. Лалаевой, И.В. Прищеповой, О.Е. Грибовой, О.И. Азовой и др.

Дети с дизорфографией делают много орфографических ошибок на письме, подчиняющихся морфологическому принципу написания, у них возникают трудности с подбором проверочных слов, применением грамматических правил, проведением морфемного анализа. В связи с нарушением мнестических процессов и развития речи, отмечаются ошибки также по традиционному принципу, что приводит к трудностям применения орфографических правил.

Дизорфография бывает легкой, средней и тяжелой степени в зависимости от количества допускаемых ошибок. На данный момент нет единого мнения об этиологии дизорфографии. Многие авторы указывают на нарушение речевого развития, в связи с чем нарушается «языковое чутье» (дети с общим недоразвитием речи), органическое поражение головного мозга, нарушение процессов внимания, памяти, мыслительных операций – базовых для работы письменной речевой деятельности.

## **ОБСЛЕДОВАНИЕ НАВЫКА ПИСЬМА У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ**

При обследовании детей происходит комплексное изучение устной речи. Диагностируется звукопроизношение, звуковое восприятие, звуковой анализ и синтез, слоговая структура слов, лексико-грамматический строй речи. Может ли ребенок изменять слова, образовывать новые, насколько у него развита связная речь. Кроме того, обследуются зрительно-пространственные отношения, общая и мелкая моторика, зрительная память, зрительно-моторная координация, внимание, латеральный профиль, сукцессивные способности.

Полноценное обследование навыка письма проводится после того как ребенок прошел весь букварь. У детей в 1-м классе оцениваются условия готовности к обучению: устная речь, развитие памяти, внимания, мышления, восприятия. Целью диагностики является предупреждение нарушений письма и чтения. Непосредственно коррекция дисграфии проводится начиная со 2-го класса.

При обследовании письма используются следующие приемы:

для 1-го класса – подбор названия букв, обозначающих соответствующие звуки из разрезной азбуки; запись букв под диктовку, слогов под диктовку, простых односложных слов без стечений;

со 2-го класса задания усложняются. Ребенка просят записать двух-, трехсложные слова со стечениями, предложения. Кроме того, проводится диктант, анализ контрольных тетрадей. Диагностируется умение списывать с печатных и рукописных текстов;

в 4-м классе дается задание написать небольшой рассказ по сюжетной картинке или серии сюжетных картинок, по мультфильму или кино, по прошедшему празднику.

## ЧТЕНИЕ

Чтение – очень важный навык для учебной деятельности. Чтение вслух – это сложный процесс декодирования зрительной информации, которая представлена в письменном виде и предполагает перевод графических символов в устную речь. При чтении задействованы голосовая и артикуляционная системы. Чтение про себя в психологической структуре отличается от звукового чтения. Это более легкий и быстрый вид чтения, при котором пропадает озвучивание.

Для того чтобы научиться читать, ребенок должен усвоить определенные операции:

- необходимо зрительно воспринимать и узнавать буквы;
- соотнести букву со звуком (перешифровка буквы в звук);
- воспроизвести звукопроизносительный образ, т.е. прочитав;
- соотнести прочитанное со смыслом, в результате чего происходит понимание текста.

По Т.Г. Егорову, чтение проходит ряд ступеней формирования:

1. овладение звуко-буквенными обозначениями. Это добукварный и букварный периоды. Чтобы правильно усвоить буквы, необходимо наличие правильного звукопроизношения и сохранного фонематического слуха, сформированные зрительный анализ, зрительная память, пространственные представления;

2. послоговое чтение. На этом этапе единицей чтения является слог;

3. становление приемов синтетического чтения. Ребенок обнаруживает две стратегии чтения: целиком читаются короткие и знакомые слова, малознакомые и длинные читаются по слогам;

4. синтетическое чтение. Ребенок читает целыми словами или группами слов. Если у ребенка сформирована познавательная деятельность, большой объем словарного запаса, необходимый для его возраста, развит грамматический строй речи, то понимание текста будет проходить без затруднений.

Только при сохранности всех условий и сформированности всех перечисленных функций навык чтения формируется правильно. В остальных случаях возникает нарушение чтения – дислексия.

## НАРУШЕНИЯ ЧТЕНИЯ

Для описания нарушений чтения специалисты используют термины **алексия** и **дислексия**. Эти понятия были введены еще в XIX веке. Алексия выражается в полном отсутствии чтения. Алексия может развиваться как самостоятельно, так и в совокупности с аграфией – неразвитым навыком письма и с афазией. **Дислексия** – частичное расстройство процесса овладения чтением. Проявляется стойкой избирательной неспособностью овладеть навыком чтения.

