

# Протокол логопедического обследования ребенка

## (универсальная схема для всех видов речевых нарушений)

*КЛИМОНТОВИЧ Е. Ю.*



**Протокол - документ с записью  
всего происходящего...**

*С.И. Ожегов.  
Словарь русского языка*

### **Введение**

Для всех детских коррекционных учреждений актуален вопрос, как максимально эффективно проводить логопедическое обследование, получать исчерпывающие данные, четко и компактно регистриро-

вать эти данные в карте ребенка. Как максимально объективно проводить и фиксировать результаты динамических исследований. Какой должна быть форма записи полученных результатов, чтобы составление перспективного плана работы с ребенком естественно и наглядно вытекало из материалов исследования. Как, наконец, визуализировать результаты обследования ребенка, сделав их понятными не только для специалистов – логопедов, но и для всех заинтересованных лиц (родителей, администраторов, специалистов других профилей). Специалистами психолого-логопедического отдела Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков была разработана схема регистрации результатов обследования речи детей (протокол) в условиях амбулаторного приема, которая, на наш взгляд, может представлять интерес и для сотрудников других учреждений.

Предлагаемый нами протокол обследования речи состоит из трех частей: 1) краткое первичное обследование, 2) полное обследование устной речи и 3) обследование письменной речи. Целью первичного обследования является определение предварительного речевого диагноза, необходимости в консультациях других специалистов центра, принятие решения о постановке в очередь на логопедические занятия или о направлении в другие учреждения. Результаты заносятся в стандартную речевую карту (бланк № 1).

Полное логопедическое обследование проводится в тех случаях, когда ребенок зачисляется на логопедические занятия.

Схема обследования разбита на диагностически значимые подразделы: обследование звукопроизношения, фонематического слуха и т. д., в соответствии с принятыми в логопедии принципами выделения

диагностически значимых элементов. Внутри каждого подраздела перечислены патологические признаки, которые могут возникнуть в этой части речевой системы ребенка. Оценка проводится следующим образом: 0 – отсутствие патологического признака, то есть норма. 1 – наличие патологического признака. На основании полученных результатов заполняются бланки-схемы (бланк № 2 – для устной и № 3 – для письменной речи), составленные таким образом, что с их помощью можно получить цифровые данные для последующего составления диаграммы (профиля) речевого состояния ребенка, которая фиксируется в специальной сводной таблице результатов речевого обследования.

Поскольку каждый диагностически значимый подраздел имеет разное количество пунктов, для составления диаграммы сумма всех пунктов каждого подраздела условно принимается за 100%. «Цена» каждого балла составляет ту часть от 100%, которая соответствует количеству пунктов в подразделе. Например, если в подразделе 12 пунктов, то «цена» каждой единицы равна приблизительно 8. Таким образом, легко посчитать, на какой приблизительно процент повреждена функция. Если из 12 пунктов единицей отмечено 5, то получается, что функция повреждена приблизительно на 40%. Сводная таблица результатов речевого обследования составлена таким образом, чтобы специалист, просто занеся в нее полученные данные, мог увидеть результат, не вычисляя его. Например, если при исследовании звукопроизношения 21 пункт был оценен единицей, то в соответствующей графе сводной таблицы следует отсчитать и заштриховать 21 клетку. С левой стороны таблицы помещена шкала процентов, с помощью которой легко увидеть, какой процент данной функции пострадал.

С помощью сводной таблицы также можно понять и приблизительный процент повреждения речевой функции в целом. Каждый столбик таблицы является элементом общей картины речевого состояния ребенка. Соответственно, если всю картину речевого состояния принять за 100%, а выделенных компонентов у нас 12, то каждый компонент – столбик в сводной таблице бланка № 2 равен 8%. Соответствующая шкала процентов расположена с правой стороны таблицы.

Таким образом, 21 единица повреждения звукопроизношения составляет, с одной стороны, 44% повреждения с точки зрения сформированности этой функции, а с другой стороны, 3% от сформированности речевой функции в целом. Внизу сводной таблицы находится шкала общего речевого состояния. Из суммы показателей каждого столбика и сложится процент повреждения речевой функции.

Таблица дает наглядное, достаточно объективное представление о состоянии речи ребенка и позволяет легко и достоверно отслеживать динамику коррекционного процесса. При последующих динамических обследованиях данные заносятся в тот же бланк, и составляется вторая диаграмма, а в конце курса – третья. Это позволяет легко оценить изменения, происшедшие в речевом состоянии ребенка за истекший период. Обследование проводится с периодичностью один раз в 24 занятия, т.е. ориентировочно 3 раза за курс логопедических занятий: в начале, середине и конце учебного года или определенного назначенного курса.

Протокол обследования письменной речи рекомендуется использовать при



обследовании детей старше 8 лет. До этого возраста мы пользуемся бланком № 2, отмечая особенности начального овладения письменной речью в разделе «Учебные навыки».

На основании данных, полученных в ходе обследования, составляется подробный план работы. Один раз в 12 занятий отмечается динамика выполнения программы, уточняются причины невыполнения или отставания в выполнении программы (частые пропуски, невыполнение домашних

заданий, крайняя возбудимость, заторможенность и т.д.). На основании результатов усвоения программы и динамического обследования программа может быть скорректирована. Ребенок может быть направлен на дополнительные обследования специалистов или представлен на консилиум для определения дальнейшей наиболее оптимальной системы коррекционного воздействия. Весь пакет документов клеивается в карту ребенка.

**Пакет документов для ведения протокола  
логопедического обследования ребёнка**

Бланк № 1

" " \_\_\_\_\_ 05 г.

