

ТЕМА №3: «СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ».

1. ПРЕДМЕТ ЛОГОПЕДИИ. ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ РЕЧИ. ПРИЧИНЫ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ.
2. ОСНОВНЫЕ ВИДЫ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ.
3. НАРУШЕНИЕ РАЗВИТИЯ РЕЧИ.

1 ВОПРОС

Логопедия – это наука о нарушениях речи, методах их выявления, устранения и предупреждения средствами специального обучения и воспитания.

Изучение речевой патологии и её коррекции начались относительно недавно, а именно с тех пор, как стали известны основные анатомо-физиологические механизмы обеспечения речевой деятельности, т.е. примерно с середины 19 века.

С конца прошлого века особый интерес начинает вызывать детская речь, особенности её развития и причины нарушения, формируются научные представления о некоторых клинических формах речевых расстройств (А. Куссмауль, И. А. Сикорский и др.) Современный этап развития логопедии связан с разработкой научных представлений о различных формах речевых нарушений, а также созданием эффективных методик их преодоления. Становление логопедии в нашей стране связано с именами Ф. А. Рау, М. Е. Хватцева, О. П. Правдиной, Р. Е. Левиной и др.

Основные закономерности развития речи у детей.

Для нормальной речевой деятельности необходима целостность и сохранность всех структур мозга. Особое значение для речи имеют слуховая, зрительная и моторная системы. Устная речь осуществляется посредством координационной работы мышц **трёх отделов периферического речевого аппарата:** дыхательного, голосового и артикуляционного. Речевой выдох вызывает колебания голосовых связок, что обеспечивает голос в процессе речи. Произнесение речевых звуков (артикуляция) происходит благодаря работе артикуляционного отдела. Вся работа периферического речевого аппарата, которая связана с точнейшими и тончайшими координациями в сокращении его мышц, регулируется ЦНС.

Особую роль в речевой деятельности играют *речеслуховая и речедвигательная зоны*, которые расположены в доминантом (левом для правшей) полушарии мозга.

Речь формируется в процессе общего психофизического развития ребёнка.

-В период от 1 года до 5 лет у здорового ребёнка постепенно формируются фонематическое восприятие, лексико-грамматическая сторона речи, развивается нормативное звукопроизношение:

- на самом раннем этапе ребёнок овладевает голосовыми реакциями в виде гуления, вокализации, лепета, во время которых произносимые ребёнком звуки постепенно приближаются к звукам родного языка, к концу 1 года ребёнок понимает значение многих слов и начинает произносить первые слова;

- после 1,5 лет у ребёнка появляются первые фразы (из 2-3 слов), которая постепенно усложняется, собственная речь становится всё более правильной фонологически, морфологически и синтаксически;

- к 3 годам обычно сформированы основные лексико-грамматические конструкции обиходной речи, ребёнок переходит к развёрнутой фразовой речи;

- к 5 годам развиваются механизмы координации между дыханием, фонацией и артикуляцией, что обеспечивает достаточную плавность речевого высказывания;

- к 5-6 годам у ребёнка формируется способность к звуковому анализу и синтезу, нормальное развитие речи в целом позволяет ему перейти к овладению письменной речью.

Причины речевых нарушений.

Среди причин, вызывающих нарушения речи, различают биологические и социальные факторы риска.

Биологические причины патогенные факторы, воздействующие главным образом в период внутриутробного развития, родов и первые месяцы жизни после рождения. Особую роль играют семейная отягощённость речевыми нарушениями, леворукость и правшество.

Социально-психологические факторы риска связаны с психической депривацией детей. Особое значение имеют: недостаточность эмоционального и речевого общения ребёнка со взрослыми, необходимость усвоения ребёнком 3-4 лет сразу двух языковых систем, излишняя стимуляция речевого развития ребёнка, неадекватный тип воспитания, педагогическая запущенность, дефекты речи окружающих.

Клинико-психолого-педагогическая характеристика детей с речевыми нарушениями.

Дети с речевыми нарушениями обычно имеют органические или функциональные отклонения в состоянии ЦНС.

Наличие органического поражения мозга обуславливает то, что эти дети плохо переносят жару, духоту, езду в транспорте, долгое качание на качелях, нередко они жалуются на головные боли, тошноту и головокружения. У многих из них выявляются различные двигательные нарушения: нарушения равновесия, координации движений, недифференцированность движений пальцев рук и артикуляционных движений.