При дислексии ребенок частично не может овладеть чтением. Данное отклонение является стойким, проявляется в неумении складывать отдельные слова из слогов, а также неумением читать целыми словами, поэтому затруднено понимание смысла текста. Отмечается, что эмоциональная и волевая незрелость, нарушения внимания и памяти, нарушения сукцессивной способности также сопровождают дислексию (А.Н. Корнев).

#### *Симптомы дислексии*

К симптомам дислексии относятся ошибки технической и семантической стороны процесса чтения:

- нарушение скорости чтения, когда ребенок читает медленно, неравномерно;
- нарушение способа чтения, которое выражается в трудностях овладения навыками слогослияния, побуквенном чтении или позвуковом чтении;
- нарушение правильности чтения: незнание букв; смешение и замены звуков при чтении, сходных по акустико-артикуляционным признакам; нарушение узнавания графически сходных букв; искажения звуко-слоговой структуры (пропуски согласных при стечениях, замены, добавления звуков, перестановки звуков и слогов);
- аграмматизмы при чтении.

### **КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСЛЕКСИИ**

Исходя из того, какой механизм нарушен, Р.И. Лалаева выделяет следующие **виды дислексии:**

1. оптическая дислексия. Если буквы графически похожи между собой, их различие трудно усваивается ребенком, появляются их замены и смешения. Причиной служит нарушение оптико-пространственного восприятия, оптико-пространственных представлений, зрительного анализа и синтеза. Как следствие страдает чтение;
2. мнестическая дислексия. При данном виде дислексии нарушен процесс установления связи между звуком и буквой с речевой памятью. Возникают трудности в усвоении всех букв. Ребенку трудно запомнить букву и как она произносится;
3. фонематическая дислексия, обусловленная недоразвитием фонематического восприятия. Возникает вследствие нечеткого представления о звуках, сходных по акустико-артикуляционным признакам;
4. фонематическая дислексия, обусловленная недоразвитием фонематического анализа. Ребенку трудно узнать звук на фоне слова, определить первый и последний звук, его место в слове;
5. семантическая дислексия. Ребенок не способен понять отдельно взятое слово в тексте или не может усвоить смысл прочитанного;
6. аграмматическая дислексия. Нарушено соблюдение грамматических правил при чтении. Ребенок не может согласовать слова по родам, числам, неправильно употребляет падежные окончания. Отмечаются множественные аграмматизмы;
7. тактильная дислексия. Проявляется у слепых детей.

### **ОБСЛЕДОВАНИЕ НАВЫКА ЧТЕНИЯ**

Навык чтения очень важен для младшего школьника. Своевременная диагностика дает возможность исправить нарушения на ранних этапах. Важно проводить исследование чтения комплексно, в индивидуальном порядке. Нужно грамотно подобрать методики, не допускать исправления ошибок ребенка в ходе процесса обследования. Если выявлены проблемы с чтением, то обследование повторяется. Это делается, чтобы удостовериться, что на результат не повлияли

субъективные причины. Возможно, ребенок испытывал недомогание или был утомлен и не готов к обследованию.

Обследуя навык чтения, специалисты учитывают:

- скорость чтения. Для этого используется текст с просчитанным количеством знаков;
- способ чтения. Доступно ли ребенку слитное чтение или же он читает побуквенно или послогово;
- правильность чтения. Отмечаются специфические ошибки при чтении. Необходимо обратить внимание на паузы, постановку ударений, пропуски звуков, слогов или слов, замены, перестановки, отмечаются аграмматизмы, искажения слов;
- понимание прочитанного. Ребенку предлагают ответить на вопросы по тексту, его пересказ. Исследуется, доступно ли учащемуся понимание скрытого смысла.

Далее приведен перечень методик, которые позволяют комплексно обследовать развитие речи детей.