**Заключение логопеда**

Ф.И.О. специалиста \_\_\_\_\_

1. Имя, фамилия ребенка \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_

2. Жалобы \_\_\_\_\_

3. Краткий речевой анамнез \_\_\_\_\_

4. Поведение на приеме \_\_\_\_\_

5. Общее развитие ребенка \_\_\_\_\_

6. Звучание речи:

Темп \_\_\_\_\_ голос \_\_\_\_\_ разборчивость \_\_\_\_\_

дыхание \_\_\_\_\_

9. Состояние артикуляционного аппарата:

прикус \_\_\_\_\_ небо \_\_\_\_\_ зубы \_\_\_\_\_

подвижность губ \_\_\_\_\_ языка \_\_\_\_\_ подъязычная связка \_\_\_\_\_

10. Звукопроизношение:

с	сь	з	зь	ц	ш	ж	ч	щ	л	ль	р	рь	к	г	х	б	п	т	д	й	

11. Фонематический слух:

С-ж	С-ш	Ш-ж	Ж-з	Щ-ш	Щ-сь	Ц-с	Ц-ть	Ч-ц	Ч-щ	Л-р	П-б	Т-А	К-г	К-х	И-ы	Ц-с	Ч-с

12. Анализ звукового состава слова \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Произнесение слов сложной слоговой структуры  
\_\_\_\_\_

14. Понимание речи \_\_\_\_\_

15. Грамматический строй речи  
\_\_\_\_\_

16. Словарь \_\_\_\_\_

17. Связная речь \_\_\_\_\_

18. Чтение \_\_\_\_\_

19. Письмо  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Заключение логопеда:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Рекомендации:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Бланк № 2

## Обследование устной речи

Ф.И.О. специалиста \_\_\_\_\_

Имя, фамилия ребенка \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_

## Проведение динамических исследований

1. « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

2. « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

3. « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

## Заукопримозонии:

Исследование 1 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

		С	С	З	З	Ц	Ш	Ж	Ч	Щ	Л	Л	Р	Р	К	Г	Х	Б	П	Т	Д	
1	Отсутствует																					
2	Заменен																					
3	Исключен																					
4	Не автоматизирован																					
5	Замена твердости = мягкости																					
6	Замена по звонкости = глухости																					
7	Нестойкая замена																					

Исследование 1 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

		С	С	З	З	Ц	Ш	Ж	Ч	Щ	Л	Л	Р	Р	К	Г	Х	Б	П	Т	Д	
1	Отсутствует																					
2	Заменен																					
3	Исключен																					
4	Не автоматизирован																					
5	Замена твердости = мягкости																					
6	Замена по звонкости = глухости																					
7	Нестойкая замена																					

Исследование 1 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

		С	С	З	З	Ц	Ш	Ж	Ч	Щ	Л	Л	Р	Р	К	Г	Х	Б	П	Т	Д	
1	Отсутствует																					
2	Заменен																					
3	Исключен																					
4	Не автоматизирован																					
5	Замена твердости = мягкости																					
6	Замена по звонкости = глухости																					
7	Нестойкая замена																					

Артикуляционный аппарат:

	Номер обследования	1	2	3
1	Проталина			
2	Прогения			
3	Прямой острый край прикус			
4	Нарушение зубного ряда			
5	Тонус губ			
6	Тонус языка			
7	Короткая подъязычная связка			
8	Поднятость губ			
9	Поднятость языка			
10	Гиперсальвация			
11	Парез мягкого неба			

Звучание речи

	Номер обследования	1	2	3
1	Голос глухой			
2	Голос хриплый			
3	Носовой			
4	Речь непонятная			
5	Речь понятна только близким			
6	Речь не красная, но разборчивая			
7	Интенсивно – немодулированная			

Дыхание: темп, ритм, тип судорог, форма заикания, степень речевых затруднений:

	Номер обследования	1	2	3
1	Дыхание грудно-диафрагмальное			
2	Речь на инспирации (речь на выдохе)			
3	Темп речи замедленный			
4	Темп речи ускоренный			
5	Запинки бессудорожные			
6	Запинки клонического типа			
7	Запинки тонико – клонического типа			
8	Запинки тонического типа			
9	Форма артикуляционная			
10	Форма дьз агглюная			
10	Форма плоская			
11	Форма смешанная [аре-дыкательная, дыкательно – голосовая ит.д.]			
12	Проявление автоматизированных речевых затруднений			
13	Ритмизованная речь затруднена			
14	Сжатая речь затруднена			
15	Сопряженная речь затруднена			
16	Вопросно – ответная речь затруднена			
17	Словная речь затруднена			

Дифференциация звуков (на слух):

№ ОБС	С-Ж	С-Ш	Ш-Ж	Ж-З	Щ-Ш	Щ-СЬ	Ц-С	Ц-ТЬ	Ч-С	Ч-ТЬ	Ч-Ц	Ч-Щ	Л-Р	П-Б	Т-Д	К-Г	К-Х	И-Ы
1																		
2																		
3																		

## Анализ звукового состава слова:

	Номер обследования	1	2	3
1	Выделение первого звука в слове			
2	Выделение последнего звука в слове			
3	Определение количества букв			

## Слоговая структура слова:

	Номер обследования	1	2	3
1	Перестановка слогов			
2	Перестановка звуков			
3	Упрощение слоговой структуры			
4	Нудоговаривание слов			

## Слухоречевая память:

	Номер обследования	1	2	3
1	Повторение слов (5) отмечается сколько пропущено букв = заменено букв			
2	Повторение предложений			

## Понимание речи:

	Номер обследования	1	2	3
1	Выполнение простых инструкций			
2	Выполнение сложных инструкций			
3	Понимание предлогов			
4	Понимание категорий рода			
5	Понимание категорий числа			
6	Понимание предложений			