Такие дети быстро истощаются и пресыщаются любым видом деятельности. Они характеризуются раздражимостью повышенной возбудимостью, двигательной расторможенностью, не могут спокойно сидеть, теребят что-то в руках, болтают ногами и т. п. Они эмоционально неустойчивы, настроение быстро меняется. Нередко возникают расстройства настроения с проявлением агрессии, навязчивости, беспокойства. Значительно реже у них наблюдаются заторможенность и вялость.

Как правило, у таких детей наблюдаются неустойчивость внимания, памяти, особенно речевой, низкий уровень понимания словесных инструкций, недостаточность регулирующей функции речи, низкий уровень контроля за собственной деятельностью, нарушение познавательной деятельности, низкая работоспособность.

В период психосоматического благополучия такие дети могут достигать довольно высоких результатов в учёбе.

Дети с функциональными отклонениями в состоянии ЦНС эмоционально реактивны, легко дают невротические реакции и даже расстройства в ответ на замечание, плохую отметку, неуважительное отношение со стороны учителя и детей. Их поведение может характеризоваться негативизмом, повышенной возбудимостью агрессией или, наоборот, повышенной застенчивостью, нерешительностью, пугливостью.

2 ВОПРОС

Среди основных нарушений речи выделяют следующие.

1) Дислалия – нарушение звукопроизношения, связанное с аномалиями строения артикуляционного аппарата или особенностями речевого воспитания.

Механическая (органическая) дислалия связана с нарушениями строения артикуляционного аппарата: неправильный прикус, неправильное строение зубов, твёрдого нёба, аномально большой или маленький язык, короткая уздечка языка, что затрудняет правильное произношение звуков.

Функциональная дислалия чаще всего связана: с неправильным речевым воспитанием ребёнка в семье («сюсюканье», «нянькин язык» при общении), неправильным звукопроизношением взрослых, педагогической запущенностью, незрелостью фонематического восприятия. Нередко функциональная дислалия наблюдается у детей младшего дошкольного возраста, которые овладевают сразу несколькими языками, что приводит к смешению звуков двух языковых систем.

Проявления дислалии:

- нарушение произношения шипящих, свистящих - сигматизм; *p* – ротанизм; *л* – ламбдализм;
- отсутствие тех или иных звуков -
- искажения звуков или их замена.
- дефекты произношения нёбных звуков (недостаток произношения звуков *к, г, х, й*);
- дефекты озвончения (вместо звонких звуков произносятся их глухие пары);
- дефекты смягчения (вместо твёрдых звуков произносятся их мягкие пары).

При этом лексико-грамматическая сторона речи формируется в соответствии с нормой.

Формирование нормального звукопроизношения происходит до 4 лет, если же после этого возраста отмечаются нарушения звукопроизношения, то необходимо обратиться к логопеду.

2) Нарушения голоса – отсутствие или расстройство голосообразования (фонации) вследствие патологических изменений голосового аппарата.

Дисфония – частичное нарушение голоса (страдает высота, сила и тембр).

Афония – полное отсутствие голоса.

И дисфония, и афония могут быть двух видов:

- органическая – возникающие в результате хронических воспалительных процессов голосового аппарата или его анатомических изменений;
- функциональная – более распространённые и многообразные, связанные с голосовым переутомлением, инфекционными заболеваниями и психотравмирующими ситуациями.

3) Ринопалия – нарушение звукопроизношения и тембра голоса, связанное с врождённым анатомическим дефектом строения артикуляционного аппарата.

Анатомический дефект проявляется в виде: расщелина на верхней губе (незарощения), десне, твёрдом и мягком нёбе, в результате чего между ротовой и носовой полостью имеется открытая расщелина (либо отверстие), прикрытая истощённой слизистой оболочкой. Часто расщелины сочетаются с различными видами зубочелюстной аномалиями.

Речь ребёнка характеризуется: невнятностью гнусавостью, нарушением произношения многих звуков, в тяжёлых случаях речь ребёнка не понятна для окружающих. При этом при ринолалии в разной степени страдают все компоненты языковой системы.