- Экспресс-методика для проверки навыков чтения, счета и письма при поступлении в школу. Н.Л. Белопольская (исследование навыков чтения, письма и счета).
- Графический диктант. Методика разработана Д.Б. Элькониным. (Исследование ориентации в пространстве, определение умения внимательно слушать и точно выполнять указания взрослого, правильно воспроизводить заданное направление линии, самостоятельно действовать по указанию взрослого).
- Лексико-грамматические конструкции. Методика разработана А.В. Семенович (Комплексная диагностика и коррекции психоречевых нарушений у дошкольников со сложной структурой дефекта (общее недоразвитие речи, осложненное гиперактивностью)).
- Диагностический комплекс для обследования речи О.Б. Иншаковой (Позволяет выявить нарушения: звукопроизношения, слоговой структуры слов, фонематического анализа и синтеза, словаря и грамматического строя речи у ребенка).
- Диагностический материал для психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи 5-6 и 6-7 лет Р.А. Кирьяновой (Обследование детей с тяжелыми нарушениями речи, исследования речевых и неречевых функций).
- Методика «Логопедическое обследование детей» В.М. Акименко. В этой методике представлена общая диагностика речевого развития.
- Методика обследования нарушений речи у детей Г.А. Волковой (Исследование различных сторон речевой деятельности (фонетическая, лексическая, грамматическая, фонематические процессы, понимание речи), а также неречевых расстройств в структуре дефекта).
- Оценка способа чтения с помощью Теста оперативных единиц чтения ТОПЕЧ А.Н. Корнева (Определение типа слогов, с тренировки которых необходимо начинать работу, и слоговой сложности слов, доступных ребенку для чтения на данном этапе).
- Диагностика развития письменной речи А.Н. Корнева (проверка уровня сформированности навыка письма).
- Тестовая диагностика Т.А. Фотековой. Тестовая методика диагностики устной речи младших школьников (Предлагаемая методика предназначена для выявления особенностей речевого развития детей).

В ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» накоплен уникальный опыт проведения логопедического и дефектологического обследования детей, разработаны протоколы (Приложение 1, Приложение 2) и технология проведения обследований. Динамическое

типологическое толкование полученных при исследовании данных (комплексность диагностики особенностей развития познавательной сферы ребенка: памяти, внимания, мышления, общей работоспособности, особенности формирования личностной сферы: наличие школьной тревожности, страхов, уровень самооценки, сформированность волевой сферы, способность к произвольной регуляции поведения, сформированность познавательной мотивации, семейные взаимоотношения, представление о взаимоотношениях ребенка и родителей) предполагает создание «динамической типологии ребенка с ОВЗ», учитывающей внутреннюю структуру и динамику детского развития в норме и при отклонениях от нее.

Анализ структуры отклонения предполагает необходимость: «а) объяснить из одного принципа наблюдающиеся при этом расстройстве плюс - и минус-симптомы; б) свести к единству, к закономерно построенной структуре все, даже самые далеко отстоящие друг от друга симптомы, и в) наметить путь от очаговых расстройств определенного рода к специфическому изменению всей личности в целом и образа ее жизни» (Л.С. Выготский, 1982, с. 174). Такое структурное описание синдрома дополняется характеристикой его динамики. Задача создания такой типологии требует участия специалистов разного профиля, междисциплинарного интегративного подхода.

## **ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ДЕТЕЙ СО СЛОЖНОЙ СТРУКТУРОЙ ДЕФЕКТА**

Обучение детей с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР), сложной структурой дефекта требует особых психолого-педагогических подходов, коррекционной помощи, объем которой существенно превышает содержание и качество поддержки, оказываемой при каком-то одном нарушении: интеллектуальном или физическом. Все эти проявления совокупно препятствуют социализации ребенка, развитию его самостоятельной жизнедеятельности.

Динамика развития детей данной группы определяется рядом факторов: этиологией, патогенезом нарушений, временем возникновения и сроками выявления отклонений, характером и степенью выраженности каждого из первичных расстройств, их сочетанием, а также сроками начала, объемом и качеством оказываемой коррекционной помощи. Сложно соотнести психофизический уровень развития детей со сложной структурой дефекта с какими-либо возрастными параметрами (отсталость от паспортных норм возраста).

Проблемы с коммуникацией, т.е. с пониманием речи и ее развитием, часто называют одной из основных причин тяжелых нарушений поведения у людей со сложными формами аутизма и умственной отсталостью (Carr et al., 1997). Отсутствие понятной, спонтанной речи в возрасте пяти лет считается поводом для неблагоприятного прогноза на будущее (Billstedt, 2007; Billstedt, Gillberg & Gillberg, 2005; Howlin, Goode, Hutton & Rutter, 2004; Shea & Mesibov, 2005).

Л.С. Выготский подчеркивал единство интеллекта и аффекта при умственной отсталости, и это проявляется у детей с ТМНР в виде повышенной эмоциональной возбудимости, немотивированных колебаний настроения, снижения эмоционального тонуса и побуждений к деятельности, в виде нарушения эмоционального контакта с окружающими. В связи с выраженными нарушениями и (или) искажениями процессов познавательной деятельности, вызванными поражением центральной нервной системы, непродуктивными оказываются подходы, требующие формирования абстрактно-логического мышления и речемыслительных процессов.