## Грамматический строй:

	Номер обследования	1	2	3
1	Образование множественного числа имен существительных			
2	Образование родительного падежа существительных			
3	Использование уменьшительно-ласкательных суффиксов			
4	Префиксальное словообразование			
5	Соединение прилагательных и существительных			
6	Соединение существительных с числительными			
7	Образование прилагательных от имен существительных			
8	Использование простых предлогов			
9	Использование сложных предлогов			

## Составные слова:

	Номер обследования	1	2	3
1	Предметный словарь			
2	Сравнительно-прилагательные			
3	Синонимы			
4	Обобщения			
5	Прилагательные			
6	Глаголы			
7	Образование прилагательных от имен существительных			
8	Прилагательные прилагательные			



Связная речь:

	Номер обследования	1	2	3
1	Составление простого предложения			
2	Составление сложного предложения			
1	Рассказ по картинке			
2	Рассказ по серии картинок			
3	Пересказ прочитанного			
4	Рассказ по представлению			

Общее развитие:

	Номер обследования	1	2	3
1	Движение			
2	Геометрические формы			
3	Классификация предметов			
4	Пространственно-временные представления			
5	Различение цветов			

Дополнительные данные (в диаграмму не вносятся):

	Номер обследования	1	2	3
1	Соматическая ослабленность			
2	Нарушение внимания			
3	Истощаемость			
4	Возбудимость			
5	Расторможенность			
6	Зрение			
7	Слух			
8	Речевая активность			
9	Эмоциона			
10	Речевые ошибки			
11	Может ли говорить			

Учебные навыки (в диаграмму не вносятся):

	Номер обследования	1	2	3
1	Повышение букв (под диктовку логопеда)			
2	Чтение букв			
3	Слоги			
4	Слово			
5	Предложения			
6	Текста			
7	Счет до 5 прямой			
8	Счет от 5 обратный			
9	Счет до 10 прямой			
10	Счет от 10 обратный			
11	Написание печатных букв			
12	Письмо слов			
13	Коротких текстов			

Заключение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

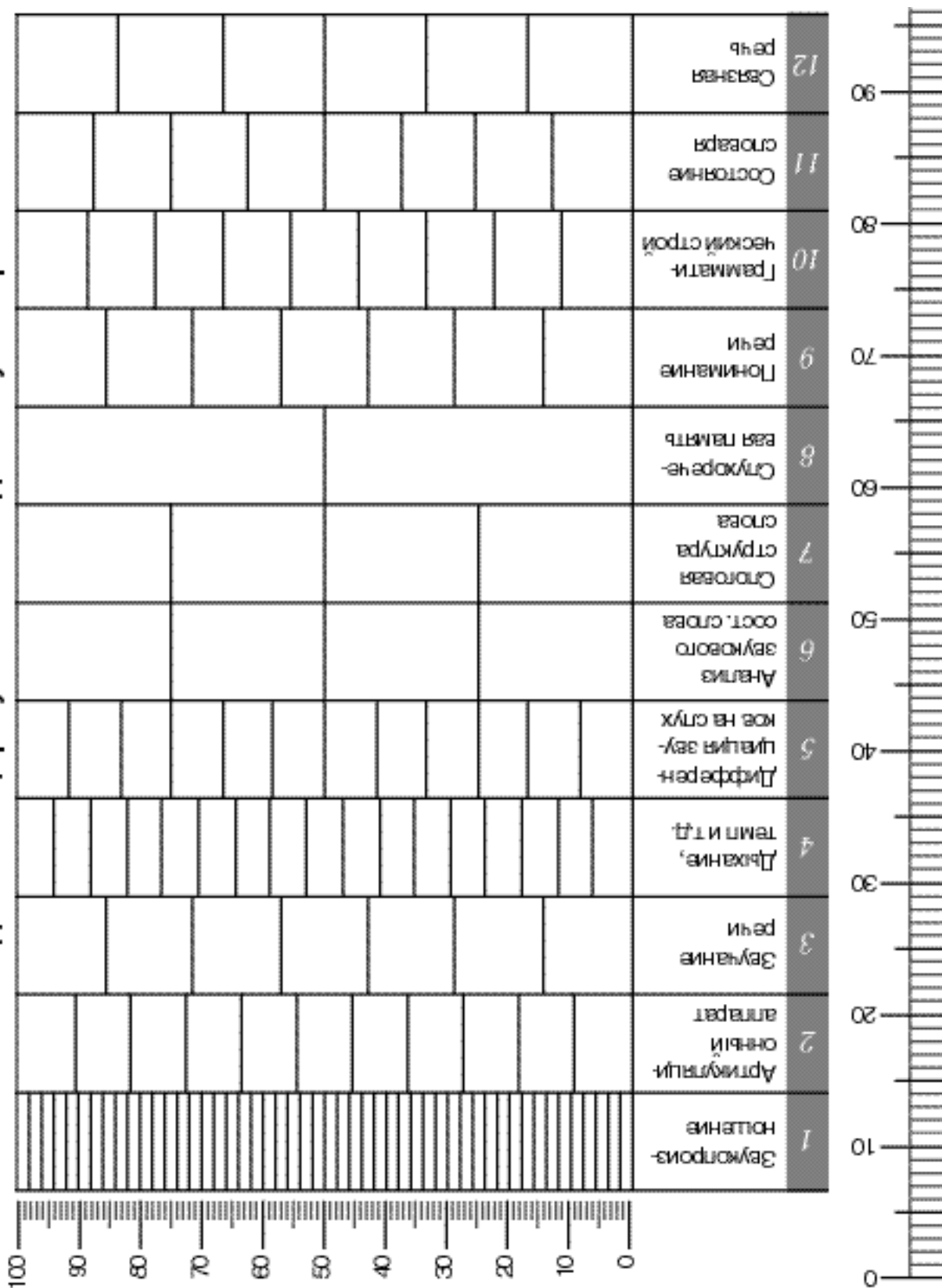
Рекомендации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Комментарий \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Сводная таблица результатов обследования устной речи





«9» сентября 2004 г.

