Корнев. Кандидат медицинских наук, доктор психологических наук. Психиатр, логопатолог, нейропсихолог. Заведующий кафедрой логопатологии, заведующий лабораторией нейрокогнитивных технологий Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета.

Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей: Учебно-методическое пособие

Трудности усвоения тех или иных школьных предметов являются наиболее частой причиной школьной дезадаптации, резкого снижения учебной мотивации, возникающих в связи с этим трудностей в поведении, а иногда даже и криминального поведения. Среди них на первом по частоте месте стоят нарушения чтения и письма.

Разнообразные нервно-психические расстройства могут вызывать нарушения усвоения письменной речи. В первую очередь это состояния общего психического недоразвития, грубые аномалии зрительного и слухового анализаторов, недоразвитие устной речи . Стойкие нарушения письменной речи могут возникать у детей с нормальным интеллектом, сохранной устной речью, полноценными зрением и слухом, у которых имеется несформированность некоторых частных психических процессов, которые могут почти ничем себя не проявлять в повседневной жизни, но создают серьезные препятствия при овладении письмом или чтением. Несчастье таких детей заключается в том, что как родители, так и многие учителя совершенно не осведомлены в этом круге проблем. На сегодняшний день даже школьные психологи имеют весьма смутные представления о природе неуспеваемости по чтению и письму, не знают, что существуют такие состояния, как дислексия и дисграфия, при которых дети, не получившие своевременной помощи, могут на всю жизнь остаться полуграмотными. Эта последняя, достаточно многочисленная, категория расстройств и будет составлять основной предмет обсуждения в настоящей книге.

По данным англо-американской литературы, подобные состояния встречаются у 15-20% детей школьного возраста. В отечественных исследованиях приводится меньший показатель — 8,7% , который тем не менее дает представление о том, насколько многочисленна категория детей, нуждающихся в специализированной медицинской и психолого-педагогической помощи.

Исследование проблем школьной неуспеваемости ведется достаточно давно. Тем не менее так называемые «специфические задержки психического развития» остаются малоизученными. Дети с подобными расстройствами, несмотря на достаточные интеллектуальные способности, испытывают стойкие трудности в усвоении чтения или письма, даже учась в школе для детей с задержками психического развития. Такие состояния получили название дислексии и дисграфий. Патогенез, механизмы нарушений, которые лежат в их основе, клинико-диагностические критерии и психопатологические особенности исследованы фрагментарно; не разработаны принципы и методы медикаментозной и медико-психологической коррекции и профилактики.

История и современное состояние проблемы расстройств письма и чтения у детей

Изучение нарушений письма и чтения у детей начинается с конца прошлого столетия и совпадает по времени с введением в наиболее развитых странах Европы государственного школьного обучения, доступного широким массам детей. При этом стало очевидным, что, кроме детей, не способных учиться из-за умственной отсталости, есть и другие, которые не могут овладеть грамотой, несмотря на нормальное интеллектуальное развитие.

В 1896 году английский врач P. Morgan описал четырнадцатилетнего мальчика, испытывавшего огромные трудности в чтении и письме. Он был сообразительным ребенком, успевал по алгебре, но с огромным трудом выучил алфавит и не мог научиться читать. В 1897 году аналогичный случай описал тоже англичанин, J. Кеrr, а уже в 1905 году вышла работа С. Thomas, обобщившая наблюдения ста случаев подобных нарушений.

Концепция «минимальной мозговой дисфункции»

С момента введения в клинический обиход понятие «минимальная мозговая дисфункция» рассматривалось в неотъемлемой связи с дислексией. Некоторые авторы считают последнюю подгруппой популяции детей с минимальной мозговой дисфункцией (ММД) [Clement S., 1966; Peters J. et al., 1975; Tresohlava Z., 1986]; другие, наоборот, разграничивают эти состояния как принципиально разные [Critchley M., Critchley E., 1978]. Чтобы представить, насколько серьезными являются расхождения сторонников этих двух крайних позиций, целесообразно напомнить историю формирования концепции ММД.

Достаточно давно было замечено, что у детей, как и у взрослых, наблюдается определенный параллелизм между локализацией очагового поражения головного мозга, с одной стороны, и психопатологической и патопсихологической симптоматикой — с другой. Нейропсихологический подход к изучению резидуально-органической патологии у детей оказался продуктивным, особенно в случаях грубых очаговых поражений головного мозга (перинатальные травмы и кровоизлияния, фокальные энцефалиты и др.). Довольно скоро он нашел применение и в области стертых, мягких нарушений сенсомоторных функций, поведения и обучаемости. В ходе разработки данной проблематики было сформулировано и введено в клинический обиход понятие «минимальное мозговое повреждение» (minimal brain damage) [Strauss A., Werne H., 1942; Strauss A., Leithinen L., 1947]. Специфическими признаками этого состояния считались такие симптомы, как негрубые перцептивно-моторные нарушения, апраксия, асимметрия сухожильных рефлексов, страбизм, гиперкинезы и другие нарушения. Дети с таким синдромом, находясь по интеллектуальному развитию на уровне нормы или субнормы, часто тем не менее испытывают значительные затруднения при усвоении ряда школьных предметов. Однако вскоре выяснилось, что существует не менее многочисленная категория детей с проблемами в обучении, у которых при самом детальном обследовании не обнаруживаются вышеуказанная неврологическая симптоматика и перцептивные нарушения. Подобные состояния были названы «минимальной мозговой дисфункцией» (minimal brain dysfunction), и в 1962 году этот термин был официально рекомендован к использованию Оксфордской международной группой изучения проблем детской неврологии [Wender P., 1971; Strother J., 1973]. К этой категории относят детей с проблемами в обучении или поведении, расстройствами внимания, имеющих нормальный интеллект и легкие неврологические нарушения, не выявляющиеся при стандартном неврологическом исследовании, или с признаками незрелости и замедленного созревания тех или иных психических функций [Rutter A. et al., 1970]. Изучению ММД посвящено огромное количество публикаций [Murray M., 1979; Tresohlava Z., 1986; Rutter M., 1987, и др.]. Довольно подробно описаны типичные для этого состояния электроэнцефалографические феномены, паттерны психологических и нейропсихологических нарушений. В последние годы, однако, многие, в том числе приверженцы данной концепции, вынуждены признать, что в ходе ее разработки существенного успеха не достигнуто. Причина этого — значительная неоднородность данной клинической группы, включающей детей с расстройствами внимания, с патологией поведения, с трудностями в обучении, с двигательными нарушениями и другими клинически весьма несходными синдромами. В соответствии с вышеуказанными диагностическими критериями в одну группу, например, объединяются дети с психогенной школьной дезадаптацией, резидуально-органическим поражением ЦНС и конституциональными состояниями незрелости. Выделить в такой разнородной группе какие-либо единые механизмы нарушений вряд ли возможно.

В связи с этим позднее группа MBD распалась на две диагностические категории: а) дети с нарушением активности и внимания (ADD и ADHD) и б) дети со специфическими расстройствами обучаемости (specific learning disability). Данные диагностические рубрики входят в последнюю Международную классификацию психических и поведенческих расстройств (ICD-10).

Концепция «задержки психического развития»

Клиническое содержание понятия «задержка психического развития» отчасти повторяет то, что англоязычные авторы относят к ММД. Подобные состояния более чем у половины неуспевающих учеников являются основной причиной трудностей в обучении [Лебединская К. С,, 1982].

История изучения задержек психического развития начинается с работ Е. Lasegne (1864) и К. Larrain (1871) [цит. по Сухаревой Г. Е., 1965], которые первыми описали клинику инфантилизма у детей. Позднее Т. П. Симпсон (1933) сужая данную группу, описала клинику психического инфантилизма и отметила, что, кроме незрелости эмоционально-волевой сферы, у таких детей обнаруживается и некоторое отставание в развитии познавательных способностей , внимания, памяти, что создает им определенные трудности при обучении в школе. Впоследствии клинические представления о данных состояниях углублялись и уточнялись в работах А. Ф. Мельниковой (1936), Г. Е. Сухаревой (1959,1965), И. А. Юрковой (1959, 1971), М. С. Певзнер (1966) и др. Позднее это направление исследований плодотворно развивалось в работах К. С. Лебединской (1982), И. Ф. Марковской (1982) и др.

На протяжении нескольких десятилетий, прошедших после первых описаний, клинические критерии задержек психического развития были в определенной степени пересмотрены. С начала 60-х годов в клинический обиход вошел диагноз «задержка темпа психического развития» [Сухарева Г. Е., 1965; Певзнер М. С., 1966], а несколько позже — «временные задержки психического развития» [Власова Т. А., Певзнер М. С., 1971]. На этом этапе изучения проблемы задержки психического развития расценивали как временное, обратимое состояние, имевшее во всех случаях благоприятный прогноз, и на этом основывали отграничение от олигофрении, являющейся стойким состоянием [Кудрявцева В.П., 1962; Певзнер М. С., 1966]. Однако уже тогда имелись наблюдения, свидетельствовавшие о том, что не у всех подобных детей патологическая симптоматика полностью компенсируется [Сухарева Г. Е., 1965; Юркова И.А., 1971]. В связи с этим подобный диагноз ряд исследователей расценивают как недостаточно корректный и склонны эту достаточно разнородную группу подразделять на несколько более однородных клинических категорий: психический инфантилизм (гармонический, дисгармонический, осложненный и неосложненный), «интеллектуальные расстройства (или пограничная интеллектуальная недостаточность) при длительных астенических состояниях», «интеллектуальные нарушения при недоразвитии речи» [Сухарева Г. Е., 1965; Ковалев В.В., 1979], «резидуальная церебрастения с западением школьных навыков» [Мнухин С.С., 1968] и т. п. Тем не менее, в практической медицине и дефектологии диагноз «задержка психического развития» в настоящее время является наиболее употребимым. В соответствии с современными представлениями, к задержкам психического развития относят как случаи замедленного психического развития («задержки темпа психического развития»), так и относительно стойкие состояния эмоционально-волевой или интеллектуальной недостаточности, не достигающие степени слабоумия. При подобной более широкой трактовке диагноза задержки психического развития имеют благоприятный прогноз не более чем в половине [Лебединская К. С., 1982] или даже в одной трети случаев

Наряду с наиболее типичными вариантами задержек психического развития, представленными разными вариантами психического инфантилизма, существует клиническая группа, отличающаяся фрагментарностью, парциальностью недоразвития. Подобные состояния были описаны достаточно давно [Мнухин С. С., 1934, 1968], но получили обобщенное диагностическое обозначение «специфические задержки психического развития» лишь после введения Международной классификации болезней девятого пересмотра. В ICD-10 эти рубрики именуются как «специфические нарушения психологического развития» и включают наряду с другими «специфическое расстройство чтения» и «специфическое расстройство спеллинга» (западный аналог диагноза «дисграфия»).