В силу того, что связь с внешним миром у ребенка нарушена, не реализуется основная цель вербальной коммуникации: не устанавливается контакт со слушателем. Дети часто характеризуются ограниченным запасом слов, эхολалией (многократным

повторением слов и фраз), постоянными и чрезмерными вокализациями, или «немотой» в отдельных ситуациях. Некоторые аутичные дети имеют речевые навыки и произносят слова, но вне контекста, и не используют речь для общения и коммуникации. Некоторые затрудняются в произнесении слов из-за моторной алалии. А у некоторых аутичных детей (высокофункциональный аутизм или синдром Аспергера) может не быть серьезных нарушений речи, но их речь звучит искусственно, напыщенно, а иногда в процессе общения они затрудняются вести диалог или соблюдать социальные правила.

Несмотря на разнообразие языковых способностей у детей с РАС, нарушения в области социальной коммуникации и прагматики речи встречаются у всех без исключения, независимо от возраста и уровня развития (Tager-Flusberg, Joseph & Folstein, 2001). В соответствии с работой Wetherby (2006), нарушения в области социальной коммуникации происходят в двух основных областях: 1) способность к совместному вниманию; 2) способность к использованию и восприятию символов. Поскольку совместное внимание развивается до появления первых слов, нарушения в данной области могут считаться более фундаментальными, кроме того, ряд лонгитюдных исследований приводит данные в пользу наличия связи между совместным вниманием и развитием речи (Charman et al., 2003; Mundy, Sigman & Kasari, 1990).

Поэтому речевое развитие ребенка с особенностями в развитии является приоритетной задачей коррекционного процесса в образовательной организации, немаловажен выбор педагогических и коррекционных методик. При проектировании работы с неречевыми детьми важно выбирать наиболее эффективные инструменты и методы, к таким относится альтернативная система коммуникации – PECS, коммуникативные планшеты или различного вида электронные приспособления.

В исследовании, посвященном использованию PECS в условиях школы, были сделаны выводы, что для того чтобы закрепить позитивный эффект от введения PECS, очень важно оказывать поддержку и помогать школьному персоналу стимулировать и поддерживать полученные ребенком навыки (Howlin, Gordon, Pasco, Wade & Charman, 2007). В Германии поддерживающей коммуникацией, или «коммуникацией с опорой», называют различные виды педагогической и терапевтической помощи, оказываемой лицам с отсутствием или существенными ограничениями устной речи, с целью оптимизации их коммуникативных возможностей. В качестве общепринятого международного обозначения поддерживающей коммуникации используется аббревиатура AAC (Augmentative and Alternative Communication – дополнительная и альтернативная коммуникация).

Дополнительная коммуникация востребована лицами с недостаточно сформированной устной речью, которые нуждаются в соответствующей дополнительной поддержке, сопровождении собственной речи. Она представлена системой методов, с одной стороны, призванных помочь детям с временным запаздыванием речевого развития пережить долгий период отсутствия речи, способствуя овладению ею. С другой стороны, дополнительная коммуникация облегчает понимание вербальных сообщений лиц с тяжелыми речевыми нарушениями и обеспечивает им более эффективное взаимодействие с окружающими в дополнение к их устной речи.

Чем раньше ребенок научится коммуникации, т.е. обращению к окружающим, тем больше вероятность того, что в будущем он сможет общаться и с помощью вокальной речи. Формирование навыка «Как общаться» является основой не только развития речевых навыков, но и важнейшим навыком социализации, способом избежать в будущем возникновения проблем в поведении и агрессии, социальной отстраненности и потери речевых навыков.

Кроме того, нами апробируется работа с календарем. Календарь – это символическая система коммуникации, в которой символы или предметы-символы используются для представления основных видов деятельности в течение определенных отрезков времени. Благодаря календарной системе ребенок включается в ежедневную последовательность событий и видов деятельности, что становится основой для развития различных средств коммуникации. Календарная система (Я. Ванн Дайк, М. Джансен, Т. Виссер) как методика была разработана в Голландии, нацелена на формирование навыка у детей связывать сигналы (предмет, символ, рисунок, жест) с определенными реакциями и поведением, что является важным условием для обучения вообще, для обучения коммуникации в особенности.