Дети, страдающие ринолалией, нуждаются в ранней диспансеризации, ортодонтическом и хирургическом лечении. Систематическая и длительная логопедическая помощь нужна таким детям как до, так и после хирургического вмешательства.

4) Дизартрия – нарушение звукопроизводительной и мелодико-интонационной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата.

Дизартрия связана с *органическим поражением нервной системы*, в результате чего нарушается двигательная сторона речи. Это нарушение может возникать как у детей, так и у взрослых. Причиной дизартрии в детском возрасте является поражение нервной системы главным образом во внутриутробном или родовом периоде жизни нередко на фоне ДЦП.

При дизартрии наблюдаются расстройства звукопроизношения, голосообразования, темпо-ритма речи и интонации. Степень выраженности дизартрии бывает разной: от полной невозможности произнесения речевых звуков (*анартрия*), до еле заметной нечёткости произношения (*стёртая дизартрия*), что зависит от характера поражения нервной системы.

При дизартрии речь детей развивается с задержкой:

- страдает произношение сложных по артикуляции звуков (*с, з, ц, ш, щ, ж, ч, р, л*);
- произношение нечёткое, смазанное («каша во рту»);
- голос слабый, хрипловатый, гнусавый, речь малоинтонированная, невыразительная;
- темп речи как ускоренный, так и замедленный;
- фонематическое восприятие недостаточно сформировано;
- звуковой анализ и синтез осуществляются с трудом;
- лексико-грамматическая сторона грубо не страдает, однако почти у всех детей отмечаются бедность словаря, недостаточное владение грамматическими конструкциями;
- процесс овладения чтением и письмом затруднён: почерк неровный, буквы несоразмерные, стойкие специфические ошибки письма, чтение вслух интонационно не окрашено, скорость снижена, понимание текста ограничено.

Дети, страдающие дизартрией, нуждаются в ранней и длительной логопедической работе.

5) Заикание – нарушение плавности речи, обусловленное судорогами мышц речевого аппарата.

Заикание, как правило, начинается у детей в возрасте с 2 до 6 лет. Оно может появиться у детей с опережающим речевым развитием в результате излишней речевой нагрузки, психической травмы, либо у детей с задержанным речевым развитием в результате поражения определённых структур ЦНС.

Основные проявления заикания:

- судороги мышц речевого аппарата, которые возникают либо в момент самой речи или попытки только начать её;
- речь характеризуется повторением звуков, слогов или слов, удлинением звуков, обрывом слов, вставками дополнительных звуков или слов;
- речь сопровождается сопутствующими движениями: зажмуривание глаз, раздувание крыльев носа, кивательные движения головой, притоптывание и т.п.;
- частое использование слов-вставок типа: вот, это, ну и т.д., что носит навязчивый характер.

Особенно необходимо обращать внимание на заикание у подростков, т.к. в этом возрасте они уже осознают свой дефект и поэтому боятся произвести неблагоприятное впечатление на собеседника, в результате чего формируется стойкий страх речевого общения с навязчивым ожиданием речевых неудач – *логофобия*. В связи с этим появляется реакция избегания речевого общения и его ограничение: отказ отвечать у доски, просят учителя опрашивать их либо письменно, либо после уроков. В то же время в общении с близкими людьми, дома с родными заикающиеся могут говорить плавно и спокойно.

Несмотря на трудности, возникающие у заикающихся подростков, учителю не следует заменять речевые ответы на письменные – это отрицательно скажется на формировании монологического высказывания, связной контекстной речи. Для преодоления заикания необходима помощь логопеда, а в некоторых случаях и психолога.

б) Алалия – отсутствие или недоразвитие речи у детей, обусловленное органическим поражением головного мозга.

Это один из наиболее сложных дефектов, для которого характерны позднее появление речи, её замедленное развитие, значительное ограничение как пассивного, так и активного словаря.

Различают две формы алалии:

Экспрессивная – не формируется звуковая форма слова. Для устной речи таких детей характерно упрощение слоговой структуры слов, пропуски, перестановки и замены звуков, слогов, а также слов во фразе. Страдает усвоение грамматических структур языка. Речевое развитие таких детей бывает разным: от полного отсутствия устной речи до возможности реализовывать достаточно связные высказывания, в которых могут наблюдаться разнообразные ошибки. Эти дети достаточно хорошо понимают обиходную речь, адекватно реагируют на обращение к ним взрослых, однако только в рамках конкретной ситуации.