Специалист:

Ф.И.О. Климовичева Екатерина Юрьевна

## Протокол обследования устной речи

Фамилия и имя ребенка Большиков Денис

Возраст: 6 лет

Проведению динамических исследований

4. «9» сентября 2004 г.

5. «12» января 2005 г.

6. «21» апреля 2005 г.

## I. Результаты обследования речи

Звукопримитивы:

Исследование 1 «9» сентября 2004 г.

	С	С	З	З	Ц	Ш	Ж	Ч	Щ	Л	Л	Р	Р	К	Г	Х	Б	П	Т	Д
1. Отсутствует	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
2. Замена	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. Искажен	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. Не автоматизирован	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
5. Замена по твердости – мягкости	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Замена по звонкости – глухости	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Нестойкая замена	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Исследование 2 «12» января 2005 г.

	С	С	З	З	Ц	Ш	Ж	Ч	Щ	Л	Л	Р	Р	К	Г	Х	Б	П	Т	Д
1. Отсутствует	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
2. Замена	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. Искажен	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. Не автоматизирован	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
5. Замена по твердости – мягкости	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Замена по звонкости – глухости	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Нестойкая замена	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Исследование 3 «21» апреля 2005 г.

	С	С	З	З	Ц	Ш	Ж	Ч	Щ	Л	Л	Р	Р	К	Г	Х	Б	П	Т	Д
1. Отсутствует	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Замена	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3. Искажен	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. Не автоматизирован	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
5. Замена по твердости – мягкости	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. Замена по звонкости – глухости	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Нестойкая замена	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Артикуляционный аппарат:

	Номер обследования	1	2	3
1	Проталкивание	0	0	0
2	Проглатывание	0	0	0
3	Прямой открытой прикус	1	1	1
4	Нарушение зубного ряда	1	1	0
5	Тонус губ	1	0	0
6	Тонус языка	1	0	0
7	Короткая подъязычная дужка	0	0	0
8	Поднятость губ	0	0	0
9	Поднятость языка	0	0	0
10	Гиперсаливация	1	1	0
11	Парез мягкого неба	0	0	0

Звучание речи

	Номер обследования	1	2	3
1	Голос глухой	0	0	0
2	Голос хриплый	0	0	0
3	Носовой	1	1	0
4	Речь непонятная	0	0	0
5	Речь понятна только близким	1	0	0
6	Речь не красная, но разборчивая	0	1	1
7	Интонационно – немодулированная	1	0	0

Дыхание: темп, ритм, тип судорог, форма заикания, степень речевых затруднений

	Номер обследования	1	2	3
1	Дыхание грудно-ключичное	0	0	0
2	Речь на инспирации (речь на выдохе)	1	0	0
3	Темп речи замедленный	0	0	0
4	Темп речи ускоренный	1	1	0
5	Запинки бессудорожные	1	1	0
6	Запинки клонического типа	0	0	0
7	Запинки тонико-клонического типа	0	0	0
8	Запинки тонического типа	0	0	0
9	Форма артикуляционная	0	0	0
10	Форма дыхательная	0	0	0
10	Форма голосовая	0	0	0
11	Форма смешанная (арт. дыхательная, дыхательная – голосовая и т.д.)	0	0	0
12	Произношение агглютированных рядов затруднено	0	0	0
13	Ритмизованная речь затруднена	0	0	0
14	Сравненная речь затруднена	0	0	0
15	Соприкосновенная речь затруднена	0	0	0
16	Вопросно – ответная речь затруднена	0	0	0
17	Слитная речь затруднена	0	0	0

Дифференциация звуков (на слух):

№ ОБС	ТД	ПБ	КГ	СЗ	ЩСЬ	ВФ	ЦТЬ	ЧТЬ	ЧЦ	ЧЩ	ЛР
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	0	0	0	0	1		1	1	1	1	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## Анализ звукового состава слова:

	Номер обследования	1	2	3
1	Выделение первого звука в слове	1	0	0
2	Выделение последнего звука в слове	1	1	0
3	Определение количества букв	1	1	1

## Словесная структура слова:

	Номер обследования	1	2	3
1	Перестановка слогов	1	0	0
2	Перестановка звуков	1	1	0
3	Упрощение слоговой структуры	1	0	0
4	Недоговаривание слов	1	1	0

## Слухоречевая память:

	Номер обследования	1	2	3
1	Повторение слов (S) с 1-3 знаками пропущенных – замененных	1	1	0
2	Повторение предложений	1	1	1

## Понимание речи:

	Номер обследования	1	2	3
1	Выполнение простых инструкций	0	0	0
2	Выполнение сложных инструкций	1	0	0
3	Понимание простых предложений	1	1	0
4	Понимание сложных предложений	1	1	0
5	Понимание категорий рода	1	0	0
6	Понимание категорий числа	0	0	0
7	Понимание предложений	1	0	0
8	Понимание прочитанного логоподтекста	1	0	0

## Грамматический строй:

	Номер обследования	1	2	3
1	Образование множественного числа имен существительных	1	0	0
2	Образование родительного падежа существительных	1	1	0
3	Использование уменьшительно-ласкательных суффиксов	1	1	0
4	Профлексивное словообразование	1	1	1
5	Совпадение прилагательных и существительных	1	1	0
6	Совпадение существительных с числительными	1	1	0
7	Образование прилагательных от имен существительных	1	1	1
8	Использование простых предложений	1	0	0
9	Использование сложных предложений	1	1	1

## Состояние словаря:

	Номер обследования	1	2	3
1	Предметный словарь	0	0	0
2	Сравнительно-прилагательные	0	0	0
3	Синонимы	0	0	0
4	Обобщения	0	0	0
5	Прилагательные	0	0	0
6	Глаголы	0	0	0
7	Образование прилагательных от имен существительных	0	0	0
8	Приглагольные прилагательные	0	0	0

## Связная речь:

	Номер обследования	1	2	3
1	Составление простого предложения	1	0	0
2	Составление сложного предложения	1	1	0
1	Рассказ по картинке	1	1	1
2	Рассказ по серии картинок	1	1	0
3	Пересказ прочитанного	1	1	1
4	Рассказ по представлению	1	1	1

## Дополнительные данные, дополняющие речевое обследование

## Общие сведения.

1. Состояние слуха - норма
2. Зрение - норма
3. Соматическая ослабленность - adenovirus, часто болеет простудными заболеваниями
4. Нарушение внимания - отмечается нарушение преимущественно слухового внимания
5. Истощаемость - отмечается
6. Состояние мелкой моторики - отмечается трудности в обучении использованию карандаша и ручки
7. Состояние общей моторики - соответствует возрасту
8. Ведущая рука - правая

## Поведение на приеме, речевые особенности.

1. Поведение на приеме - возбужден, невнимателен, не проявляет интереса к заданиям, но и не отказывается их выполнять. Помощь принимает.
2. Речевая активность - низкая
3. Диалог - отвечает на вопросы односложно, сам вопросов не задает
4. Особенности речи ребенка (жолташи, речевые символы и др.) - не отмечаются

## Общее развитие.

1. Знание геометрических форм - формы соотносит, но называет только круг, квадрат и овал
2. Знание цветов называет основные цвета, состояние уверенно
3. Размер - выделяет понятия больше - меньше
4. Классификация (с учетом возраста) - доступна
5. Пространственно - временно представления - во времени ориентируется, различает время суток, времена года, месяцы и дни недели называет неуверенно

## Учебные навыки.

1. Чтение (показывание букв, чтение букв, слогов, слов, предложений, текста) - буквы читает, показывает без труда, но в слух не слышит
2. Счет - прямой и обратный в пределах 10
3. Письмо - пишет слова мама, папа, свой имя - зеркальности в письме не отмечено

**Комментарий:** 9 сентября 2004 г. - мальчик проходит курс лечения невролога, наблюдается и подъемом центра

Психолог отмечает высокий уровень выполнения невербальных заданий

21 апреля 2005 г. - отмечается значительная положительная динамика речевого состояния

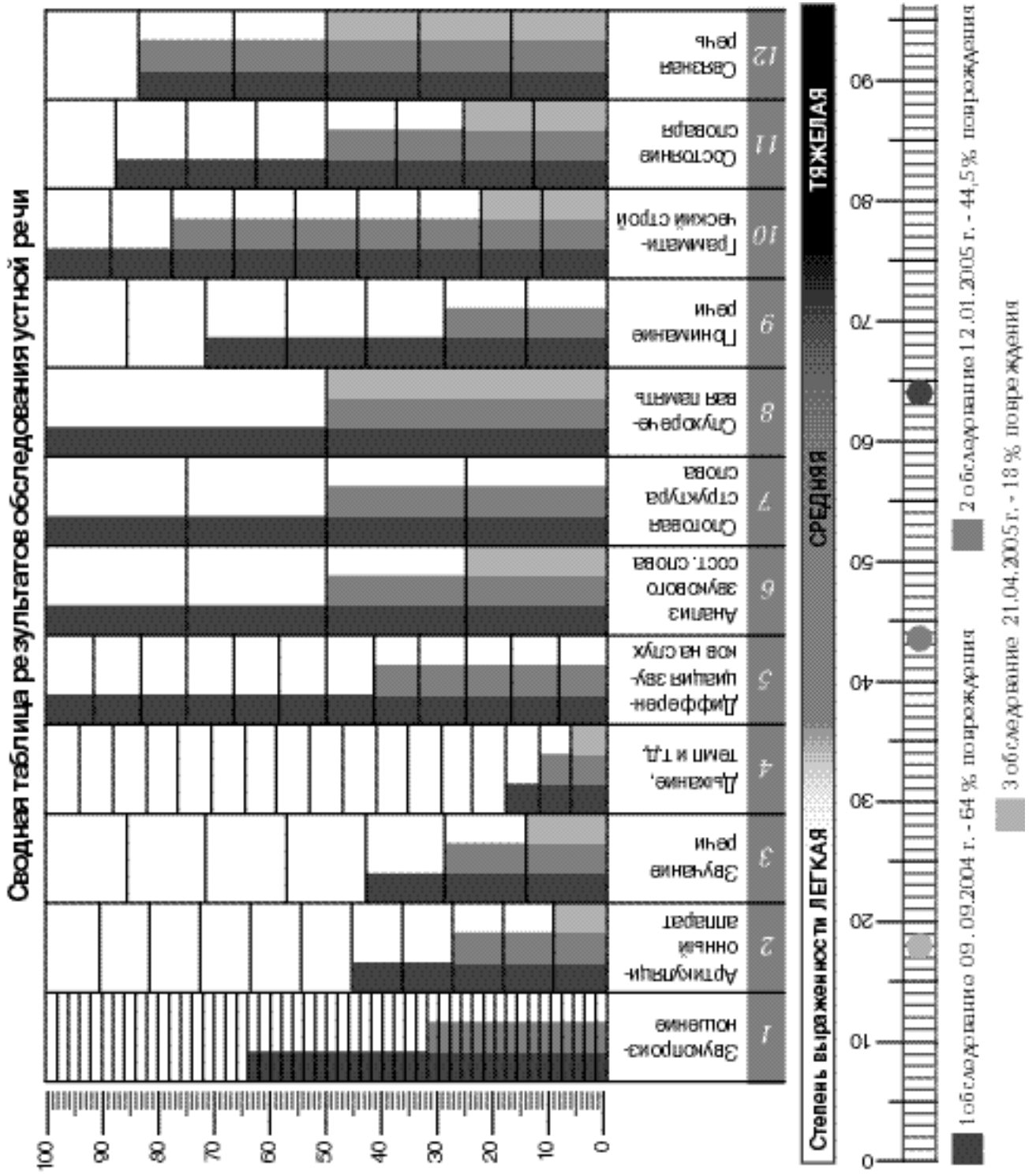
На данный момент уровень развития речи соответствует ОНР 3

**Рекомендации:** 9 сентября 2004 г.: индивидуальное логопедическое занятия 3 - 4 раза в неделю.

21 апреля 2005 г.: предложить занятия в группе подготовки к школе и центру.

**Заключение:** 9 сентября 2004 г. - ОНР - 2 на фоне легкой степени и подострой задержки речевого развития

21 апреля 2005 г. отмечается положительная динамика. На данный момент развитие речи соответствует ОНР 3





## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ИЗУЧЕНИИ ДИСЛЕКСИИ У ДЕТЕЙ**

**По материалам 5-го Всемирного конгресса по дислексии,  
23-27 августа 2004, Салоники, Греция**

История изучения дислексии насчитывает более 100 лет. Она открывается работами английских офтальмологов P.Morgan и J.Kerr, описавших в 1896-1897 г.г. 2 случая стойкой избирательной неспособности к овладению чтением и письмом у детей, нормально усваивавших математику. В России первые, тоже клинические исследования дислексии принадлежат Ткачеву Р.А.(1933) и С.С.Мнухину (1934). Чуть позже, в 1940 году вышла в свет работа психолого-педагогического характера Р.Е.Левиной "Недостатки чтения и письма у детей".

С тех пор во всем мире опубликованы сотни тысяч работ, посвященных экспериментальному изучению природы и механизмов дислексии (Pumfrey P.D.,2004). Этой проблеме посвящены сотни монографий. В России за этот же период вышло лишь несколько десятков публикаций, посвященных нарушению письма, не более трех десятков работ по нарушению чтения и несколько монографий. При сопоставлении зарубежных и российских исследований очевидно не только количественное отставание. Среди отечественных публикаций особенно заметен дефицит экспериментальных и междисциплинарных работ, посвященных природе и механизмам дислексии, практически отсутствуют исследования, включающие использование высоких технологий, таких как МРТ, ПЕТ и др. В связи с этим представляет интерес обзорная информация о состоянии данного вопроса по данным зарубежных исследований. Материалы прошедшего недавно Всемирного конгресса по дислексии представляются в этом плане достаточно информативными и репрезентативными.

5-й Всемирный конгресс по дислексии состоялся 23-27 августа в Салониках (Греция). В его работе

участвовали 149 ученых и практиков из Австралии, Великобритании, Германии, Голландии, Греции, Израиля, Индии, Италии, Литвы, Польши, России, Чехии, США, Южно-Африканской республики и др. Представленные на конгрессе работы в достаточной мере отражают сложившиеся в настоящее время тенденции в подходах к исследованию нарушений чтения и письма.

Несмотря на столь длинную историю вопроса по-прежнему актуальной остается проблема отграничения дислексии от сходных состояний. Это важно не только с методологической, но и с практической точки зрения. До настоящего времени существуют настолько большие расхождения в трактовке этого термина, что диалог ученых, принадлежащих к разным школам, странам оказывается малопродуктивным. В России эта проблема в настоящее время стоит крайне остро. Большинство ученых сходятся во мнении, что термин "дислексия" объединяет несколько типологически разных по механизмам состояний (Pavlidis G.Th.; Pumfrey P.D.). Поэтому правомерно говорить о дислексиях, то есть о группе состояний, общим свойством которых является стойкое избирательное затруднение в освоении навыка чтения. В ряде докладов обсуждались критерии дифференциации первичных, специфических нарушений чтения, то есть, дислексий от вторичных, неспецифических трудностей в чтении (Aaron P.G.). Этот вопрос остается дискуссионным, хотя имеет принципиальное значение, как для науки, так и для практики. Исследуя и обсуждая механизмы, критерии диагностики, коррекционные подходы в работе с детьми, страдающих дислексией, специалисты нередко термином "дислексия" обозначают весьма различающиеся состояния.

Например, в ряде докладов ставился вопрос о дефицита внимания (при ADHD), как возможной причине неспецифических трудностей в чтении. А поскольку ADHD часто сопутствует дислексии, это фактор следует регистрировать во всех экспериментальных работах. Иногда именно дефицит внимания может быть основным источником экспериментальных данных, приписываемым дислексии (...).

Нередко происходит смешение понятий. Особенно важно избегать этого при сопоставлении данных исследователей, принадлежащих к разным языковым сообществам. Диагностические признаки дислексии, используемые, например, в Греции, не совпадают с теми, которые используются в Англии и США (Diamanti V., Goulandris N., Campbell R.). Аналогичные наблюдения были получены и при сравнении симптомов дислексии у русских и английских детей (Корнев А.Н., 1995). Поэтому не всегда находки, полученные на одном языковом материале, приложимы в стране с другим языком. В связи с этим возникает логичный вопрос: чем в большей степени определяются симптомы дислексии? Особенности языка и письменности или механизмами, лежащими в основе дисфункции? Окончательного ответа на этот вопрос пока никто не дал. Большой интерес в этом плане представляют кросс-культуральные исследования, в которых сопоставляются проявления и механизмы дислексии в разных языковых сообществах. Материал представленный в них позволяет утверждать, что особенности языка и письменности в значительной степени влияют не только на симптоматику, но и на доминирующие механизмы, лежащие в основе дислексии. Типы алфавитической письменности можно свести к одной из двух категорий: 1) те, в которых письменность имеет так называемую "прозрачную" (transparent), неглубокую (shallow) орфографию с высокой степенью соответствия произношения и написания (Финляндия, Испа-

ния, Италия) и

2) страны со сложной, глубокой (deep) по орфографии системой письменности, имеющей слабое соответствие между произношением и написанием (Англия, США, Франция) (Щерба Л.В., 1983, Seimure P.H.K., Evans H.M., 1999) Россия занимает промежуточное между ними положение, приближаясь, однако, к первой группе стран. У детей из стран второй группы дислексия по механизмам имеет достоверные связи с фонологическими и метафонологическими\* нарушениями (Bloomert L., Bonte M., Mitterer H.; Diamanti V., Goulandris N., Campbell R.). Дислексия у детей из стран первой группы слабее связана по механизмам с дефицитом фонологических способностей (Cossu G.; Brizzolara D., Chilosi A.M., Pecini C. et al). Предполагается, что в этом случае, среди механизмов превалирует дисфункция невербальных когнитивных предпосылок чтения. Есть основания полагать, что при освоении письменного языка с простой орфографией наличие только недостатков фонологического развития не создает серьезных препятствий для овладения чтением. Чтобы эти затруднения возникли, оказались стойкими должны быть нарушены и другие, когнитивные предпосылки чтения. Наши исследования подтверждают эту точку зрения (Корнев А.Н., 1995).

Достаточно масштабно представлено клинико-неврологическое направление исследований, посвященное поиску церебрального субстрата дислексии. Большие перспективы открывает использование магнитно-резонансной (МРТ) и позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ)) (Rosenberger P., Talcott J.V.). В одном из таких исследований были получены экспериментальные данные, подтверждающие по мнению авторов гипотезу о роли мозжечковой дисфункции в патогенезе дислексии (Fawcett A., Nicolson R.). Широко используются электрофизиологические методы исследования (ЭЭГ, анализ вызванных

потенциалов) для изучения нейрофизиологической основы механизмов дислексии (Bloomert L., Bonte M., Mitterer H.; ). Наибольший интерес у ученых, исследующих механизмы дислексии, в последние 2 десятилетия вызывают две проблемы: проверка "фонологической гипотезы" (или "фонологической модели") и изучение механизмов зрительного восприятия, особенностей регуляции движений глаз в качестве возможных механизмов нарушений чтения у детей. В некотором отношении эти два подхода противостоят друг другу как альтернативные. В первой из моделей акцент делается на языковых и метаязыковых аспектах формирования навыка чтения. Предполагается, что процесс осознания фонологической и морфологической структуры устной речи у детей с дислексией происходит со значительным отставанием (Schiff R., Raven M.; Stavrou L., Karvounis M.P.). Они затрудняются в подборе рифмованных слов, Как отмечалось выше, наибольшее число исследований подтверждающих эту гипотезу относится к языкам с глубокой, непрозрачной орфографией. Однако, любопытно отметить, что хотя русская письменность по своим базовым принципам приближается скорее к странам с "прозрачной" орфографией (особенно в ситуации чтения) доминирующей вот уже более 40 лет является фонологическая или фонематическая модель механизмов нарушений чтения (Левина Р.Е., 1940, 1968, Лалаева Р.Е., 1998). Коррекционные подходы, построенные на базе этой модели не дают пока заметного успеха в преодолении дислексии у русских детей.

В исследованиях посвященных окулomotorным механизмам, психофизическим особенностям и нейрофизиологическим механизмам зрительного восприятия, чтение рассматривается преимущественно как акт зрительного восприятия текста, его элементов, включая процесс его сканирования и организации зрительного поля и регуляции

зрительного внимания. В ряде исследований у дислексиков были обнаружены аномальные признаки в траектории саккадических движений глазных яблок, в величине латентного периода саккадических реакций, явления гиперметрии саккадических движений ((Jerabek J., Vyhnalek M., Pavlidis). По мнению G.Pavlidis офтальмокинетический тест, разработанный им позволяет не только диагностировать дислексию, но и выявлять предрасположенность к ней в дошкольном возрасте. В другом исследовании было обнаружено достоверное отличие детей с дислексией от нормы в функциональных особенностях периферической и центральной части полей зрения при распознавании букв (Lorusso M.L., Facchetti A., Pesenti S. et al). В частности, дети с дислексией лучше здоровых детей распознавали зрительные стимулы, предъявленные в периферическую часть поля зрения по сравнению с теми, которые предъявлялись в центральную часть поля зрения. Согласно популярной в последние годы "магноцеллюлярной гипотезе" дети с дислексией хуже здоровых детей распознают динамические компоненты как зрительных, так и слуховых стимулов (Stein J. Talcott J.B.) В последние годы подобные исследования проводятся и в России. В работах O.Inshakova A., O. Levashov ; M.Rusetskaya , Chirkina G.) исследовалось предпочтительное направление движения взора при сканировании зрительных стимулов. Обнаружено, что у определенной части детей с трудностями в чтении отмечается предпочтение сканировать справа налево. Данное направление исследований представляет безусловный интерес. Однако есть основания полагать, что подобная модель механизмов дислексии приложима лишь к одному из подтипов дислексии. В ряде докладов, посвященных коррекции нарушений чтения, были представлены весьма впечатляющие данные об успешности тренировки глазодвигательных реакций, стимуляции зрительного внимания (...). Тем не менее,

авторы оставили открытым вопрос об эффективности этих подходов в случаях стойких избирательных нарушений, то есть дислексии.

В другом исследовании были найдены экспериментальные подтверждения теории D. Bakker об аномальном паттерне полушарной активации на разных этапах освоения чтения, и эффективности в случае дислексии тахистоскопической зрительной стимуляции одного из полушарий (Lorusso M.L., Facoetti A., Toraldo A., Molteni M.). В. Steffert представил интересное сообщение об использовании цветных фильтров для облегчения чтения детям с дислексией. При этом выяснилось, что цвет, облегчающий чтение индивидуально специфичен.

Большинство цитированных выше докладов отражают общий для многих исследователей подход к изучению природы дислексии. Вновь и вновь предпринимаются попытки обнаружить один механизм, выделить единственную функцию, неполноценность которой можно считать ответственной за возникновение дислексии. Авторы строят свои исследования на основе монофакторной модели дислексии. Однако возможен и альтернативный взгляд на проблему, предполагающий существование одновременно нескольких качественно разных дисфункций как обязательного условия возникновения стойких избирательных трудностей в овладении чтением. Такая модель была представлена в докладах D. Brizzolara, A.M. Chilosi, C. Pecini, et al. и A. Kornev. Подобный подход представляется нам более отвечающим комплексной, полиморфной по симптоматике клинической картине дислексии, описываемой всеми исследователями. Однако исследования, основывающиеся на этой модели должны носить мультидисциплинарный характер.

Представленные выше экспериментальные парадигмы, гипотезы, данные о механизмах дислексии позволяют в некотором приближении составить представление о направлениях

поиска ответов на самые насущные вопросы, касающиеся дислексии. Разумеется, представленный обзор отражает лишь малую долю широчайшего спектра исследований, в которых работы Российских ученых пока еще занимают более чем скромное положение.

#### Литература:

1. Корнев А.Н. Дислексия и дисграфия у детей. Л., "Гиппократ", 1995
2. Лалаева Р.И. Нарушения чтения С.-Пб, 1998
3. Левина Р.Е. Недостатки чтения и письма у детей.- М.: Учпедгиз, 1940.
4. Левина Р.Е.(Ред.) Основы теории и практики логопедии. М., 1968
5. Мнухин С.С. О врожденной алексии и аграфии//Сов. невропат., психиат. и психогигиена.- 1934.- Т. 3, вып. 2/3.- С. 193-203.
6. Ткачев Р. А. Врожденная алексия//Сов. невропат., психиат. и психогигиена.- 1933.- Т. 2, вып. 10.- С. 83-91.
7. Щерба Л.В. Теория русского письма.- Л.: Наука, 1983.
8. Aaron P.G. A cognitive tool for the differential diagnosis of dyslexia from attention deficit disorder-predominantly inattentive type / Prof.G.Th.Pavlidis (Eds.) 5-th World congress on dyslexia/ 23-27 august 2004, Thessaloniki, Greece. Abstracts & Program, p.1-2
9. Bloomert L., Bonte M., Mitterer H. Neural correlates of a phonological core deficit in dyslexia: ERP studies, *ibid.*, p.10
10. Brizzolara D., Chilosi A.M., Pecini C., Lami L., Pignatti B., Pizzoli C., Cipriani P., De Filippi G., & Zoccolotti P. The phonological hypothesis of developmental dyslexia: does a history of language delay matter?, *ibid.*, p.13-14
11. Cossu G. Acquisition of reading and written spelling in Italian orthography, *ibid.*, p.20-21
12. Diamanti V., Goulandris N., Campbell R. A cross-linguistic comparison of reading and spelling difficulties between Greek and English children with developmental dyslexia, *ibid.*, p.24
13. Fawcett A., Nicolson R. The cerebellum

- and dyslexia: theory into practice. *ibid.*, p.28
14. Jerabek J., Vyhnalek Saccadic eye movement differences between dyslexics and controls.,*ibid.*,p.35-36
15. Inshakova O., Levashov V., Inshakova A. Specific features of visual perception in children with dyslexia/ *ibid.*, p.34-35
16. Kornev A. About multifactorial model of dyslexia.,*ibid.*,40-41
17. Lorusso M.L., Facoetti A., Pesenti S., Cattaneo C., Molteni M., Geiger G. Wider recognition in peripheral vision in different subtypes of dyslexia. *Ibid.*,p.46-47
18. Lorusso M.L., Facoetti A., Toraldo A., Molteni M.Changes in visual spatial attention after tachistoscopic treatment of dyslexia. *Ibid.*,p.47-48
19. Pavlidis G.Th.Dyslexia in perspective and prospective. *Ibid.*,p.55-57
20. Pumfrey P.D."Treating dyslexia: a Gordian knot".*ibid.*,p.64-65
21. Rosenberger P.B. hemispheric specialization in dyslexia: dead or alive& *ibid.*,p.73-74
22. Rusetskaya M., Chirkina G. Features visual-motor functions for children with dyslexia. *Ibid.*,p.74
23. Schiff R., Raven M. The effect of morphological priming in different subtypes of developmental dyslexia. *Ibid.*,p.77-78
24. Stavrou L., Karvounis M.P. Construction of a dyslexia identification test for children aging 5 to 8 years.*ibid.*,p.80-81
25. Stein J. The magnocellular hypothesis of developmental dyslexia. *Ibid.*,p.82-83
26. Talcott J.B. Visual processing skills and deficits in reading disability: a meta-analysis.*ibid.*,p.83-84
27. Talcott.J.B. What is relationship between reading (dis)ability, attention deficits and psychophysical measures of dynamic auditory and visual processing? *Ibid.*,p.84-85
- A.H.Корнев k1949@rol.ru

© DETISITE, 2002 -2005

© Александр Корнев, 2005,