Необходимым условием введения методов альтернативной системы коммуникации в учебный процесс является выстроенная система взаимодействия с родителями, прежде всего, обучение самих родителей методам альтернативной коммуникации. «Родителям нужны знания о коммуникативных возможностях их ребенка и о том, как они могут использовать эти возможности в своей коммуникации с ним. Они должны освоить, выработать и использовать стратегии, которые дадут им возможность брать на себя коммуникативную инициативу и участвовать в диалогах с реальным содержанием».

Для детей, у которых речевые расстройства связаны также с расстройствами моторного аппарата, интенсивная работа над моторикой, применение методов сенсорной интеграции может улучшить и речевые навыки, научить ребенка лучше контролировать свое тело. Кроме того, для обучения речевым и социальным навыкам используются такие методы, как «Социальные истории», видео-моделинг, а также различные визуальные материалы, например, список написанных правил для применения в общении или матрицы для правильного построения фраз.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, младший школьный возраст – возраст интенсивного интеллектуального развития. Интеллект опосредует развитие всех остальных функций, происходят интеллектуализация всех психических процессов, их осознание и произвольность. В этом возрасте происходит смена стиля жизни ребенка, появляется новая социальная роль – роль ученика, формируется новая ведущая деятельность – учебная. Интеллектуальная готовность является важной, но не единственной предпосылкой успешного обучения ребенка в школе. Очень важным компонентом, определяющим готовность ребенка к обучению, является физическое и моторное развитие.

Важнейшим фундаментом эффективного формирования и полноценного развития ребенка является начальная школа. В это время закладываются основы успешного интеллектуального и личностного роста обучающегося. Психофизиологическая готовность к обучению сформирована не у всех детей, и важно своевременно определить, какие отделы мозга и функции нарушены или недостаточно сформированы, на формирование каких функций нужно направить силы в первую очередь.

Решающее значение в готовности к усвоению школьной программы имеет не само по себе овладение знаниями и навыками, а уровень развития познавательных интересов и познавательной деятельности ребенка. Познавательные интересы складываются постепенно, в течение длительного времени, и не могут возникнуть сразу при поступлении в школу, если в дошкольном возрасте их воспитанию не уделялось достаточно внимания.

Младший школьный возраст (от 7 до 10 лет) сенситивен развитию психических функций на основе теоретических знаний. В связи с тем, что именно учебная деятельность является ведущей для младших школьников, на ее основе активно развиваются мышление и теоретическое сознание, а также отвечающие им способности (анализ, рефлексия), происходит становление и развитие учебных потребностей и мотивов.

При возникновении у ребенка трудностей в обучении, меры комплексного медицинского и коррекционного воздействия разных специалистов, таких как логопед, психолог, нейропсихолог, невролог, дефектолог и др., дают высокие результаты в преодолении нарушений учебной деятельности. Специалисту, занимающемуся с детьми, нужно хорошо себе представлять, в каком возрасте какие функции развиваются наиболее эффективно и с наименьшими энергетическими потерями для ребенка, для его мозга. Также нужно учитывать, что мозг ребенка развивается неравномерно, и каждый его отдел может иметь самые разнообразные особенности развития или нарушения.

Междисциплинарный подход к сопровождению школьников, имеющих трудности в учебной деятельности, который традиционно применяется в ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», обеспечивает комплексную диагностику и качественную медико-психолого-педагогическую помощь.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Азова О.И. Логопедия. Дизорфография / Учебное пособие. – М.: Инфра-М, 2019.
2. Андреева Н.Г. Логопедические занятия по развитию связной речи младших школьников. Ч.2. – Владос.
3. Безруких М.М. Трудности обучения в начальной школе: причины, диагностика, комплексная помощь / М.М. Безруких. – М.: Эксмо, 2009.
4. Захаров В.В., Дамулин И.В., Яхно Н.Н. Медикаментозная терапия деменций // Клин. фармакол. и тер. – 1994. – № 4. – С. 69-75.
5. Захаров В.В. Нарушение мнестической функции при идиопатическом паркинсонизме: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1996.
6. Иншакова О.Б., Назарова А.А. Методика выявления дизорфографии у младших школьников / В.Секачев. – М., 2016.
7. Киященко Н.К. Нарушение памяти при локальных поражениях мозга. – М., 1973.
8. Клацки Р. Память человека, структуры и процессы. – М., 1978.
9. Корсакова Н.К., Москвичюте Л.И. Подкорковые структуры и психические процессы. – М., 1985.
10. Лалаева Р.И. Нарушение чтения и пути их коррекции у младших школьников / Учебное пособие. – Союз, 2002.
11. Левин О.С., Дамулин И.В. Диффузные изменения белого вещества (лейкоареоз) и проблема сосудистой деменции // Достижения в нейрогериатрии / Под ред. Н.Н. Яхно, И.В. Дамулина. – М., 1995. – Ч. 2. – С. 189-231.
12. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – М., 1969.
13. Лурия А.Р. Нейропсихология памяти. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. – М., 1974.
14. Обухова Л.Ф. Детская возрастная психология. Издание второе. – М., 1999.
15. Под общей редакцией О.Б. Иншаковой. Письмо и чтение: трудности обучения и коррекция / Учебное пособие. – М.-Воронеж, 2001.
16. Соболева А.Е., Емельянова Е.Н. Пишу без ошибок. Русский язык с нейропсихологом. – Питер, 2009.
17. Яхно Н.Н. Актуальные вопросы нейрогериатрии // Достижения в нейрогериатрии / Под ред. Н.Н. Яхно, И.В. Дамулина. – М., 1995. – Ч. 1. – С. 131-156.
18. Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Захаров В.В. и др. Опыт применения высоких доз церебролизина при сосудистой деменции // Тер. арх. – 1996. – № 10. – С. 65-69.

## ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Посещает ли ребенок детское учреждение: да/нет. Какое: \_\_\_\_\_

1. Навыки самообслуживания: нет, элементы (частично), ограниченное владение (при посторонней помощи), полная самостоятельность. Жевание: в норме, затруднено. Глотание: нормальное, затрудненное, поперхивается.
2. Контакт: при помощи (речи, жестов, мимики) в контакт да вступает / постепенно вступает / избирательно вступает / скорое установление контакта / негативное поведение / негативная речь.
3. Эмоционально-волевая сфера: активный/пассивный и бодрый/вялый / взаимодействует с желанием, раскован / агрессивность; эмоциональные реакции: адекватны/не адекватны/мало дифференцированы. Познавательный интерес: отсутствует, снижен, активный.
4. Состояние слуха: сниженные функции слуха / нормальный слух.
5. Состояние зрения: нормальное зрение / близорукость, косоглазие (сходящееся, расходящееся), астигматизм, амблиопия, атрофия зрительного нерва (полная, частичная), ограниченное поле зрения, нистагм.
6. Моторика рук: а) рука действия: правша / левша / справляется с обеими конечностями; б) кистевой захват: сформированный, несформированный, удерживает вложенную вещь; в) манипулятивная функция верхних конечностей: сохранна, ограничения легкие, средней степени, выраженные; г) согласованность работы верхних конечностей: нормальная, недостаточная, нет проблем. Нарушенная координация, тремор, гиперкинезы пальцев, стереотипии.
7. Специфика процессов познания. Степень сформированности сенсорных эталонов:
  - 1) Восприятие цветовой гаммы: не имеет представления о цвете, нет соотношения по цвету, соотносит цвета, понимал с подсказками, отлично понимает главные цвета и называет их;
  - 2) Понимание величины: не знает ничего о величинах, определяет размеры предметов с подсказками, отлично понимает и может назвать;
  - 3) Понимание формы: не знает ничего о форме, может соотнести предметы при помощи подсказки, понимает, что такое форма и может соотнести предметы.
8. А. Восприятие пространственных отношений: понимает, что такое тело и лицо, отлично ориентируется в отображении зеркала, может собрать целую картинку из пазла.  
Б. Временные представления: время года, день недели, день-ночь.  
В. Дифференцировка пространственных понятий: справа/слева, вверху/внизу, выше/ниже дальше/ближе, впереди/сзади, в центре.
9. Внимание: а) концентрация: отличная, средняя, плохая; б) устойчивость: отличная, средняя, плохая; г) переключение: низкое, отличное.
10. Память: объем зрительной памяти: достаточный, но время запоминания увеличено / умеренно снижен / низкий объем слуховой памяти: достаточный, но время запоминания

увеличено / умеренно снижен / низкий; запоминание линейной последовательности картинок/слов: высокое / ниже среднего.

11. Мышление: уровень находится на нижнем пункте нормы для возраста / намного ниже среднего уровня / ограниченное. Наглядно-действенное. Наглядно-образное. Частички словесно-логического.

12. Представления о количестве: а) умеет считать предметы, б) есть представления о количестве, в) выделяет необходимое количество из данного, г) имеет представление о «много», «мало», «больше», «меньше», «поровну».