Импрессивная алалия – нарушение восприятия и понимания речи при полноценном физическом слухе. Ведущий симптом – расстройство фонематического восприятия, которое может проявляться от полного неразличения речевых звуков до затруднённого восприятия устной речи на слух. Таким образом, дети либо совсем не понимают обращённую к ним речь, либо понимание речи ограничено привычной бытовой ситуацией. Тихая речь воспринимается ими лучше. Также для них характерно явление эхалалии – повторение услышанных слов или фраз без осмысления. Нередко такие дети производят впечатление глухих или умственно неполноценных.

У детей с алалией без специального коррекционного воздействия речь не формируется, поэтому им необходима длительная логопедическая помощь.

7) Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная органическими локальными поражениями головного мозга.

При афазии главным образом поражаются определённые зоны доминантного по речи полушария. Выделяют несколько форм афазии, в основе которых лежит либо понимание речи, либо её производство. В тяжёлых случаях при афазии у человека нарушается способность как понимать речь, так и говорить. Данное речевое расстройство чаще возникает у лиц пожилого возраста в результате тяжёлых мозговых заболеваний (инсульт, опухоли) либо травм мозга. У детей афазия диагностируется в тех случаях, когда органическое поражение мозга произошло после овладения ребёнком речью. В этих случаях афазия приводит не только к нарушению её дальнейшего развития, но и к распаду сформированной речи.

Афазия часто приводит к глубокой инвалидизации. Возможности компенсации у взрослых и детей речевых и психических нарушений резко ограничены. Взрослые с афазией, как правило, теряют работу, с трудом приспосабливаются в быту. Непонимание речи окружающих и невозможность выразить свои желания вызывают нарушения поведения: агрессию, конфликтность, раздражительность.

Помощь лицам с афазией осуществляется не только логопедом, но и через систему здравоохранения.

Все рассмотренные виды речевых нарушений имеют **органический характер**, т.е. связаны с нарушениями строения органа речи.

3 ВОПРОС.

Нарушения развития речи рассматриваются как **функциональные**, т.к. связаны с нарушениями функций речи.

Проведённый в 60-е годы (Р.Е. Левина и её сотрудники) лингвистический анализ речевых нарушений у детей, страдающих различными формами речевой патологии, позволил выделить общее недоразвитие речи и фонетико-фонематическое недоразвитие речи.

1) Общее недоразвитие речи (ОНР) характеризуется нарушением формирования у детей всех компонентов речевой системы: фонетической, фонематической и лексико-грамматической.

У детей с ОНР наблюдается патологический ход речевого развития. *Основными признаками ОНР в дошкольном возрасте являются:* позднее начало развития речи, замедленный темп речевого развития, ограниченный, не соответствующий возрасту словарный запас, нарушение формирования грамматического строя речи, нарушение звукопроизношения и фонематического восприятия. При этом у них наблюдается сохранённый слух и удовлетворительное понимание доступной для определённого возраста обращённой речи.

Три уровня речевого развития при ОНР.

1. Первый уровень – самый низкий. Дети не владеют общеупотребительными средствами общения, используют лепетные слова и звукоподражание («бо- бо», «ав – ав» и т. п.), а также небольшое число существительных и глаголов, которые существенно искажены с звуковым отношением («кука – кукла», «ават – кровать» и т. д.). Одним и тем же лепетным звуком или словом ребёнок может обозначать несколько разных понятий, заменять им названия действий и названия предметов («би – би» – машина, самолёт, поезд, ехать и т. д.).

Высказывания сопровождаются активными жестами и мимикой, преобладают предложения из одного – двух слов, грамматические связи в этих предложениях отсутствуют, речь понятна только в конкретной ситуации общения с близкими детьми.

Резко нарушена звуковая сторона речи, дефектных звуков значительно больше, правильно произносимые звуки нестойки и в речи могут искажаться и заменяться, особенно нарушено произношение согласных звуков, гласные – относительно сохранены.

Фонематическое восприятие нарушено грубо, дети путают сходные по звучанию, но разные по значению слова («молоко – молоток», «мишка – миска»), до трёх лет дети являются практически безречевыми, поэтому им нужна систематическая работа с логопедом. Такие дети обучаются в специальном дошкольном учреждении, а в дальнейшем нуждаются в длительном обучении в специальных школах для детей с тяжёлыми нарушениями речи.