К этой категории относят состояния, при которых на фоне сохранных интеллектуальных способностей имеется незрелость или недоразвитие тех или иных предпосылок интеллекта. При этом дети испытывают значительные трудности в процессе усвоения чтения или письма.

Педагогический подход к проблеме и концепция «learning disability»

В центре внимания педагогически ориентированных исследований дислексии находятся нарушения процесса обучения чтению и письму. В 60-х годах они получили название «специфические расстройства обучения» (specific learning disability), или просто learning disability (LD) —расстройство обучаемости. Вместе с «минимальной мозговой дисфункцией» в англоязычной научной литературе этот термин наиболее употребим, если речь заходит о проблемах обучения, а в последние годы, можно сказать, вытеснил MBD из употребления. Расстройства названы специфическими в связи с необходимостью подчеркнуть тот факт, что они не связаны с интеллектуальной недостаточностью или грубыми дефектами анализаторов, а имеют свой особый механизм нарушения [Gaddes W., 1980; Satz P., Morris R., 1981].

Все существующие определения LD (J. Lerner, например, приводит пять разных определений) имеют несколько общих позиций:

а) наличие признаков церебральной дисфункции;

б) дисгармония созревания отдельных когнитивных функций;

в) стойкие трудности в овладении некоторыми школьными или социально значимыми навыками (чтение, письмо, математика, речевые и языковые навыки и др.);

г) наличие диссоциации между потенциальными познавательными способностями и реальными школьными достижениями.

Симптоматика и психологические механизмы нарушений письма и чтения

Как упоминалось выше, среди нарушений чтения у детей выделяют специфические расстройства, именуемые дислексией, и неспецифические их варианты. Последние обычно возникают в связи с отставанием в умственном развитии или вследствие сенсорных дефектов (нарушения зрения или слуха). При этом степень выраженности отставания в чтении соответствует тяжести первичного расстройства. По нашему мнению, сюда же правомерно относить трудности в чтении, возникающие у детей с тяжелым общим недоразвитием речи, которые выражены настолько, насколько ребенок отстает в речевом развитии. Предметом нашего исследования были специфические нарушения чтения, о которых и пойдет речь в последующих разделах.

Специфические нарушения чтения - дислексии

Говоря о дислексии, мы подразумеваем состояния, основным проявлением которых является стойкая избирательная неспособность овладеть навыком чтения, несмотря на достаточный для этого уровень интеллектуального и речевого развития, отсутствие нарушений слухового и зрительного анализаторов и оптимальные условия обучения. Осевым нарушением при этом является стойкая неспособность овладеть слогослиянием и автоматизированным чтением целыми словами, что нередко сопровождается недостаточным пониманием прочитанного. В основе расстройства лежат нарушения специфических церебральных процессов, в целом составляющих основной функциональный базис навыка чтения.

Синдром дислексии включает, кроме вышеуказанного основного симптома, явления эмоционально-волевой незрелости, симптокомплекс сукцессивной недостаточности, церебрастенические нарушения, специфические нарушения внимания и памяти и др. Правомерно включать его в широкую клиническую категорию «задержек психического развития» и расценивать это состояние как специфическую, парциальную задержку психического развития. В Международной классификации болезней десятого пересмотра (ICD-10) это соответствует диагнозу «специфическое расстройство чтения».

Достаточно давно известно, что мальчики подвержены расстройствам речи, в том числе дислексии, значительно в большей степени, чем девочки. Соотношение числа случаев Дислексии у девочек и мальчиков, по данным разных авторов, колеблется от 1:3 [Critchley М., 1970] до 1:8 [Matejcek Z., 1972], l:10[SchwalbE. etal., 1971] и l:10[EisenbergL., 1959]. В исследованной нами группе детей с дислексией, отобранных методом сплошной выборки, соотношение по полу было 1:4,5 [Корнев А. Н., 1982]. Причины влияния фактора половой принадлежности на вероятность возникновения дислексии остаются не до конца выясненными. Из предлагаемых разными авторами объяснений наиболее убедительной представляется концепция Z. Matejcek (1976). По его мнению, причиной преобладания мальчиков среди данной клинической группы является повышенная уязвимость мозга плода мужского пола к анте и перинатальным повреждающим факторам. Это подтверждается на примере других вариантов легких резидуально-органических расстройств [Kucera О., 1961; Richardson S. et al., 1986]. Еще одной вероятной причиной указанных различий является меньшая степень специализированности полушарий у девочек по сравнению с мальчиками [Witelson S., 1977]. Это обеспечивает им при поражении речевых систем мозга больший резерв компенсации за счет неповрежденного полушария. Тяжелые энцефалопатии сопровождаются массивным двусторонним повреждением мозга, что нивелирует половые различия уязвимости и пластичности мозга

Клинико-психопатологические симптомы

Симптоматика дислексии складывается из клинико-психопатологических проявлений, феноменов, относящихся непосредственно к аномалии чтения, и комплекса нарушенных сенсомоторных и когнитивных функций, лежащих в основе психологических механизмов затруднений в чтении. Психопатологические сведения о детях с дислексией, содержащиеся в научной литературе, весьма скудны и разноречивы. Причин этому несколько. Ход исследований за рубежом сложился таким образом, что ведущую роль в них играют психологи, логопеды, реже — неврологи и совсем редко — психиатры. Весьма сказывается и доминирующее представление о сущности дислексии как об идиопатическом, генуинном, моносимптоматическом расстройстве, что создает некоторую предвзятость при анализе клинических данных. Даже обнаружив психопатологическую симптоматику, исследователи расценивают ее как случайный, сопутствующий феномен [CritchleyM., CritchleyE., 1978]. Достаточно беспристрастно сделанные описания содержат указания на черты эмоциональной незрелости, явления гиперактивности и ряд других нарушений [Мнухин С. С., 1961; Arajarvi Т. et al., 1974; Rutter M., 1987]. Многолетние наблюдения позволили нам существенно дополнить эти описания. Как уже отмечалось во второй главе, при дислексии клиническая картина складывается из явлений незрелости, связанной с дизонтогенезом, и резидуально-органической симптоматики. У большинства детей с дислексией запаздывание в психомоторном развитии проявляется довольно рано. Навыки ходьбы у 33% детей, находившихся под нашим наблюдением, появились после года (у здоровых детей это встречалось в 3% случаев, а у детей с ЗПР — в 25%), первые слова у 38% — также после года (у здоровых — 3%, в группе ЗПР — 12%), фразовая речь у 44% — после 2 лет и у 13% — после 3 лет (у здоровых соответственно 7% и 0%, в группе ЗПР — 29% и 9%). Таким образом, у детей с дислексией в 67% случаев, т. е. достоверно чаще, чем у здоровых сверстников (р < 0,001) и детей с ЗПР без дислексии (р < 0,02), отмечается запаздывание раннего речевого онтогенеза. У некоторых из них в раннем возрасте наблюдаются невропатические и невропатоподобные нарушения (срыгивание, психомоторное беспокойство, расстройства сна и т. п.). Однако, по нашим наблюдениям, у детей с ЗПР это встречается чаще (соответственно 27% и 42%). Таким образом, очевидно, что уже в раннем возрасте дизонтогенез у детей со специфическими нарушениями чтения обнаруживает черты своеобразной асинхронии, отличающей их от других видов задержки психического развития. По сравнению с недифференцированной формой задержки психического развития при Дислексии ранний речевой дизонтогенез встречается достоверно чаще, невропатические явления — реже и запаздывание в становлении опорно-двигательных навыков — примерно с той же частотой.

Одним из психопатологических проявлений дизонтогенеза у обсуждаемой категории детей является синдром психического инфантилизма. По сравнению со здоровыми Детьми они более непосредственны, внушаемы, несамостоятельны. Эмоциональные реакции обычно живые, но недостаточно дифференцированные. Обращают на себя внимание склонность к легковесным суждениям, беспечность, недостаточная самокритичность. При возникновении затруднений даже в житейских ситуациях они склонны проявлять пассивность и быстро отказываются от попыток добиться успешного результата или довольствуются его иллюзией, замещая реальные действия фантазированием. Это свидетельствует о слабости волевых процессов. Целенаправленность и настойчивость у них зависят от заинтересованности. Поскольку у большинства подобных детей в основе мотивации поведения лежит принцип удовольствия, то наиболее продуктивны они в приятных, интересных или сулящих какую-нибудь награду заданиях. У многих детей с дислексией доминируют игровые интересы, но предпочитаемые игры небогаты по содержанию, однообразны, чаще носят подвижный характер. Практически у всех обнаруживается астеническая или церебрастеническая симптоматика: снижение умственной работоспособности, повышенная утомляемость, затруднение произвольной концентрации внимания, повышенная отвлекаемость. В ряде случаев наблюдаются расстройства памяти «инфантильно-астенического» типа, описанные С. С. Мнухиным (1986). При этом ребенок не может в нужный момент вспомнить явно знакомое ему название предмета или понятие. Перечисленные психопатологические особенности существенно влияют на умственную продуктивность детей, которая отличается выраженной неравномерностью и колеблется в значительных пределах в разные дни и в разное время суток, У большинства детей с дислексией определяется ограниченный кругозор, узкий круг интересов. Общая осведомленность — низкая, особенно в отношении сведений теоретического характера. Своеобразные «ножницы» между теоретическим и обыденно-практическим знанием типичны для таких состояний. Эта особенность является одной из причин значительных расхождений между характеристикой, данной такому ребенку учителем, и сведениями, полученными от родителей. В бытовых ситуациях такие дети намного адаптированнее, чем в классе. Основные причины затруднений в проблемных заданиях заключаются не столько в недостатке интеллектуальных способностей, сколько в несформированности предпосылок интеллекта, слабости произвольной организации умственной деятельности и низкой работоспособности.

Психический инфантилизм у детей с дислексией обычно осложнен резидуально-органической симптоматикой. Практически у всех обследованных нами детей был диагностирован психоорганический синдром той или иной степени выаженности.

Автор различает три группы симптомов, составляющих его:

*1.* ***Неспецифические вегетативные симптомы:***

а) вегетативная лабильность;

б) снижение адаптационных механизмов;

в) вазомоторные нарушения;

г) гипермоторное беспокойство.

*2.* ***Специфические органические мозговые симптомы:***

а) повышенная утомляемость;

б) слабость концентрации внимания;

в) неустойчивость поведения;

г) огрубление аффектов;

д) застойные аффекты;

е) тенденции к аффективным разрядам и агрессии;

ж) слабость (или избыток) побуждений;

з) брадипсихия;

и) снижение способности к дифференцировке существенного от несущественного.

*3****. Локальный мозговой колорит (т. е. системная церебральная недостаточность):***

а) лобный синдром;

б) моторная алалия;

в) дислексия;

г) дисграфия и др.

Первая группа симптомов наблюдается у детей преимущественно в раннем возрасте при невропатии и невропатоподобных состояниях. Среди детей с дислексией это встречается в 27% случаев. Специфические органические мозговые симптомы (вторая группа) расположены на схеме в порядке возрастания тяжести состояния от (а) к (и). Из них симптомы (а) — (в) при дислексии встречаются с наибольшим постоянством. У детей с синдромом церебрастенического инфантилизма они особенно выражены. **Церебрастеническая симптоматика, расстройства концентрации внимания, неустойчивость поведения обедняют у них проявления психического инфантилизма, придавая этому синдрому специфическую окрашенность**. Эмоциональные реакции при этом не только незрелы, но и несколько бедны по содержанию. Недостаточность волевых процессов сопровождается истощаемостью побуждений и быстрой пресыщаемостью интересов. В новой обстановке такие дети теряются, дают реакции тормозного типа. У многих происходят неглубокие спонтанные колебания настроения и работоспособности. В периоды углубления астении интеллектуальная продуктивность значительно снижается, иногда настолько, что ответы детей по качеству напоминают ответы умственно отсталых. При уменьшении астении или в случаях высокой заинтересованности дети выглядят намного сообразительнее, эмоционально живее. По этой причине успеваемость в школе у них бывает очень неровной: двойки чередуются с пятерками. При выполнении экспериментальных заданий становятся заметными неуверенность в себе, заниженный уровень притязаний. Дети с церебрастеническим инфантилизмом неплохо используют помощь, которая может ограничиваться только стимуляцией.

Невропатоподобный вариант органического инфантилизма по клинической картине весьма приближается к «органической невропатии» С. С. Мнухина (1968). Характерным для таких детей является сочетание инфантильных черт личности с аффективной неустойчивостью, повышенной раздражительностью, упрямством, негативизмом, гипердинамическим синдромом (симптомы «г», «д», «е» по G. Gollnitz) [Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1978; Ковалев В. В., 1979]. У некоторых из них, наоборот, преобладают тормозные реакции, со снижением побуждений, некоторой отгороженностью, фобическими переживаниями (так называемая «школьная фобия»), иногда с отказами от чтения вслух и даже от устных ответов на уроках. У многих в раннем возрасте или уже в период обучения в школе наблюдались различные невропатические и неврозоподобные расстройства в виде нарушений сна (затруднение засыпания, извращение цикла «сон — бодрствование», снохождения), энуреза, заикания, дисфагических явлений. В конфликтных ситуациях они склонны к реакциям отказа, пассивного протеста или агрессии. Дети с невропатоподобным вариантом органического инфантилизма имеют тенденцию к фиксации на патологических поведенческих реакциях, особенно при репрессивной тактике воспитания дома или в школе. Патохарактерологические реакции на трудности в обучении препятствуют использованию компенсаторных возможностей и затрудняют коррекционную работу.

Дети с собственно органическим инфантилизмом наряду с психопатологическими проявлениями инфантилизма, описанными выше, характеризуются наличием массивной психоорганической симптоматики [позиции (е) — (и) схемы G. Gollnitz]. Данное обстоятельство существенно видоизменяет клинику инфантилизма. При подобной клинической картине есть основания говорить уже не столько об эмоциональной незрелости, сколько об упрощенности и стереотипности эмоциональных реакций. В ряде случаев доминирую эйфорический фон настроения. Дети двигательно расторможены, безынициативны, бездеятельны. Их шалости нередко приобретают брутальный характер, а игры с детьми час то заканчиваются физической агрессией. Нередко возникаю спонтанные колебания аффекта, немотивированные состояния раздражительности, иногда достигающие степени дисфории. Мышление у детей с органическим инфантилизмом характеризуется инертностью, ригидностью.

Описанные выше психопатологические проявления, а также значительная частота выявления неврологической симптоматики (63%) подтверждают участие «энцефалопатического» фактора в патогенезе дислексии.

Электроэнцефалографические показатели

По нашим наблюдениям, у 70-80% детей с дислексией встречаются аномалии биоэлектрической активности головного мозга [Корнев А. Н., Ефремов К. Д., 1985]. Преобладающими типами ЭЭГ, по классификации Е. А. Жирмунской, у них являются десинхронизированный и дизритмический (табл. 1). Диффузные корковые нарушения встречаются в 3-3,5 раза чаще, чем на ЭЭГ здоровых детей. Локальные корковые изменения более характерны для детей с дисфазической дислексией и почти не обнаруживаются при дисгнозическом ее варианте. Чаще всего они представлены медленными полиморфными волнами в лобно-височных областях, которые выявляются в основном при функциональных нагрузках.

Как показывает электроэнцефалографическое исследование, детей с дислексией отличают от здоровых сверстников большая выраженность межполушарной асимметрии и десинхронизация электрической активности, что указывает на преобладание дисфункции мезэнцефального уровня ствола головного мозга. Снижение у них общей мощности ЭЭГ, вероятно, вызвано блокированием восходящих влияний и угнетением верхнестволовых синхронизирующих аппаратов мозга. Большая частота стволовых реакций на функциональные нагрузки в виде медленной полиморфной активности (дизритмии) свидетельствует о преобладании десинхронизирующих влияний нижнестволовых активирующих систем. Наиболее типичная форма патологической стволовой реакции в виде легко возникающих билатеральных медленных волн при ГВ с недостаточным и замедленным восстановлением после нагрузки (более чем через 5 минут) указывает на функциональную слабость неспецифических систем мозга, которая, по-видимому, обусловлена их незрелостью или резидуальным поражением. Это подтверждают и нарушения неспецифических ответов вызванных потенциалов на световые сигналы, в которых преобладают негативные фазы над позитивными (индекс К в табл. 1).

Как было указано выше, для детей с дислексией характерна высокая распространенность нарушений основного вида активности — альфа-ритма, выражающихся в достоверно более низком индексе и частоте по сравнению со здоровыми сверстниками. Поскольку альфа-ритм отражает функциональное состояние коры головного мозга в бодрствовании «покоя», в котором находится испытуемый при регистрации фоновой ЭЭГ, недостаточная его сформированность и низкая частота указывают на слабость функции.

Таким образом, для детей с дислексией, имеющих нарушение не только письменной, но и устной речи, характерно сочетание дисфункции стволовых систем с локальными корковыми и межполушарными нарушениями, что отличает их от тех, кто имеет «дисгнозический» вариант расстройства. Эти особенности указывают на наличие у них системного нарушения на разных уровнях ЦНС. То, что стволовые реакции ЭЭГ при гипервентиляции у детей обеих подгрупп существенно не различаются, подтверждает общность у них механизмов нарушения подкорковых генерирующих неспецифических систем мозга.

Следует подчеркнуть, что нарушения биоэлектрической активности у детей с дислексией непостоянны и выявляются в основном при функциональных нагрузках. Это связано, по-видимому, с преимущественно функциональной, а не органической неполноценностью мозговых систем у этих детей, возникшей в результате задержки их созревания. Об этом же свидетельствуют замедленность альфа-ритма, несформированность его, легкость возникновения стволовой реакции и преобладание негативной фазы неспецифического ответа, что чаще связывают у детей с незрелостью мозговых структур.

Описанные ЭЭГ-феномены во многом согласуются с данными других авторов [Исаев Д. Н. и др., 1974; Goldberg H., 1966; Schwalb E. et al., 1971]. Они подтверждают выводы, основанные на клинических наблюдениях, о сочетании дизонтогенетических и энцефалопатических механизмов в патогенезе специфических нарушений чтения у детей.

Динамика дислексии и вторичные психические расстройства

Динамика данного состояния включает и изменения психопатологической картины: трансформацию психоорганической симптоматики и образование вторичных психогенных ситуационных наслоений.

Психоорганическая симптоматика, прежде всего цереб-растения, у большинства детей претерпевает волнообразные колебания. Чередование компенсации и декомпенсации зависит как от эндогенных биологических процессов, так и от средовых влияний. Мы наблюдали колебания с большими и малыми периодами. Последние представляют собой суточные изменения работоспособности и церебрастении. К концу учебного дня может нарастать утомление, падает умственная продуктивность и нередко возрастает двигательная активность. Колебания с большими периодами определяются неравномерным распределением учебной нагрузки в течение календарного года. Уже в конце третьей — начале четвертой четверти у большинства детей нарастает утомление, снижается успеваемость, иногда присоединяются нарушения сна, головные боли, усиливается эмоциональная лабильность.

Немаловажна реакция семьи на трудности детей [Исаев Д. Н., 1984]. Если в семье царит атмосфера эмоционального неприятия ребенка, связанная с неоправдавшимися надеждами на его успех, это создает условия для развития кризисного состояния. При углублении декомпенсации начинают появляться аффективные и протестные формы реакций сначала только на учебные, а затем и на многие другие трудные для него ситуации. Появляются прогулы уроков (сначала только уроков чтения, а затем и других), за которыми может последовать отказ посещать школу. По данным некоторых исследователей [Schonhout S., Sats P., 1983], у детей с дислексией значительно чаще, чем в общей популяции (в г/ч случаев), встречаются делинквентные формы поведения [Rutter М., 1987]. J. Wepman (1962) обнаружил, что среди малолетних преступников дислексия встречается значительно чаще, чем среди благополучных детей. В тех случаях, когда ребенок не получает своевременной лечебной и психокоррекционной помощи, патологические формы реагирования генерализуются, приобретают ригидный характер, и на этой основе формируются психопатоподоб-ные нарушения или патологическое развитие личности.

Чем позже начата коррекционная работа, тем выраженнее вторичные расстройства. Дети, продолжающие учиться в массовой школе и не получающие логопедической коррекционной помощи, являются наиболее неблагополучными [Skulova M., 1978]. В этом случае дезадаптация обычно углубляется, что сопровождается сменой ведущих синдромов в клинической картине. Церебрастенический синдром перестает быть ведущим, и его сменяет в этой «роли» неврозоподобный или психопатоподобный синдром. Иногда они последовательно сменяют друг друга.

Современные представления об этиологии и патогенезе, дислексии и дисграфий

Концептуальный подход к проблеме этиологии специфических нарушений письма и чтения, как и других нервно-психических расстройств, за последнюю четверть века существенно изменился, стал глубже и сложнее. Клинический и экспериментальный опыт свидетельствует, что любая из возможных причин болезненного состояния вызывает патологические изменения лишь при наличии определенных внутренних условий. К последним относятся наследственные задатки, иммунологические и реактивные ресурсы организма, возрастные и половые особенности мозговых тканей, их резистентность и пластичность, характер церебральной нейродинамики, т. е. комплекс признаков, традиционно относимый к понятию «конституция». Сюда же следует добавить и возможные последствия ранее перенесенных заболеваний. Состояние психической дезадаптации обычно возникает лишь после того, как к комплексу этиологических факторов присоединяется еще один компонент. Условия жизни индивида оказываются таковыми, что предболезненное состояние, возникшее вследствие совокупности вышеназванных обстоятельств, переходит в болезнь или болезненное состояние. Под условиями жизни подразумеваются микрои макросоциальные ее аспекты. Более или менее высокий уровень требований, который социальное окружение предъявляет к индивиду. При благоприятном стечении обстоятельств, несмотря на наличие патологических изменений в ЦНС, он может удержаться на стадии предболезни [Семичев С. Б., 1987].

Основываясь на таких представлениях, мы полагаем, что анализ этиологии и патогенеза расстройств письменной речи у детей должен затрагивать три группы вопросов:

а) конституциональные предпосылки, значимые для овладения чтением и письмом;

б) экзогенные повреждающие воздействия и их возможные последствия;

в) условия обучения и лингвистические особенности письменной речи того или иного языка, а также необходимый для овладения ею базис психологических навыков с учетом применяющихся методов обучения чтению и письму.

Еще J. Hinshelwood (1917) обратил внимание на наличие повторных случаев дислексии в одних и тех же семьях. Позднее многие авторы подтвердили наличие так называемой «семейной» дислексии. В исследовании В. Hallgren (1950) этот вопрос подвергнут специальному изучению. Были получены подробные генеалогические сведения более чем в ста семьях, имевших повторные случаи дислексии. Генетико-статистический анализ показал, что дислексия наследуется преимущественно по моногибридному аутосомному доминантному типу. Это означает, что тип наследования не сцеплен с полом, а для проявления фенотипических признаков дислексии достаточно получить соответствующий аномальный ген от одного из родителей. По данным М. Zahalcova и соавт. (1972), наследственная отягощенность по дислексии составляет 45%. Следует отметить, что о связи расстройств чтения с наследственной предрасположенностью многие авторы говорят и в тех случаях, когда у родственников имеются такие нарушения, как заикание, левшество, недоразвитие устной речи. При таком подходе показатели наследственной отягощенности оказываются весьма высокими.

С помощью нейропсихологического исследования Н. Gordon (1980) доказал, что наследственность предопределяет у таких детей не только способности к чтению, но и функциональную специализацию полушарий головного мозга. Таким образом, не вызывает сомнений тот факт, что у детей с дислексией наследственная предрасположенность играет важную этиологическую роль. При этом остается открытым вопрос: всегда ли достаточно одного этого этиологического фактора для развития нарушений письменной речи?

По мнению Z. Matejcek (1972), существуют чисто гереди-тарные (конституционально обусловленные) случаи дислексии, но их численность достигает заметных величин лишь в странах с трудной для усвоения письменной речью (например, в англоязычных, где произношение весьма значительно отличается от написания). В языках, где написание соответствует произношению (испанский, чешский, отчасти — русский), дислексий исключительно конституционального генеза мало. Они редко достигают значительной степени тяжести и имеют сравнительно благоприятный прогноз.

Среди 60 детей с тяжелыми формами дислексии, находившихся под нашим наблюдением, которые имели отягощенную наследственность (высокую вероятность генетического происхождения расстройства), в 86% случаев в анамнезе встречались две-три экзогенные вредности. Таким образом, тяжелая дислексия чаще имеет наследственно-энцефалопа-тическое происхождение. По нашим данным, вредности анте-, перии раннего пост-натального периодов встречаются у детей с дислексией в 85% случаев. Почти с такой же частотой (75%) мы наблюдали это в группе детей с задержкой психического развития, не имевших нарушений письменной речи. В 69% случаев в анамнезе детей с дислексией отмечаются осложнения антеи перинатального периодов: токсикоз беременности, угрожающий выкидыш, резус-конфликт, соматические заболевания и др. 27% наблюдавшихся нами детей родились недоношенными или из двойни. По частоте вредностей антеи перинатального периода дети с дислексией не отличаются от детей с задержкой психического развития без дислексии. Напротив, значительные различия существуют в отношении постнатальных осложнений и заболеваний. Нейроинфекции, травмы головы или так называемая «цепочка детских инфекций» встречаются при дислексии в 52%, а при других формах задержки психического развития — в 29% случаев. В этиологии дислексии более важная роль принадлежит сравнительно поздно воздействующим патогенным факторам (интра и постнатального периода). В 46% случаев онтогенез у них осложнен влиянием нескольких (от двух до четырех) повреждающих факторов. Чаще всего за осложнениями родового периода следуют заболевания постнатального периода. Подобный множественный характер осложнений раннего онтогенеза, по-видимому, не случаен. Существуют данные, свидетельствующие, что каждое предшествующее осложнение повышает риск возникновения последующего. Например, генетические аномалии плода нередко провоцируют осложнения в течении беременности [Блюмина М. Г., 1985]. А это, в свою очередь, снижает резистентность к постнатальным нейроинфекциям и другим соматическим заболеваниям.

Вышеперечисленные патогенные влияния имеют разный механизм воздействия на развивающийся мозг. Наиболее известными типами поражений в пре-, перии постнаталь-ном периодах являются: а) гипоксический, б) токсический, в) инфекционный и г) механический. Ниже приводятся этиологические факторы, с которыми связаны указанные типы поражений [Gollnitz G., 1974]:

а) *гипоксический тип* преимущественно связан с такими осложнениями, как неправильная имплантация яйца, анемия и порок сердца у матери, пороки сердца плода, эритроб-ластоз плода, пороки развития плода и плаценты, инфаркты плаценты, преждевременная частичная отслойка плаценты, аномалия развития пуповины, затяжные роды, обтурация дыхательных путей после родов, асфиксия в родах;

б) *токсический* — при интоксикации медикаментами (неосальварсан, гидантоин, барбитураты, некоторые нейролептики, тетрациклин, левомицетин, некоцилаты и др.). нефропатии (преэклампсия и др.), диабете, гипотиреозе, алкоголизме матери и нарушениях обмена веществ вследствие него, несовместимости крови матери и плода в Rh- и АВО-системах, гипербилирубинемии, ацидозе и других состояниях;

в) *инфекционный тип* поражения в эмбриональном периоде (от 4-й недели до 4-го месяца беременности) наблюдается при краснухе, кори, цитомегалии, герпесе, ветряной оспе, эпидемическом паротите, полиомиелите, коксаки, инфекционном гепатите, гриппе; в фетальном периоде (начиная с 5—7 месяцев) — при бактериальных инфекциях у матери (кокки, спирохеты, листерии), риккетсиозах, заболеваниях, вызванных простейшими (плазмодиями малярии, токсоплазмами); в постнатальном периоде — вирусные и бактериальные нейроинфекции;

г) *механический тип* — при плодоизгоняющих манипуляциях, амниотической отшнуровке, близнецовости, опухолях таза и узком тазе, двурогой матке, затяжных родах, внутричерепных кровоизлияниях, вызванных преждевременных родах, инструментальных пособиях, черепно-мозговой травме в постнатальном периоде.

Перечисленные типы поражений в некоторой степени сказываются на клинике резидуального периода энцефалопатии. **Однако в значительно большей мере на это влияет время поражения, т. е. этап онтогенеза, с которым совпало повреждающее воздействие. Наиболее ранимым в эмбриогенезе является период максимальной клеточной дифференциации**. Согласно принципу гетерохронии эмбриогенеза, сформулированному Л. К. Анохиным (1978), различные нейронные образования созревают с разной скоростью и в разные сроки в соответствии с нуждами тех жизненно важных функциональных систем, в которые они включены. Период максимальной клеточной дифференциации обычно совпадает с переходом данной группы нейронов в «рабочее» состояние как элемента соответствующей функциональной системы. Одновременно происходит консолидация этой системы на основе минимально необходимого количества нейрональных элементов (принцип «минимального обеспечения»). Гистологическими показателями наступившей консолидации функциональной системы являются образование синаптических связей между ее элементами и завершение миелинизации соответствующих проводящих путей**. Этапы онтогенеза, в которые происходит консолидация ведущих функциональных систем мозга, носят название «критических периодов». В это время функциональные системы оказываются наиболее уязвимыми. Если же повреждение произошло до наступления такого периода, то благодаря пластичности еще незрелых клеточных элементов последствия повреждения могут в значительной степени компенсироваться. Повреждение в критический период и после его окончания может компенсироваться лишь частично** . Многочисленные клинические и экспериментальные наблюдения свидетельствуют, что повреждения на ранних этапах онтогенеза чаще вызывают аномалии развития подкорковых структур, а поздние вредности (перии постнатальные) в большей степени затрагивают высшие, корковые отделы мозга [Friede R., 1975]. Кроме повреждения мозговых тканей и последующих выпадений функций, в большинстве случаев наблюдаются отклонения в развитии мозговых систем, получившие название «дизонто-гений». Впервые этот термин употребил Швальбе в 1927 г. для обозначения внутриутробных пороков развития [цит. по Ушакову Г. К., 1973].

Из всех известных вариантов дизонтогенеза к патогенезу дислексии и дисграфий имеют отношение следующие два: а) по типу ретардации и б) по типу асинхроний [Ушаков Г. К., 1973; Ковалев В. В., 1979]. В. В. Лебединский (1985) полагает, что ретардация может быть представлена двумя вариантами: недоразвитием психических функций и задержанным их развитием. Понятие «задержанное развитие» подразумевает преимущественно темповый характер отставания. Примерно такой точки зрения на дислексию развития придерживаются и некоторые зарубежные авторы [Satz P. et al., 1971]. В пользу этой гипотезы, казалось бы, свидетельствует более высокая распространенность дислексии в тех странах, где особенно рано начинают обучение детей в школе (в Англии, США и др.). Однако если подобная точка зрения верна, следует ожидать спонтанного исчезновения дислексии с возрастом, чего на практике не наблюдается.

У детей со специфическими расстройствами письма и чтения имеется выраженная неравномерность развития отдельных сенсомоторных и интеллектуальных функций. Со срезовыми исследованиями согласуются и данные анамнеза о раннем психомоторном развитии. По нашему мнению, это свидетельствует об асинхроний психического развития таких детей. При дизонто-генезе подобного типа трудности в обучении возникают не только в связи с незрелостью определенных функций, но и из-за дисгармонии в их созревании как системного образования. Это вносит дезорганизацию в их взаимодействие и координацию при формировании функционального базиса чтения и письма.

Катамнестические наблюдения свидетельствуют о значительной стойкости дислексии [Корнев А. П., 1982]. Нередко она сохраняется и в зрелом возрасте, а при изучении иностранного языка проявляется вновь [Critchley M., 1964]. Стойкость подобных расстройств дает основания связывать это с парциальным недоразвитием ряда психических функций.

Таким образом, в патогенезе расстройств письменной речи принимают участие три типа дизонтогенеза: задержанное развитие, асинхрония развития и парциальное психическое недоразвитие. В различных клинических вариантах дислексии и дисграфий указанные типы дизонтогений представлены в разной степени. При семейных, генетически обусловленных расстройствах дизонтогенез ближе к задержанному типу развития [Matejcek Z., 1972]. При энцефалопати-ческих вариантах указанных состояний доминируют проявления асинхроний развития и парциального недоразвития.

В наибольшей степени дизонтогенез такого рода сказывается на формировании предпосылок интеллекта. Внимание, память, сукцессивные операции, пространственная ориентировка, речевые навыки, зрительно-моторная координация сами непосредственно не определяют интеллектуальный потенциал. Ребенок может быть достаточно сообразительным, даже одаренным, но иметь низкий уровень внимания или несовершенную зрительно-моторную координацию. Тем не менее перечисленные функции создают необходимое базисное обеспечение (энергетическое, перцептивное, информационное и пр.) умственной деятельности. Как было показано в предыдущей главе, при нарушениях предпосылок интеллекта, особенно если одновременно страдает несколько из них, интеллектуальная деятельность может существенно осложниться.

С большим постоянством у детей с дислексией и дисгра-фией обнаруживаются клинические симптомы и ЭЭГ-фено-мены, свидетельствующие о поражении подкорковых и стволовых активирующих систем мозга [Исаев Д. Н. и др., 1974; Ефремов К. Д., Корнев А. Н., 1985]. Это является причиной снижения умственной работоспособности, нарушения произвольной концентрации внимания, повышенной отвлекаемости. Довольно часто расстройства внимания носят модально-специфичный характер. По нашим наблюдениям, чаще у детей страдает зрительное произвольное избирательное внимание. Расстройства внимания и умственной работоспособности в составе синдрома церебрастении сочетаются с неполноценностью сукцессивных операций. Сукцессивные процессы, т. е. анализ и синтез временных последовательностей сигналов и стимулов, как показали клинические и нейрофизиологические исследования, тесно связаны со способностью к произвольной избирательной концентрации внимания [Мнухин С. С., 1968; Суворов Н. Ф., Таиров О. П., 1985] и при ее расстройствах существенно страдают.

Если повреждение затрагивает церебральные системы, участвующие в речевых функциях, у детей нарушается их созревание. Это может серьезным образом затруднить овладение письмом и чтением. С наибольшей вероятностью это происходит в двух случаях: а) при избирательном недоразвитии фонологической системы и б) при нарушении формирования метаязыковых функций ребенка [Shankweiler D., Liberman I., 1989; Catts H., 1993; Schankweiler D., 1994]. Расстройства артикуляционных механизмов и синтаксических операций существенно на овладение чтением и правописанием (кроме пунктуации, разумеется) не влияют. Однако даже в вышеупомянутых двух категориях случаев стойкие затруднения в овладении чтением возникают лишь при наличии дефицита еще некоторых неречевых механизмов. По нашим наблюдениям, навык письма значительно более уязвим в отношении фонологических и метаязыковых дисфункций и страдает даже при нарушении только этих механизмов. Однако нельзя не отметить, что на практике изолированное недоразвитие фонологических способностей или метаязыковых операций встречается довольно редко.

При резидуальных энцефалопатиях часто наблюдаются отклонения в развитии зрительно-пространственной ориентировки и зрительно-моторной координации. Это тормозит овладение графическим образом букв, препятствует автоматизации графо-моторных навыков, что проявляется в замедленности акта письма, нестабильности почерка, а иногда в смешении при письме графически сходных букв. Как было показано выше, подобные осложняющие нарушения существенно повышают резистентность дислексии к коррекционным воздействиям.

Перечисленные причины и механизмы нарушений письма и чтения, однако, не равноценны по значимости. Их сравнительная «патогенность» различна для разных систем письменности. У детей, говорящих на английском языке, например, незрелость зрительно-пространственных функций, по-видимому, больше затрудняет овладение грамотой, чем у их русских сверстников. Отчасти это может быть связано с разницей в графических характеристиках русского и латинского алфавита: в последнем значительно больше графически сходных букв (например, d, b, p, q или n, u, h). Для русских и чешских детей важнее речеслуховые способности. Данные экспериментально-психологического анализа психологических механизмов дислексии и дисграфий убеждают в том, что при изолированном нарушении созревания каждой из перечисленных предпосылок интеллекта труднопреодолимых проблем в усвоении письма и чтения не возникает. Если же страдают одновременно несколько из них, вероятность появления подобных расстройств значительно возрастает.

Как уже отмечалось в начале главы, вклад социальных, средовых факторов в патогенез дислексии весьма велик. К их числу относятся: объем и уровень требований, предъявляемых обществом к ребенку в отношении грамотности, возраст начала обучения грамоте, методы и темпы обучения. Существует точка зрения, что у подавляющего большинства детей дислексию можно было бы предотвратить, выбрав оптимальный для них метод и темп обучения.. Несовпадение индивидуального когнитивного стиля ребенка и предлагаемого ему метода усвоения навыка является весьма важным, но еще малоизученным звеном патогенеза дислексии и дисграфий.

Не менее важно учитывать индивидуальный темп усвоения материала ребенком.

Таким образом, этиология дислексии и дисграфий является сложным переплетением причин, условий и предпосылок. Трудности в обучении возникают как результат сочетания трех групп явлений: биологической недостаточности определенных мозговых систем, возникающей на этой основе функциональной недостаточности и средовых условий, предъявляющих повышенные требования к отстающим в развитии или незрелым психическим функциям.

Диагностика дислексии и дисграфий

Синдромы дислексии и дисграфии — явления, возникшие на пересечении биолого-психологических и социокультуральных закономерностей, поэтому их диагностика должна включать широкий ассортимент клинико-психологических и психолого-педагогических методик. В процессе обследования должны принимать участие по меньшей мере три специалиста: психиатр, психолог и логопед.

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

Кроме того, уровень интеллектуальных способностей необходимо учитывать при планировании и проведении коррекционной работы и определении типа образовательного учреждения, в котором она может быть организована в оптимальном для ребенка режиме. Наконец, прогноз результата коррекционной работы тоже в немалой степени зависит от познавательной активности ребенка. Это должно быть принято в расчет и обязательно доведено до сведения родителей (в максимально щадящей форме) во избежание образования у них неоправданных ожиданий, которые порождают нередко неадекватные требования по отношению к ребенку и преждевременное разочарование в отношении результативности коррекционной работы.

Анализ психопатологической картины

Несмотря на то, что наличие психопатологической симптоматики не играет ключевой роли в механизмах нарушения чтения и письма, ее анализ имеет весьма важное значение для коррекционной работы. У детей с подобными расстройствами обычно обнаруживается широкий спектр психопатологических синдромов: от гиперактивности и расстройств внимания до грубой психоорганической симптоматики. Исключение составляют конституционально обусловленные дислексии или дисграфии, которые встречаются достаточно редко. Среди наиболее распространенных психопатологических расстройств следует назвать так называемые «расстройства активности и внимания» (F 90.0 в МКБ-10). При их диагностике особое внимание следует обратить на некоторые особенности проявления основных симптомов. В частности, необходимо определить: ситуативный или генерализованный характер им свойствен.

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

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

При анализе психоорганической симптоматики удобно придерживаться иерархии синдромов в соответствии с группировкой G. Gollnitz (см. с. 52). Более тяжелая симптоматика соответствует более массивному и распространенному резидуально-органическому поражению головного мозга. Отсутствие таковой обычно свидетельствует о конституциональном происхождении дислексии или дисграфии.

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

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

Оценка навыка чтения

Чтение — это сложный комплексный вид деятельности, состоящий из ряда операций. Достаточно полно навык чтения может характеризовать совокупность нескольких его параметров: способ, скорость, правильность, автоматизированность (так называемая «беглость») и понимание прочитанного. Подобная комплексная оценка возможна лишь при наличии специального набора методик. В отечественной дефектологии и психологии подобные методики отсутствуют, и чтение оценивается «по общему впечатлению» или в сравнении с требованиями школьной программы. Однако сами эти требования лишены научного обоснования и сформулированы описательно, что делает невозможным их формализацию. Необходимо иметь возрастные нормативы отдельных параметров, характеризующих чтение.

Статистическая обработка полученных данных показала, что среднегрупповая скорость чтения от класса к классу плавно возрастает. Наиболее заметный прирост отмечается в 3-м классе. Только между средними показателями 2-го и 3-го классов различия были достоверными (р < 0,01 для обоих текстов). После 3-го класса нарастание скорости чтения происходит снова плавно. Достоверных различий между мальчиками и девочками по скорости чтения обнаружено не было. Начиная с 5-го класса у мальчиков намечается некоторое отставание, но оно не достигает уровня достоверности.

Динамика скорости чтения в процессе обучения непосредственным образом зависит от совершенствования способа чтения . У учащихся 2-го класса навык чтения еще несовершенен и отличается значительной нестабильностью: 27% детей при переходе от простого текста к более сложному регрессировали к более примитивному способу чтения. В более старших классах ничего подобного уже не наблюдалось. Эксперимент показал, что решающая перестройка способа чтения происходит у детей в 3-м и 5-м классах. Как видно из таблицы, в 3-м классе большинство учащихся завершают овладение слитным чтением целыми словами, а к 5-му классу происходит автоматизация навыка и чтение становится беглым и выразительным. Подсчет количества ошибочно прочтенных слов, как и ожидалось, показал закономерное уменьшение числа ошибок в старших классах . 3-й класс является своеобразным рубежом зрелости как для скорости, так и для точности чтения. В процессе обучения меняется не только количество, но и качество ошибок. По сравнению со 2-м в 6-м классе в 4-5 раз реже встречаются замены звуков и слогов, но в 2,5 раза возрастает количество замен слов. Это свидетельствует о перестройке функциональной структуры навыка. В 1-2-м классах — единицей чтения у многих является еще слог, а в 5— 6-м классах — слово и группа слов. В старших классах чтение происходит с опорой на смысловой контекст и вероятностное прогнозирование, поэтому у них преобладают ошибки угадывающего типа в виде замены слов. Степень понимания прочитанного у большинства детей являлась относительно независимой величиной и не коррелировала с вышеуказанными параметрами чтения. Было выявлено отчетливое улучшение качества (полноты и связности) пересказа у детей от класса к классу . Во 2-м классе многие дети при пересказе нуждались в дополнительных вопросах, что улучшало качество изложения. При усложнении текста у них и у учеников 3-го класса существенно ухудшались понимание и пересказ прочитанного. Наибольший прирост этого показателя отмечался у учащихся 4-го класса . У них и более старших детей уровень сложности текста уже не оказывал существенного влияния на качество его понимания.

Раннее выявление предрасположенности к дислексии

Как уже отмечалось выше, чем позже обнаруживаются нарушения письменной речи, тем большей степени тяжести они достигают и тем более длительный коррекционный курс в таких случаях требуется. Существенно зависит от этого и эффективность коррекционной работы.  При дислексии нарушения чтения обычно сопровождаются отставанием в развитии ряда психических функций. С довольно большим постоянством у этих детей выявляются симптомокомплексы, включающие 3-4 дефицитарных функции, что проявляется в неспособности выполнить соответствующие задания или низком качестве их выполнения. Эти симптомокомплексы отсутствуют не только у здоровых детей, но и у детей с другими формами задержек психического развития, не затрудняющими овладение чтением. Таким образом, обнаружение этих симптомокомплексов до начала обучения в школе может расцениваться как достоверное свидетельство высокого риска возникновения дислексических расстройств у данного ребенка.

Вопросы лечения, лечебной педагогики и профилактики дислексии и дисграфий

Общие принципы организации помощи

Система оказания помощи детям с дислексией и дисграфией определяется комплексом проблем, стоящих перед этими детьми. Задачу следует понимать шире, чем только обучение письму или чтению. Достижение социальной адаптации — вот главная цель коррекции. Трудности в письменной речи — важная, но не единственная причина дезадаптации таких детей. В предыдущих разделах это было аргументировано достаточно подробно. Дислексия и дисграфия — это большой синдром, включающий нарушения предпосылок интеллекта, когнитивную незрелость, языковую недостаточность, фрустрационные нарушения, соответствующие поведенческие реакции и, наконец, непосредственно нарушения письменной речи. В лечебно-коррекционной работе должны быть предусмотрены все перечисленные проявления дезадаптации, поэтому помощь должна быть комплексной и осуществляться группой специалистов: психиатром (невропатологом), психологом, логопедом и учителем.

Заслуживает рассмотрения вопрос: где должна проводиться подобная работа? В настоящее время существуют несколько типов учреждений, в которых ребенок с дислексией и дисграфией может получить помощь: логопедические кабинеты при школах, классы выравнивания, школы для детей с задержками психического развития и школы для детей с тяжелыми нарушениями речи. Дети с относительно легкими нарушениями проходят коррекционный курс в логопедических кабинетах. Часть из них 2-3 раза в неделю посещает групповые занятия. Другие получают индивидуальную консультативную помощь, основной акцент в которой делается на занятиях дома с родителями. Логопед контролирует ход исправления нарушений и инструктирует родителей о методике занятий. Аналогичную консультативную! помощь можно получить у логопеда психоневрологического диспансера, если ребенок состоит в нем на учете. В тех случаях, когда испытываемые трудности касаются не только письма и чтения, но и других предметов, ребенок определяется в класс выравнивания или в школу для детей с ЗПР. При тяжелых нарушениях письменной речи, сочетающихся с недоразвитием устной речи, обучение проводят в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Несмотря на такую разветвленную систему специализированных учреждений, не все дети своевременно получают в них помощь. Наиболее часто причиной этого являются два обстоятельства: поздняя диагностика и несогласие родителей на перевод ребенка в одно из специализированных учебных заведений или классов. Поздняя диагностика происходит чаще всего из-за недостаточной компетентности учителей начальных классов в данных вопросах и неумения отличить временные трудности от тех, которые носят специфический характер. Отказы родителей связаны с мотивами психологического рода. У некоторых из них возникает ложное представление, что на ребенка навешивают ярлык неполноценного и что он является объектом социальной сегрегации. Подобная неправильная реакция является следствием не только недопонимания со стороны родителей. Отчасти этому способствует недостаточное просвещение населения по данным вопросам с помощью средств массовой информации. В качестве положительного примера в организации подобной работы можно привести опыт других стран. Например, в США систематически в научно-популярных журналах (Scientific American и др.) пропагандируются школы для детей с дислексией, издаются популярные книги для родителей по данным вопросам, существует добровольная Ассоциация родителей, имеющих детей с трудностями в обучении (ACLD).

Основными разделами лечебно-коррекционной работы являются следующие: психотерапевтическая работа с ребенком и семьей, медикаментозное лечение и лечебно-педагогические мероприятия. Каждый из них имеет свою специфику, но есть и общие принципы, на которых должен основываться весь комплекс мероприятий. Некоторые из них приводим ниже.

Раннее начало коррекции. Как и при многих других расстройствах, ранняя диагностика и своевременное оказание помощи значительно повышают шансы на успех. По данным J. Schiffman (1964), при выявлении дислексии в 1-2-м классе чтение может быть доведено до уровня нормы у 82% детей. При выявлении в 3-м классе это происходит в 46%, в 4-м — в 42%, в 5-7-м классе — в 10-15% случаев [цит. по Goldberg H., 1968]. Опыт чешских исследователей L. Сегпу и Z. Zlab (1976) более скромен по результативности: значительное улучшение в процессе коррекции было достигнуто ими в среднем у 55% детей с дислексией [цит. по Sturma, 2. Zlab, 1980].

Включение родителей в коррекционную и психотерапевтическую работу с ребенком. По мнению R. Wilson (1977), без сотрудничества учителя и родителей успех в коррекции недостижим. Основываясь на своем опыте работы, автор считает, что родителей необходимо информировать обо всех результатах исследований и обсудить их с ними. Родители должны знать цели коррекции, ближайшие и отдаленные, ожидаемый результат и предполагаемые сроки коррекционной работы. Это необходимо не только из этических соображений, но и способствует вовлечению родителей в работу и формированию у них трезвого взгляда на вещи. Основная задача родителей — закрепление навыков, усвоенных ребенком в коррекционной группе. Необходимо создать дома спокойную, удобную для чтения обстановку. В течение дня должно быть выделено время для чтения с таким расчетом, чтобы это было удобно ребенку. Телевизор на это время должен быть выключен. Хорошо, если члены семьи проявляют интерес к чтению и заинтересованность в том, что читает ребенок. В то время, когда ребенок читает, кто-то из родителей должен находиться поблизости, чтобы при необходимости помочь (объяснить незнакомое слово и т. п.). Это не означает, однако, что нужно «дышать в затылок ребенку». Достаточно находиться где-нибудь поблизости. Нередко от родителей требуется помощь при выполнении домашних заданий, данных логопедом. Очень важно отмечать каждый, даже незначительный, успех ребенка похвалой или поощрением. При таких отношениях в семье ребенок, в свою очередь, старается порадовать родителей своими успехами. Следует предостерегать родителей от попыток стимулировать активность ребенка, сравнивая его с братом или сестрой, которые учатся лучше. Это не помогает, а, наоборот, закрепляет у ребенка сниженную самооценку и подавляет активность.

Медикаментозное лечение

Медикаментозные средства, используемые в лечении дислексии и дисграфии, можно разделить на две категории: с преимущественно патогенетическим и с симптоматическим действием.

К патогенетически действующим средствам относятся препараты, воздействующие прежде всего на резидуально-органическую симптоматику. Как известно, резидуальный период ранних органических поражений головного мозга весьма длителен. Процессы организации, репарации и компенсаторной перестройки могут продолжаться до окончательного созревания церебральных структур, поэтому в конце дошкольного периода и в младшем школьном возрасте можно еще оказать влияние на их динамику. Наиболее хорошо зарекомендовали себя средства биологической стимуляции и ноотропы. С момента выявления симптомов специфических нарушений показано назначение курсового лечения инъекциями витаминов Bt B12, В6, алоэ, ФиБС, стекловидного тела, церебролизина в возрастных дозировках. Более эффективна комплексная терапия несколькими препаратами, например раствор витамина Bj (1 мл внутримышечно № 10) чередовать с витамином В12 (200 мкг внутримышечно № 10) + экстракт алоэ (1 мл внутримышечно № 30). Курсы следует повторять 2-3 раза в год, предпочтительно в учебное время. Наиболее эффективным препаратом этой группы является церебролизин. Препаратами выбора для детей данной категории являются ноотропы: ноотропил (пирацетам), энцефабол (пиридитол), пантогам. В еще большей степени, чем вышеназванные средства, они активизируют метаболизм нервных тканей, способствуют созреванию церебральных структур и облегчают процессы репарации и функциональной компенсации при ранних органических поражениях головного мозга [Авруцкая И. Г., 1980]. В ряде исследований было обнаружено, что пирацетам улучшает процесс межполушарного взаимодействия [Giurgea С., 1976; Buresova О., Bures J., 1976], оказывает избирательное действие на процессы обработки информации в левом полушарии, повышает продуктивность усвоения вербального материала [Dimond S. J., 1975]. Имеются многочисленные экспериментальные доказательства позитивного влияния пирацетама на формирование навыков чтения и письма у детей с дислексией, улучшение понимания, снижение числа ошибок чтения и письма [Vrzal V. et al., 1975; Wilsher C. et al., 1985; Di lanni M. et al., 1985; Helfgott E. et al., 1987]. С этими данными согласуется и наш опыт применения ноотропов у 120 детей с дислексией. Эффект назначения ноотропов проявляется в наибольшей степени в сочетании с коррекционными занятиями.

При астеноадинамических состояниях предпочтительнее энцефабол (при отсутствии па-роксизмальных явлений в анамнезе или на ЭЭГ), при гипердинамических состояниях — пантогам. Ноотропил является относительно универсальным препаратом [Ермолина Л. А., 1978]. Существуют наблюдения, что назначение этих препаратов не только влияет на психопатологическую симптоматику и психомоторные нарушения, но и способствует лучшему усвоению навыков письма и чтения [Vrzal V. et al., 1975; Wilsher C. et al., 1979], поэтому наиболее интенсивными курсы лечения должны быть в период коррекционных занятий. По данным В. М. Лупандина (1978) и нашим наблюдениям, компенсаторные процессы при специфических задержках психического развития в основном завершаются к 10- летнему возрасту, поэтому максимальный эффект патогенетической терапии следует ожидать до 10-11 лет. В дальнейшем указанные препараты оказывают преимущественно симптоматическое действие, улучшают концентрацию внимания, повышают работоспособность, стимулируют память. Кроме перечисленных препаратов, за рубежом широко используются такие средства, как метилфе-нидат, риталин, деанол, циклизин, антиверт, драммин [Tec L., 1971; Levinson H., 1980]. Наиболее употребимы из перечисленных препараты группы амфетаминов. Однако в ряде исследований не подтверждается положительный эффект амфетаминов на усвоение навыков чтения и письма [Thompson L., 1973].

Если дислексии и дисграфии сопутствует психоорганическая или неврозоподобная симптоматика, то возникает необходимость в назначении ряда психотропных препарат0в симптоматического действия. При гипердинамическом синдроме — сонапакс 10-25 мг 3 раза в день предпочтительно сочетании с пантогамом. Если эффект недостаточен, то оправдана терапия неулептилом или пропазином в возрастных дозировках.

При выраженных астеноадинамических или астеноде-прессивных расстройствах уместно использование мягких аятидепрессантов со стимулирующим эффектом: пиразидо-ла 25-50 мг 2-3 раза или азафена 25 мг 2-3 раза в первую половину дня. При наличии невротических реакций, фобии чтения, симптомов «школьной фобии» уместно назначение мягких седативных средств, таких, как новопассит, фенибут, а в более тяжелых случаях бензодиавепинов (ре-ланиума, феназепама).

Психотерапия при нарушениях письменной речи

Основные задачи психотерапевтической работы при расстройствах данного типа заключаются в мобилизации ребенка на активное участие в коррекционной работе, повышении уверенности в себе, формировании адекватной самооценки, нормализации отношений со сверстниками. Нередко возникает необходимость в устранении вторичных психических нарушений, развивающихся в результате фрустрационных переживаний. По мнению ряда исследователей, психотерапия является не вспомогательным, а одним из ведущих приемов коррекции расстройств письменной речи [Thompson L., 1973; Frey H., 1978].

Большинство детей с данными расстройствами эмоционально незрелы, внушаемы и недостаточно способны к осознанию собственных проблем. U. Kleinpeter, H.-D. Rosier (1985) рекомендуют стремиться прежде всего к установлению таких отношений с детьми, которые помогут им созреть эмоционально и обрести уверенность в себе. Необходимо помочь ребенку осознать возникшие трудности. Еще одной важной задачей психотерапии является направляющее воздействие в достижении социальной зрелости. Необходимо развивать у детей такие качества, как умение уживаться со сверстниками, общаться с ними, участвовать в играх, соблюдать установленные правила поведения в обществе.

Весь комплекс используемых психотерапевтических методов можно разделить на две категории: а) психотерапия, проводимая непосредственно с ребенком (групповая и индивидуальная) и б) семейная психотерапия.

Начало формы

Психотерапевтическая помощь ребенку

Среди индивидуальных методов терапии детей с проблемами в учебе чаще используются рациональная психотерапия и аутогенная тренировка. Рациональная психотерапия в младшем школьном возрасте имеет определенные особенности. При специфических расстройствах письменной речи более эффективны косвенные формы внушения, не слишком вербализованные. Беседы лучше проводить в игровой форме. Целесообразно включать в сеансы психотерапии такие виды занятий, как лепка, рисование и другие, заведомо легковыполнимые для ребенка. Успех в каком-либо виде деятельности и похвала со стороны взрослого наилучшим образом способствуют повышению уверенности в себе и формированию активной жизненной позиции ребенка. Одновременно в классе по договоренности с учителем необходимо значительно снизить уровень предъявляемых требований и несколько завысить оценки по трудному для ребенка предмету. Всякие элементы принуждения как в классе, так и в коррекционной группе должны быть исключены.

В процессе аутогенной тренировки вырабатываются способности мобилизоваться, сосредотачиваться и расслабляться, продуктивно отдыхать, снимать фобические реакции и отрицательные эмоциональные переживания. Для проверки эффективности аутогенной тренировки при коррекции дислексии Н. Frey (1978) произвел сравнение 2 групп детей с дислексией по 60 человек в каждой. Одна из групп участвовала в коррекционных занятиях по стандартной методике; другая — дополнительно в начале урока выполняла упражнения аутогенной тренировки. При сравнении этих групп через год оказалось, что во 2-й группе формирование навыка чтения и спеллинга проходило быстрее, чем в 1-й группе. Кроме того, аутогенная тренировка достоверно снизила у детей с дислексией уровень тревоги и нейротизма.

Весьма эффективны методы групповой психотерапии и, в частности, игровые ее варианты. В игровой группе детей со сходными проблемами ребенок быстрее обретает уверенность в себе, легче вступает в контакт со сверстниками. У многих детей с дислексией и дисграфией игровые интересы продолжают доминировать до 9-10 лет. В игре они чувствуют себя уверенно и непринужденно. В работе с младшими школьниками предпочтительнее использовать методику управляемой игры [Kleinpeter U., Rosier H.-D., 1985]. Психотерапевт, берущий на себя роль лидера, руководит ходом и интерпретацией игры, а на определенной ступени переходит к роли фасилитатора. По мнению D. Gollnitz и J. Schulz-Wulf (1985), лучше, чтобы сначала ребенок начинал игру по заданному сценарию с заранее подготовленным текстом. Затем в определенный момент его побуждают играть роль, основанную на его собственной фантазии. Выбор роли для ребенка производится с учетом его индивидуальных особенностей и терапевтических целей. Игры должны включать и упражнения, желательные с педагогической точки зрения. Авторы рекомендуют включать в терапевтические игры музыкально-ритмические упражнения. Они учитывают естественную потребность ребенка в движении и художественном творчестве, развивают чувство ритма и содержат большой эмоциональный заряд. Рит-мико-психомоторная терапия располагает следующими основными упражнениями: 1) упражнения, приучающие ребенка к порядку, укрепляющие дисциплину и способствующие усвоению материала; 2) упражнения на концентрацию внимания; 3) упражнения на усвоение норм социального поведения: коллективизма, умения подчинять личные интересы общественным, брать на себя и адекватно выполнять определенные роли; 4) упражнения на развитие фантазии и представлений. Разнообразные сценарии ролевых игр представлены в работе Р. В. Овчаровой (1996). Богатые возможности не только для психотерапевта, но и педагога предоставляют методы арттерапии (рисуночная терапия, психодрама), методы «нейролингвистического программирования» [Виглсуорт М., 1995; Оклендер В., 1997]. Последнее направление в психотерапии позволяет не только работать над симптомами дезадаптации, но и помогает учителю выбирать оптимальный стиль общения (с учетом ведущих у ребенка модальностей) и, таким образом, может быть использовано для профилактических целей.

Психотерапевтическая помощь семье

Психотерапевтический подход в реабилитации детей с дислексией и дисграфией немыслим без анализа условий семейного воспитания ребенка, имеющего эти проблемы, и семейного диагноза. Важность этого обусловлена следующими причинами:

1. Полноценная коррекционная работа невозможна без участия в ней родителей. Еще на диагностическом этапе следует прогнозировать объем помощи, на который способны данные родители, их готовность к сотрудничеству. В нашей практике нередко встречались случаи, когда родители выражали полную готовность сотрудничать, но, столкнувшись с необходимостью систематических ежедневных занятий в течение длительного периода времени, быстро прекращали их. Родителей следует с первой встречи психологически готовить к сотрудничеству с врачом, психологом и педагогом. Необходимо убедить их в абсолютной необходимости этого и на протяжении всего курса лечения постоянно контролировать выполнение ими домашних заданий. Многие из родителей не меньше ребенка нуждаются в поддержке и поощрении, так как успехи в проводимой работе появляются не сразу, и на определенном ее этапе может возникнуть убеждение в бесполезности прилагаемых усилий и ощущение безнадежности. В социально неблагополучных семьях нередко вообще не приходится рассчитывать на помощь. Тогда следует выбирать организационные формы работы, основывающиеся полностью на внесемеиных методах коррекции (специализированные школы-интернаты).