13. Уровень развития в играх:

Проявляет заинтересованность к игрушкам: а) не интересно (нет желания играть даже с родителями); б) заинтересованность быстро; в) избирательно играет в определенные игры;

Игровая деятельность:

а) активно участвует в играх с родителями; б) умеет создать собственную игру;

в) адекватное пользование игрушками: неадекватно, адекватно;

г) уровень игровой деятельности: игра манипулятивная (неспецифические, специфические), предметные действия, включение в процесс, игра с частичным сюжетом, сюжетно-ролевая.

Характер затруднений реализации предметно-игровой деятельности: моторные, когнитивные, перцептивные, психоаффективные.

14. Степень развития познавательной деятельности:

15. Развитие познавательной активности:

а) степень развития на уровне возраста;

б) мало самостоятельности, но любознательность и активность присутствует;

в) узкий круг интересов, мало активности и самостоятельности;

г) активный, но не самостоятельный, не интересуется, низкая любознательность.

Общие представления об окружающем мире: очень низкие, ограниченные, снижены, в норме для возраста.

16. Выносливость: а) низкая; б) несколько снижена; в) в норме для возраста.

17. Характер деятельности: а) полностью отсутствует мотивация; б) непостоянность деятельности, формальная работа; в) неустойчивая деятельность, но есть интерес; г) устойчивость при работе, интерес присутствует.

18. Обучаемость, использование помощи: а) обучающая помощь не воспринимается; б) плохо обучаем, помощь плохо принимает, сложно переносить знания; в) хорошо обучаем, если увеличить время; г) низкая обучаемость, использование помощи; д) отличная обучаемость, способен перейти от легкого способа выполнения к сложному, запоминает и переносит метод исполнения.

19. Отношение к неудаче: подмечает свои ошибки и исправляет / не может правильно оценить ошибки / негативно реагирует на любую ошибку.

20. Темп деятельности: работает быстро и достаточно четко / работает быстро, но недостаточно четко / работает медленно, но четко / работает крайне медленно и нечетко.

21. Произвольность деятельности: а) следует цели работы, намечает план выполнения, подбирает методы, оценивает итог, исправляет ошибки без помощи взрослого, доводит задуманное до финала; б) не сконцентрирован на работе, при ошибках нуждается в помощи; в) нет четкого плана выполнения, не обдумывает полученный итог не проверяется, при возникновении трудностей бросает работу, стимулирующая и организующая работа малоэффективна; г) постоянно требует помощи родителей, не может действовать сам.

22. Контроль деятельности: а) итог соответствует цели. Ребенок сам сопоставляет их; б) частичное соответствие результата; в) несоответствие итога. Ребенок не видит ошибок.

23. Уровень развития речи (в норме для возраста, есть задержки):

Импрессивная речь (как понимает обращения к себе):

- отсутствует (не слышит речь окружения, может реагировать на свое имя или на интонации);
- ситуативный (способен узнавать имена родственников, любимых игрушек);
- номинативный (знает названия предметов, которые изображены на картинках);
- предикативный (отличная ориентация в названиях действий, простых предложениях и косвенных падежах);
- отлично понимает любую речь взрослого.

Экспрессивная речь:

1-я степень развития речи: отсутствуют звуковые и словесные формы общения / присутствуют некоторые звуки / может произнести некоторые слова;

2-я степень развития речи: используют в своей речи, как правило, существительные, глаголы и прилагательные – редко, слоги путаются в словах;

3-я степень развития речи: использование развернутых фраз, речь недостаточно грамотная, есть ошибки;

4-я степень развития речи: использование развернутых фраз, речь грамотная.

Специфика речи: повторение слов, вербализм (отсутствие содержания, без отражения умственных способностей ребенка).

Словарный запас: ограниченный, бедный, в пределах нормы по возрасту.

Саливация: нормальная, немного выше, очень высокая.

Основной неврологический синдром: спастический парез, ригидность, гиперкинезы, атаксия, апраксия, дисгония. Разборчивость речи: отличная, дефекты звукопроизношения, низкая, непонятная речь.

Фонетический строй речи: в норме по возрасту / звуки произносятся правильно, но при нагрузках речь смазывается / не сильно сформирован.

**ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕБЕНКА ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Дата \_\_\_\_\_ Ф.И.О. \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_

Сведения об обучении: не учится / учится в школе, интернате, детском доме.

Программа обучения: общеобразовательная / для ЗПР, класс коррекции / вспомогательная.

Класс \_\_\_\_\_

Посещает образовательное учреждение / домашнее обучение.

Заключение психолога, психиатра, уровень интеллектуального развития:

---

Зрение: норма, близорукость, дальнозоркость, косоглазие, атрофия зрительного нерва: полная, частичная, амавроз.

Слух: норма, тугоухость, глухота.