2. Второй уровень – у детей имеются зачатки общеупотребительной речи, понимание обиходной речи достаточно развито, наряду с жестами, мимикой и лепетом они используют общеупотребительные слова, которые обозначают предметы, действия и признаки, хотя их активный словарь резко ограничен.

Дети пользуются предложениями из 2-3 слов с начатками грамматического конструирования, хотя отмечаются грубые нарушения в использовании грамматических форм («игаю кука» – «играю с куклой»).

Звукопроизношение значительно нарушено, отмечаются замены, искажения и пропуски целого ряда согласных звуков, нарушена слоговая структура слова, дети сокращают количество звуков и слогов, отмечаются их перестановки («тевики – снеговики», «виметь – медведь»), при обследовании обнаруживаются недостатки фонематического восприятия.

Дети со вторым уровнем речевого развития нуждаются в длительной логопедической помощи как в дошкольном, так и школьном возрасте. Возможности компенсации резко ограничены. Однако в зависимости от степени компенсации дети могут быть направлены как в общеобразовательную школу, так и в школу для детей с тяжёлыми нарушениями речи. При поступлении в общеобразовательную школу они должны получать систематическую логопедическую помощь, так как овладение письмом и чтением у них крайне затруднено.

3. Третий уровень – дети пользуются развёрнутой фразовой речью, не затрудняются в назывании предметов, действий, признаков предметов, хорошо знакомых им в быденной жизни. Они могут рассказать о своей семье, составить короткий рассказ по картинке.

Однако у них имеются недостатки развития всех сторон речевой системы, как лексико-грамматической, так и фонетико-фонематической. Они неточно употребляют слова, мало используют прилагательные и наречия, не употребляют обобщающие слова и слова с переносным значением, с трудом образуют новые слова с помощью приставок и суффиксов, ошибочно используют союзы и предлоги, допускают ошибки в согласовании существительного с прилагательным в роде, числе и падеже.

Дети с третьим уровнем речевого развития при условии систематической логопедической помощи бывают готовы к поступлению в общеобразовательную школу, хотя испытывают определённые трудности в обучении, связанные с недостаточностью развития словаря, ошибками грамматического конструирования связного высказывания, недостаточной сформированностью фонематического восприятия, нарушением звукопроизношения. Монологическая речь развивается у таких детей с трудом, в основном они используют диалог. В целом готовность к школьному обучению у них низкая, в начальных классах им трудно овладеть письмом и чтением, имеются специфические нарушения письма и чтения.

Таким образом – **ОНР – системное нарушение усвоения всех уровней языка, требующее длительного и систематического логопедического воздействия.**

2) Фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН) характеризуется нарушением произношения и восприятия фонем родного языка.

Эта группа является наиболее многочисленной. К ним относятся дети, у которых наблюдаются:

- неправильное произношение отдельных звуков, одной или нескольких групп звуков (свистящих, шипящих, л, р);

- недостаточное фонематическое восприятие нарушенных звуков;

- затруднённая восприимчивость акустической и артикуляционной разницы между оппозиционными фонемами;

- в устной речи наблюдаются:

- отсутствие звука – («ука» – «рука»);

- замена одного звука другим определённым звуком («суба – шуба», «лука – рука»);

- смешения тех звуков, которые входят в состав определённых фонетических групп, наблюдается неустойчивое употребление этих звуков в различных словах, в одних правильно, в других нет;

- у детей с ФФН нарушено формирование фонематического анализа и синтеза, что приводит к значительным затруднениям при обучении чтению и письму.

Преодоление ФФН требует целенаправленной логопедической помощи.

Таким образом – **ФФН – это нарушение формирования произносительной системы родного языка вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.**

Нарушения чтения и письма.

Частичное расстройство процессов чтения и письма называют **дислексией и дисграфией**. Их основным симптомом является наличие стойких специфических ошибок, возникновение которых у учеников общеобразовательной школы не связано ни со снижением интеллектуального развития, ни с выраженными нарушениями слуха и зрения, ни с нерегулярностью школьного посещения. Дислексия и дисграфия обычно встречаются в сочетании. Полная неспособность овладеть письмом и чтением называется **аграфией и алексией**. Причины дисграфии и дислексии связаны с нарушением взаимодействия различных анализаторных систем коры больших полушарий.

Дисграфия – стойкие и повторяющиеся ошибки письма. Принципы группировки ошибок:

- смешение и замена букв;

- искажение звуко-слоговой структуры слова;

- нарушение слитности написания отдельных слов в предложении – разрыв слова на части, слитное написание слов в предложении;

- аграмматизмы;

- смешение букв по оптическому сходству.

В настоящее время принято выделять несколько *видов дисграфий*.

1) Артикуляторно-акустическая. У детей наблюдаются различные искажения звукопроизношения (фонетические нарушения) и недостаточность фонематического восприятия речевых звуков, различающихся тонкими акустико-артикуляционными признаками (фонетико-фонематические нарушения). Проявляется в заменах букв, которые соответствуют заменам звуков в устной речи ребёнка.

2) Акустическая дисграфия. У детей отмечается несформированность процессов фонематического восприятия, что проявляется в заменах и смешениях букв, которые обозначают звуки, различающиеся тонкими акустико-артикуляционными признаками (свистящие и шипящие, звонкие и глухие, звуки р – л). Кроме этого у детей отмечается несформированность звукового анализа и синтеза, что проявляется в письме в виде следующих специфических ошибок: пропуски, вставки, перестановки, повторы букв или слогов, т. е. при пропусках ребёнок не вычленяет в составе слова всех его звуковых элементов («снки» – «санки»), перестановки и повторы являются выражением трудностей анализа последовательности звуков в слове («корвом» – «ковром», «сахарный» – «сахарный»).

3) Дисграфия, связанная с нарушением звукового анализа и синтеза. Дети не вычленяют в речевом потоке устойчивые речевые единицы и их элементы, что приводит к слитному написанию смежных слов, предлогов и союзов с последующим словом («надеревом»), к раздельному написанию частей слова, чаще приставки и корня («и дут»).

4) Аграмматическая дисграфия, проявляющаяся в нарушении грамматической связи между словами, а также смысловыми связями между предложениями.

5) Оптическая дисграфия связана с недоразвитием пространственных представлений, анализа и синтеза зрительного восприятия, что проявляется в заменах и искажениях сходных по начертанию букв (д – б, т – ш, и – ш, п – т, х – ж, л – м), неправильному расположению элементов букв и т. п. К этому виду дисграфии относится так называемое зеркальное письмо.

У ребёнка с дисграфией, как правило, с трудом формируются графические навыки, в результате чего почерк неровный. Затруднения ребёнка при выборе нужной буквы придают характерный небрежный вид письму. Оно пестрит поправками и исправлениями.

Дислексия как частичное расстройство овладения чтением проявляется в многочисленных повторяющихся ошибках в виде замен, перестановок, пропусков букв и т. п., что обусловлено несформированностью психических функций, обеспечивающих процесс овладения чтением. *Формы дислексий:*

1) Фонематическая дислексия. Наблюдается у детей с несформированными функциями фонематического восприятия, анализа и синтеза что проявляется в путании букв, обозначающих сходные звуки, побуквенное чтение, искажение звуко-слоговой структуры слова (вставки, пропуски, перестановки).

2) Семантическая дислексия обусловлена несформированностью процессов звуко-слогового синтеза и отсутствием дифференцированных представлений о синтаксических связях внутри предложения. Такие дети овладевают техникой чтения, но читают чисто механически, без понимания смысла читаемого.

3) Аграмматическая дислексия наблюдается у детей с несформированностью грамматической стороны устной речи.

4) Мнестическая дислексия связана с нарушением установления ассоциативных связей между зрительным образом буквы и слухо-произносительным образом звука, т.е. дети не могут запомнить буквы и сопоставить их с соответствующими звуками.

5) Оптическая дислексия обусловлена теми же механизмами, что и оптическая дисграфия. При чтении буквы, сходные по начертанию, смешиваются и взаимозаменяются детьми. Иногда может наблюдаться зеркальное чтение.

Дети с дисграфиями и дислексиями нуждаются в логопедических занятиях, на которых используются специальные методы формирования навыков чтения и письма.