2. Тип родительского отношения к трудностям ребенка существенно влияет на его душевное состояние, адаптивные возможности и позицию во взаимоотношениях с де-фектологом. Как справедливо отмечает Д. Н. Исаев (1982), обычно родители при рождении ребенка оптимистически прогнозируют его будущее, успехи в школе и профессиональные достижения в перспективе. Это особенно свойственно семьям с высоким образовательным и профессиональным статусом, в которых порой культивируются даже гипертрофированные ожидания повышенной одаренности у ребенка. Когда такие родители узнают о стойких затруднениях ребенка в письме или чтении, их реакция на данный факт не всегда бывает адекватной. Некоторые из них переживают комплекс собственной вины в случившемся, настойчиво выясняют у врача: чья неблагоприятная наследственность могла быть причиной аномалии. Поиски виновного не способствуют семейной гармонии, поэтому врачу следует быть осторожным с подобной информацией. В ряде случаев неоправдавшиеся амбиции порождают у одного из родителей пренебрежение к ребенку или эмоциональное отвержение его. Такие родители лишь формально выполняют рекомендации врача и педагога, сводя их к минимуму, и объясняют это непослушанием ребенка. Сопровождая занятия дома попреками в адрес ребенка и наказаниями за неудачи, они не столько помогают, сколько мешают коррекционной работе. Следствием этого нередко являются депрессивные расстройства у ребенка и стойкое негативное отношение к трудному предмету. Излишне тревожные родители, чрезмерно фиксированные на проблемах ребенка, несмотря на благие побуждения, легко теряются, бросаются в крайности, создают дома нервозную обстановку. Это не только дезорганизует занятия с ребенком, но и невротизирует его. Есть и другая категория родителей. Чаще это люди с низким образовательным уровнем, ограниченным кругом интересов и невысокими интеллектуальными способностями. Многие из них в детстве сами были слабоуспевающими. В таких семьях чаще трудности ребенка недооцениваются или игнорируются, а низкая успеваемость объясняется «разгильдяйством». Часто приходится слышать от них такой «аргумент»: «Я сама училась на тройки, и ничего страшного: выросла и теперь не хуже других». Патологические типы родительских реакций на трудности ребенка нуждаются в психотерапевтической коррекции.

3. Как отмечалось выше, конечной целью психолого-педагогической реабилитации является повышение адаптационных возможностей ребенка. Необходимая при этом гармонизация личности теснейшим образом связана с условиями воспитания в семье. Нередко встречаются патологические типы воспитания: гипоопека, гиперопека, контрастное воспитание, потворствующее воспитание и др. Необходимость создания оптимальных условий для развития ребенка требует психотерапевтической коррекции патологических типов воспитания.

Вопросы методики семейной психотерапии при данном круге расстройств недостаточно разработаны. В качестве общих рекомендаций ниже приводятся предложения, основанные на практическом опыте автора. Специфика работы с детьми, имеющими трудности в обучении, такова, что, кроме нормализации семейных условий, важно сохранить в семье партнера в коррекционной работе с ребенком. Поэтому нужно с самого начала выбрать члена семьи, наиболее надежного и пригодного для участия в реабилитации. Нам представляется необходимым в процессе терапии семьи сохранять ориентацию на этого члена семьи и постараться укрепить его авторитет в семье как «воспитателя № 1». Не всегда им оказывается мать, иногда — отец, бабушка или дедушка. Этим, на наш взгляд, семейная терапия в ситуациях подобного рода отличается от традиционных ее вариантов [Мягер В. К., Мишина Т. М., 1979]. Это не означает, конечно, игнорирования интересов и позиций других членов семьи. Их следует анализировать, пытаться сбалансировать, но «воспитатель № 1» при этом должен рассматриваться как «первый среди равных».

Профилактика

Как указывалось в предыдущем разделе, коррекция дислексии и дисграфий наиболее успешна при раннем ее начале. Профилактика — еще более эффективная мера, позволяющая предупредить развитие этих расстройств.

*Первичная профилактика дислексии и дисграфий*

Она заключается в устранении основных этиологических факторов, имеющих отношение к указанным расстройствам. Для этого могут быть рекомендованы следующие мероприятия:

1. Меры по предупреждению антеи перинатальной патологии плода и новорожденного: охрана здоровья будущих матерей и беременных, оптимальная организация наблюдения за беременными и профилактика осложнений беременности, предупреждение родового травматизма, инфицирования плода и новорожденного и т. п.

2. Меры по снижению соматической и инфекционной заболеваемости детей в первые годы жизни.

3. Ранняя диагностика и своевременное лечение перинатальной церебральной патологии.

4. Ранняя диагностика и коррекция нарушений развития речи у детей. Позднее появление первых слов (после 1 года 3 мес.) или фраз (после 2 лет) является достаточным основанием для вмешательства логопеда. Симптомы девиантно-го развития фонологической системы ребенка являются безусловным показанием для проведения курса логопедической и медико-педагогической коррекции.

5. При наличии билингвизма у ребенка необходим выбор адекватных методов обучения грамоте. Дети, сменившие язык обучения, относятся к группе риска по дислексии и дисграфии и должны получать индивидуальную помощь при освоении второго языка.

6. Работа с неблагополучными семьями и семьями детей, не посещающих детский сад: организация «школ» для родителей с преподаванием приемов подготовки ребенка к I школе, развития у него необходимых сенсомоторных и речевых навыков.

*Вторичная профилактика дислексии*

Ее основа заключается в раннем выявлении предраспо-§ ложенности к этому нарушению и проведении комплекса предупредительных мер. Диагностическая методика, используемая при этом, приведена в гл. 4 и в приложении 3 (МРВД). Для предупреждения нарушений чтения рекомендуется следующее:

1. Формирование функционального базиса навыков чтения (соответствующие рекомендации изложены на стр. 224-f 235). Организационно удобнее всего данную работу прово-Г дить в речевой группе детского сада или в детском саду для детей с задержками психического развития.

2. Дети с дислексией с трудом усваивают навык чтения, основой которого является синтез звуков, одновременно с преимущественно аналитическим навыком — письмом. У этих детей оба навыка порой взаимодезорганизуют друг друга. В связи с этим целесообразно у детей, угрожаемых по дислексии, начинать обучение чтению с опережением, еще в дошкольном возрасте, а письму — позже, в школе. Наш опыт подобной работы свидетельствует, что обучение чтению детей с недоразвитием речи (как одну из групп риска) можно начинать с 5 лет.

*Вторичная профилактика дисграфий*

Она заключается в следующем:

1. Своевременное выявление группы риска, к которой правомерно относить следующих детей:

а) с «цепочкой» перии постнатальных вредностей;

б) с поздним и аномальным развитием устной речи;

в) с задержкой психического развития;

г) с выраженной незрелостью изобразительных способностей;

д) с билингвизмом.

Выявление указанного контингента детей в оптимальном варианте должно быть проведено до начала обучения в школе.

С детьми, имеющими повышенный риск возникновения дисграфии, проводится коррекционно-профилактическая работа.

1. Исправление фонетико-фонематических нарушений.

2. Формирование функционального базиса письма по описанной выше методике.

3. Дети из группы риска нуждаются в индивидуализации темпов и методов обучения письму.

Заключение

Подытоживая материалы настоящей книги, мы считаем необходимым еще раз подчеркнуть некоторые ее ключевые моменты.

Многолетние собственные исследования и наблюдения ряда других авторов позволяют утверждать, что дислексия и дисграфия являются не только педагогической, но и в равной мере медицинской проблемой. Эти нарушения письменной речи у всех детей оказываются включенными в сложные синдромы психопатологических нарушений в виде психического инфантилизма и психоорганической симптоматики, явлений незрелости ряда психических функций, таких, как сукцессивные операции, изобразительные навыки, вербализация пространственных представлений, языковой незрелости и фонологических нарушений. С нозологической точки зрения, дислексия и дисграфия являются разновидностью парциальных задержек психического развития, имеющих общее свойство — способность вызывать стойкие трудности при овладении письмом и чтением. Дифференцированный подход к диагностике задержек психического развития и выделение среди них специфических нарушений письма и чтения являются оправданными как с теоретической, так и с практической точек зрения. Качественные особенности интеллектуальной и речевой деятельности, незрелость ряда предпосылок интеллекта, типичные для таких состояний, отличают их как от возрастной нормы, так и от других вариантов задержки психического развития.

В ходе исследования выяснилось, что в большинстве случаев этиология таких состояний поликаузальна. Эта особенность, на наш взгляд, носит закономерный характер. Патогенетической основой дислексии и дисграфий является сочетание биологических нарушений и функциональной недостаточности церебральных систем с трудными для данного ребенка условиями жизни и обучения. Последнее обстоятельство при адекватном к нему отношении позволяет надеяться, что возникновение указанных расстройств отнюдь не является фатальным даже при наличии биологических и функциональных к тому предпосылок.

Психологический анализ умственной деятельности позволяет объяснить причины возникновения столь избирательных и стойких затруднений. Перцептивные и сенсомоторные процессы характеризуются у описываемых детей определенной незрелостью, которая проявляется не столько в конечном результате, сколько в способе выполнения заданий. Обнаруживается слабость ориентировочной фазы действия и контроля за выполнением, который направлен у них в основном на окончательный результат, а не на процесс действия. Дети ориентируются в пространственных свойствах предметов, звуковой и языковой стороне речи недостаточно осознанно. Незрелость зрительных и слуховых представлений, их неустойчивость сочетаются с низкой способностью к вербализации соответствующих понятий. Это обычно затрудняет выработку фонематических представлений. У многих детей с дислексией и дисграфией имеется слабость межанализаторной интеграции и межсенсорного переноса, незрелость высших форм произвольной зрительно-моторной координации. При усвоении звуко-буквенной символики это создает определенные трудности. Дефицит сукцес-сивных способностей резко затрудняет овладение фонематическим анализом, письмом и чтением.

У каждого из детей с дислексией и дисграфией перечисленные нарушения образуют определенные типичные сочетания, которые не встречаются у здоровых сверстников и детей с другими вариантами задержек психического развития. Неполноценность одновременно нескольких звеньев, составляющих функциональный базис чтения и письма, приводит к избирательным тяжелым и [довольно стойким их нарушениям.

С нейропсихологической точки зрения вышеизложенное означает, что полифакторная модель является наиболее адекватной для понимания происхождения расстройств письменной речи. Даже при недоразвитии устной речи (если оно не слишком тяжелое) (специфические нарушения письма и чтения возникают только то, когда сопровождаются неполноценностью ряда других неречевых функций, составляющих функциональный базис этих навыков.

Дислексия и дисграфия являются серьезной социальной проблемой. От уровня грамотности граждан зависит благосостояние государства, его научный и культурный потенциал. В ряде стран (США, Англия, Франция, Чехия и др.) разработаны и реализуются национальные программы борьбы с подобными расстройствами.