Манипулятивная функция рук:

по возрасту, легкие ограничения, выраженные ограничения, отсутствует.

Ведущая рука: правая, левая.

Раннее речевое развитие: по возрасту / с задержкой / выраженные нарушения.

Контакт: речевой, жестовый, мимический:

- в контакт не вступает;
- контакт избирательный;
- легко и быстро устанавливает контакт.

Внимание:

- концентрация достаточная, низкая;
- устойчивость достаточная, низкая;
- переключаемость сохранена, затруднена.

Слухо-речевая память:

- объем достаточный, недостаточный;
- удержания информации по возрасту, кратковременное.

Пространственная ориентировка:

- в схеме собственного тела;
- в окружающем пространстве;
- на плоскости листа.

**ИМПРЕССИВНАЯ РЕЧЬ.**

Понимание значения слов:

- названий предметов;

– названий действий;

– атрибутивной лексики.

Понимание логико-грамматических конструкций:

– инвертированных;

– предложно-падежных.

Понимание метафор и фразеологизмов:

Понимание текста:

Фонематический слух: сохранен / нарушен.

**ЭКСПРЕССИВНАЯ РЕЧЬ:**

– отсутствие звуковых и словесных форм общения;

– произносит отдельные слова;

– пользуется фразой: односоставной, двусоставной, развернутой.

Грамматический строй речи:

– сформирован достаточно;

– присутствует аграмматизм: структурный / морфемный / семантический.

Словарь: по возрасту / в пределах бытовой тематики / крайне ограничен.

Слоговая структура слова: норма / нарушена:

элизии, парафазии, итерации, контаминации, персеверации.

Словообразование: по возрасту / сформировано недостаточно.

Связная речь: по возрасту / ниже возрастной нормы / не сформирована.

**ПРОИЗНОСИТЕЛЬНАЯ СТОРОНА РЕЧИ:**

Разборчивость речи: норма / легкие нарушения / грубые нарушения.

Дыхание: норма / нарушено:

– вдох короткий, неглубокий, выдох поверхностный, неэкономный;

– нет дифференциации ротового и носового дыхания.

Фонация: норма / нарушена:

– нереализованная, истощающаяся к концу фразы;

– недостаточная по силе и звонкости;

– затрудненная, прерывистая, вибрирующая.

Синхронность в работе дыхательной, вокальной и артикуляционной системы:

не нарушена / нарушена.

Темп речи: норма, нарушен: скандированный, скандировано-растянутый,

зависит от проявления гиперкинезов, клонических, тонических судорог в речевом аппарате.

Фонетический строй речи: не нарушен / нарушен:

- отсутствие звука;
- замена звука;
- смешение звуков;
- искажение звуков;
- дефект смягчения/озвончения;
- изолированно все звуки произносит правильно, но при увеличении речевой нагрузки наблюдается общая смазанность речи.

## СТРОЕНИЕ И ФУНКЦИЯ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА

Ведущий неврологический синдром: спастический парез, ригидность, гиперкинезы, атаксия, апраксия.

Мимическая мускулатура: норма, гипомимия, амимия/гиперкинезы.

Тонус мышц: норма, гипертонус, гипотония, дистония.

Губы: норма, тонкие, толстые;

- тонус: норма, гипотония, гипертонус, дистония;
- подвижные, малоподвижные;
- оформление лабиализации;
- смычка губ с разрывом.

Прикус: норма, прогения, прогнатия, глубокий, открытый передний, боковой.

Мягкое небо: норма / малоподвижное / неподвижное.

Твердое небо: норма, готическое, низкое.

Язык: норма, широкий, узкий, толстый, маленький, раздвоенный:

- мышечный тонус: норма / спастичность / гипотония / дистония / спастичность корня в сочетании с гипотонией передних отделов;
- девиация вправо/влево;
- гиперкинезы, тремор;
- посинение кончика языка;
- объем движений: строго ограничен / неполный / полный.

Подъязычная связка: норма / укорочена / состояние после резекции.

Саливация: в норме / слегка повышена / значительно повышена.

Жевание: в норме / затруднено.

Глотание: в норме / затруднено / поперхивается.

## ПИСЬМЕННАЯ РЕЧЬ:

Письмо: по возрасту / нарушено / не доступно:

- ошибки специфические, неспецифические;
- графо-моторные навыки: по возрасту, ниже возрастной нормы, строго ограничены, отсутствуют.

Чтение: по возрасту / нарушено / не доступно:

- побуквенное / послоговое / слитное;
- ошибки специфические / неспецифические.

Понимание прочитанного: