

## Проблемы дислексии в детской психиатрической практике

Емельянцева Татьяна Александровна

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Дислексию относят к нарушениям психологического развития (рубрика F8) в МКБ-10 (международной классификации болезней 10-го пересмотра), подрубрике F81: специфические расстройства развития школьных навыков.

Концепция специфических нарушений развития школьных навыков схожа с концепцией специфических расстройств развития речи F80: здесь существуют те же проблемы в их определении и измерении. Это расстройство, при котором нормальное приобретение навыков нарушено с ранних стадий развития. Оно не является следствием отсутствия благоприятной возможности для обучения или перенесенной мозговой травмы или болезни. Скорее считается, что расстройство обусловлено нарушениями в обработке когнитивной информации, определенной биологической мозговой дисфункции. Как и при большинстве других нарушений развития, данное состояние существенно более часто отмечается у мальчиков, чем у девочек.

Пять диагностических критериев определяют наличие дислексии и обуславливают одновременно пять диагностических проблем.

Во-первых, клинически значимая степень нарушения. «Ребенок учится хуже своих возможностей», а значит, имеет проблемы самооценки и социальной адаптации. Он мог бы учиться лучше, вот только школьные трудности далеко не сразу уменьшаются по мере усиления помощи дома и/или в школе. Как правило, дислексия сочетается с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (гиперкинетическим расстройством F90), основным критерием которого при постановке диагноза также является критерий «не справляются родители и/или педагоги». По предварительным данным нашего эпидемиологического исследования клинических и доклинических вариантов СДВГ среди детей в ДДУ и СШ г. Минска, клинически значимые варианты F90 встречаются в 6% детской популяции. Дислексия, по данным нашего исследования, отмечается в 50% случаев у детей с СДВГ и составляет около 3% клинически значимых нарушений F81 в детской популяции.

Во-вторых, дислексия не должна быть обусловлена умственной отсталостью или снижением общего интеллектуального уровня. В настоящее время актуальным является вопрос, насколько проблемы дислексии определяются наследственными факторами и/или перинатальными вредностями? Здесь также, на наш взгляд, уместна аналогия с СДВГ. По данным нашего исследования, клинический вариант с преимущественным дефицитом внимания, в большей степени обусловлен сочетанием перинатальных и наследственных факторов, имеет статистически значимые ( $p=0,01$ ) средние показатели интеллектуального развития и проблемы в обучения в 68% случаев в сравнении с клиническим вариантом преимущественной гиперактивности, где показатели интеллектуального развития достоверно выше (более 120 баллов по Векслеру) и проблемы обучения встречаются достоверно реже (21% случаев).

Важно отметить проблему отсутствия стандартизированных данных о среднем ожидаемом уровне усвоения школьного материала при определенном коэффициенте умственного развития в определенном возрасте, соответствующих культуре и образовательной системе в Республике Беларусь.

В-третьих, дислексия должна присутствовать с первых лет обучения, а не приобретаться позднее в ходе образования. Сведения о школьных успехах ребенка должны быть системными, последовательными, с соблюдением преемственности, без субъективной личностной оценки ребенка. Снова возникает проблема стандартизированных данных и сопутствующих поведенческих проблем ребенка с дислексией, затрудняющих объективную оценку его школьных успехов.

В-четвертых, должны быть исключены внешние факторы, которые могут стать причиной школьных трудностей. Как известно, чтобы обучаться эффективно, дети должны иметь адекватные возможности. К сожалению, дети с дислексией (как правило, имеющие проблемы СДВГ), часто вынуждены менять школы, их продолжают усаживать за последние парты, что никак не свидетельствует в пользу создания адекватных условий для обучения.

В-пятых, дислексия не должна быть обусловлена неоткорректированными зрительными или слуховыми нарушениями. Дети с плохим зрением имеют привилегию сидеть за 1-2 партой. А дети, которые НЕСПОСОБНЫ слышать и понимать объяснения учителя более 5-10 минут в силу их дефицита внимания, снова усаживаются за последнюю парту, не имея шанса стать успешными.

На наш взгляд, перспективы стать успешными в жизни у дислектиков все же есть. В последнее время активно внедряются новые формы работы с родителями: психообразовательные программы, поведенческие тренинги, когнитивные тренинги, направленные на принятие такого ребенка, помощь ему, развитие его сильных сторон.

Появилось достаточно много позитивной литературы, которая способна объяснить сильные и слабые стороны ребенка-дислектика, не просто поставить диагноз, а помочь ему состояться в жизни, с учетом возможности коррекции его психических процессов.

Дислексия бывает разная. В настоящее время для описания ее различных аспектов применяется более семидесяти названий. Приведем лишь некоторые: фонетические ошибки; медленный темп чтения; пропуски, замены, искажения или дополнения слов или частей слов; попытки начать чтение заново, «потеря места» в тексте, перестановка слов в предложении или букв в словах; неспособность вспомнить факты из прочитанного; неспособность сделать выводы из прочитанного и др.

Первоначально исследователи считали, что у людей с дислексией имеется некоторый вид церебральных нарушений, что это врожденная дисфункция, которая подавляет умственные процессы, требуемые для чтения.

Затем, в конце 20-х годов 20-го века, доктор Сэмюэль Тори Ортон дал новое определение дислексии, назвав ее «перекрестной латерализацией мозга». Это означало, что левое полушарие делало то, что обычно должно было делать правое полушарие, а правое полушарие делало работу левого полушария. Это была только теория, и через некоторое время он решил, что она была неправильной, и предложил вторую теорию, утверждая, что дислексия обусловлена «смешанной доминантностью полушарий». Это означает, что ИНОГДА правое полушарие мозга делает то, что должно делать левое полушарие и наоборот.

Современные теории не пытаются объяснить происхождение дислексии, а пытаются объяснить, почему дислексию можно корректировать. Таким образом, современные теории дислексии исходят от обратного: они разработаны в результате применения эффективных коррекционных методик по принципу «заднего ума». Одна из современных теорий утверждает, что дислексия – это продукт мышления и особый способ реагирования на ощущение спутанности сознания.

Как известно, существует два вида мышления как процесса: «наглядно-образное» и «абстрактно-логическое». Первое оперирует образами, второе – словами.

Дислектики имеют особенности мышления:

- преимущественно пространственное (образное) мышление;
- мыслят быстро (невербальная мысль в 1000 раз быстрее);
- нестандартно;
- многомерно (в формате 3D, поэтому образы крайне реалистичны);
- предаются грезам: состояние дезориентации, когда «мозг не видит того, на что смотрят глаза»;
- внутренняя речь развита слабо: мысленно не проговаривают слова, звуковые методы обучения хуже, чем с листа;

- имеют развитую интуицию: если у обычного человека возникает 1-2 вербальные мысли в секунду, то у дислектика - 32 невербальные мысли в секунду, они просто не успевают доходить до сознания.

Таким образом, в узком смысле слова, особенности мышления у дислектика обуславливают проблемы обучения: дислектик читает слово «слон» и понимает его, но впадает в состояние дезориентации, когда читает «это» или сталкивается при чтении с дефисом. В широком смысле, особенности мышления у дислектика – «дар божий», который сделал великими Альберта Эйнштейна, Уолта Диснея, Грега Луганиса и др.

Понятным становится, почему эффективны методики «освоения символов», «управления дезориентацией» в коррекции дислексии. С другой стороны, дальнейшее изучение дислексии может расширить понимание других клинических феноменов, связанных с нарушением когнитивных функций.