

Как известно, после того как какое-либо явление описано впервые, возникает задача его терминологического обозначения. Как и любое понятие, клинический термин является носителем сложившихся представлений о природе, того, что он обозначает. Далеко не всегда это согласуется с его этимологией. Например, термин «афазия» (от греческого *a* - отсутствие, *phases* – речь) обозначает потерю способности пользоваться речью, ее отсутствие и применяется только к тем случаям, где речевая функция была сформирована, а затем утеряна. В то же время термин «алалия» (от греческого *a* - отсутствие, *lalia* – речь) буквально обозначающий отсутствие речи, построенный этимологически по тому же принципу и формально означающий то же самое, применяется только в детской практике, в случаях когда речевая функция недоразвита. Таким образом, кроме буквального значения важна сложившаяся практика применения термина.

Термин «дислексия» происходит от греческого *dys* – приставки, означающей «затруднение», «отклонение от нормы», «нарушение функции», и основы *lexis* - речь, слово (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1982). После первых описаний нескольких случаев необычно тяжелой и стойкой неспособности овладеть чтением, несмотря на достаточное для этого умственное развитие сделанных врачами Морганом и Керром, много аналогичных случаев было описано и другими авторами. Сразу же возникла проблема разграничения двух разных явлений: отставания в чтении вследствие низкой обучаемости и специфической неспособности овладеть чтением при нормальном уровне обучаемости. После длительного периода поиска наиболее адекватного термина для обозначения избирательной неспособности к овладению чтением и нарушения формирования этого навыка (подробнее об этом в нашей монографии, Корнев А.Н., 2004) в мировом научном сообществе термины «дислексия» и «дислексия развития» были приняты как общеупотребимые для обозначения специфических нарушений овладения навыками чтения у детей (МКБ-10). Развернутое определение дислексии выглядит следующим образом: **«... состояния, основным проявлениям 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».**(Корнев А.Н., 2004, стр.50). Обозначение нарушений чтения при дислексии как специфических или избирательных имеет принципиальный характер. Оно означает, что трудности в овладении чтением настолько велики, что их невозможно объяснить ни интеллектуальной недостаточностью (которой, по определению западных исследователей, не должно быть), ни дефектами зрения

или слуха, ни так называемой «педагогической запущенностью». То есть в основу выделения дислексии из круга разнообразных форм нарушения чтения положен **критерий диссоциации** между состоянием общих предпосылок усвоения школьных навыков в широком смысле слова и уровнем владения чтением. Конкретные способы определения критерия диссоциации могут быть разными. Например, посредством подсчета разницы между «коэффициентом чтения» и умственным возрастом (или коэффициентом интеллектуального развития). Н. Myklebust (1967), например, предлагал использовать такой показатель, как «индекс чтения», который подсчитывается следующим образом. Сначала, используя один из стандартных тестов чтения, получают «возраст чтения», т. е. возраст, в котором здоровые дети читают так же, как испытуемый. Далее вычисляют так называемый «предполагаемый возраст» (expectancy age), равный среднему арифметическому между «умственным возрастом», паспортным возрастом и средним возрастом, в котором здоровые сверстники посещают тот же класс.

Индекс чтения = «возраст чтения» / «предполагаемый возраст» x 100

У здоровых детей этот индекс в среднем близок к ста. Если он оказывается меньшим чем девяносто, то нарушения чтения расцениваются как специфические. В США специалисты предпочитают ориентироваться не на возраст, а на класс, в котором учится ребенок, в сравнении с классом, программным требованиям которого соответствует чтение ребенка. Отставание на два класса и более считают признаком специфических нарушений чтения. Однако, как отмечает J. Lerner, этот критерий имеет слабое место: отставание на два класса во втором классе и в седьмом отражает разную степень тяжести.

Согласно критериям международной классификации ICD-10, принятой в 1994 году Россией в качестве официальной психиатрической классификации, применение диагноза «специфическое расстройство чтения» возможно при наличии следующих признаков (МКБ-10):

1. Показатель правильности чтения и (или) понимания прочитанного, который на две стандартные ошибки ниже уровня, ожидаемого для возраста и общего интеллектуального развития ребенка (при этом навыки чтения и коэффициент умственного развития определяются по индивидуально назначаемому тесту, стандартизованно учитывающему культуральные условия и систему образования).

2. Нарушения, описанные в критерии 1, существенным образом препятствуют обучению или деятельности в повседневной жизни, где требуются навыки чтения.

3. Это расстройство не является прямым следствием дефекта зрения или слуха или неврологического расстройства.

4. Школьный опыт соответствует среднему ожидаемому уровню (т. е. не было явной неадекватности в усвоении материала).

5. Наиболее часто используемый критерий исключения: «коэффициент интеллектуального развития» (IQ) по данным индивидуально назначаемого стандартизованного теста ниже семидесяти *

Есть прецедент использования аналогичного подхода в России. Нами была разработана стандартизованная методика исследования навыка чтения

(СМИНЧ), в которой используются стандартные тексты, по которым разработаны возрастные нормы. Коэффициент техники чтения (КТЧ) сопоставляется с коэффициентом интеллектуального развития (IQ), полученным по методике Д.Векслера АВМ-WISC. Решение о специфичности нарушений чтения (то есть, соответствии международным критериям дислексии) принимается в случаях, когда КТЧ оказывается не менее, чем на 20 баллов ниже, чем IQ (в русской версии он называется «общим интеллектуальным показателем»).

Существует и другой подход к определению дислексии. Он базируется на предположении, что дети с дислексией допускают при чтении особые ошибки (называемые обычно «специфическими»), которых не наблюдается у детей, не испытывающих трудностей в чтении. Ученые полагали, что такие ошибки существуют. Однако экспериментальные исследования не подтвердили этого предположения (Корнев А.Н., 1995, 1997, Matejček Z., Vokounova A., 1982). Анализ качества и пропорционального распределения ошибок детей с дислексией показал, что они принципиально не отличаются от тех, которые допускают здоровые дети, начинающие овладевать чтением. Существует отличие другого рода: в первые годы обучения у детей с дислексией этих ошибок значительно больше, чем у здоровых начинающих, они более стойки и более вариабельны. Однако, это не отличает их от других, неспецифических форм отставания в чтении. Более того, нами описана категория детей с дислексией, которые почти не допускают ошибок, но читают крайне медленно и недостаточно полноценно понимают прочитанное. Аналогичные наблюдения приводятся и западными исследователями. **Ключевым нарушением** при дислексии у русскоязычных детей является стойкая неспособность овладеть **слогослиянием**, а позже перейти к чтению целыми словами. Именно этот симптом по нашим наблюдениям является наиболее постоянным и стойким. Как отмечалось нами ранее, неспособность к слогослиянию вызывает у детей попытки угадать слог. Именно это является основной причиной нестабильности ошибок. Несколько раз перечитывая одно и то же слово, ребенок каждый раз допускает разные ошибки. Все перечисленные факты дают основание взять под сомнение надежность такого подхода к диагностике дислексии.

В связи с этим акцент в определении границ дислексии перенесен на так называемый «критерий диссоциации» (МКБ-10. Международная классификация болезней, 1994, Корнев А.Н., 1995). Критерий диссоциации означает наличие существенной диссоциации между уровнем интеллектуального развития (или умственным возрастом) и уровнем сформированности навыка чтения (или «возрастом чтения»).

К сожалению, среди российских специалистов критерий диссоциации до сих пор находит крайне ограниченное применение. По-прежнему, как и 20 лет назад, в научных публикациях и в практике доминирует качественный и неформализованный подход к диагностике дислексии (Лалаева Р.И., 1998, Логопедия, 1999). Количественные аспекты затрагиваются лишь при оценке скорости чтения. При этом ориентируются на нормативы школьной

программы, а они не в полной мере согласуются с объективно полученными возрастными нормами в процессе стандартизации (Корнев А.Н.,2004). Кроме того, при таком подходе не учитывается вариабельность скоростного показателя в детской популяции. Использование разных текстов при оценке чтения препятствует сравнимости результатов, полученных разными специалистами.

Большинство исследователей сознают, что сформированность навыка чтения величина вариабельная в детской популяции. Как и большинство других показателей умственного, речевого развития или владения каким-либо навыком вариативность его подчиняется закону нормального распределения, который в графическом выражении передается известной колоколообразной кривой. С этим законом непосредственно связана проблема «нормы» и ее границ. Как известно, в любой обычной популяции детей школьного возраста стандартизованное обследование навыка чтения обнаружит значительный разброс показателей, который позволяет сгруппировать обследованных детей следующим образом: «средняя норма» , «высокая норма», «низкая норма» и определенное число лиц, показатели которых будут еще ниже, то есть не достигнут уровня нижней границы нормы. Состояние чтения у этих детей и принято рассматривать как «ненорму», аномалию или патологию. В общем, виде это рассуждение выглядит логичным и стройным. Однако, до тех пор пока не будет проведено широкомасштабное популяционное исследование, целью которого должно быть получение реальных возрастных норм и их границ, на практическом уровне задача дифференциации дислексии от дислексиеподобных состояний не будет решена.

Способ определения этих границ зависит от выбранной методологии определения нормы. Существует два принципиально разных подхода к определению нормы: прескриптивный и дескриптивный. **Прескриптивная норма** или норматив задается априорными, теоретическими или другими произвольными основаниями (ведомственными инструкциями, традициями учебных программ и т.п.). В отношении чтения это представлено нормативами школьной программы, которые, кстати, весьма часто нарушаются отдельными школами (особенно гимназиями), значительно завышая их. Следствием этого является рост случаев дидактогенных «нарушений чтения», которые при объективном квалифицированном обследовании специалиста оказываются возрастной нормой.

Дескриптивные нормы (например, статистическая норма) как правило, построены на эмпирическом основании и отражают реальную картину, сложившуюся в конкретном сообществе, регионе, социальном слое. Получение экспериментально подтвержденных норм последнего рода представляет собой достаточно трудоемкое занятие и, кроме того, нуждается с течением времени в обновлении. В настоящее время мы имеем подобные возрастные нормы, которые были получены на 150 учащихся вторых- шестых классов школ г.С.-Петербурга и Ленинградской области (Корнев А.Н.,1995). Совершенно очевидно, что масштаб подобной стандартизации должен быть значительно

расширен количественно и территориально.

Согласно общепринятым критериям статистического определения границ нормы, (например, интеллекта), они соответствуют диапазону от $\min - (M - 2 \text{ стандартных ошибки})$ до $\max - (M + 2 \text{ стандартных ошибки})$. M - групповой показатель интеллекта в данной возрастной когорте (в любых избранных единицах измерения). При оценке общего интеллектуального показателя (IQ) по методике Д.Векслера диапазон интеллектуальной нормы по международным критериям будет 100 ± 30 т.е. от 70 до 130 (Анастаси А., 1982.). Такой же принцип мы использовали при определении средних показателей и границ нормы чтения (Корнев А.Н., 1995).

При таком подходе (дескриптивном) становится очевидным, что существует достаточно много норм: каждая для определенной субпопуляции. Правомерно выделять региональные нормы так как давно уже стало очевидным, что дети из разных регионов России, в селах и городах находятся в разных условиях обучения и, следовательно, с разной скоростью овладевают чтением. Особой и малоизученной проблемой является обучение детей, проживающих в двуязычной среде. Норма чтения у них может оказаться отличной от остальных, проживающих в моновязычной среде. Правомерно говорить о норме чтения для умственно отсталого ребенка и для ребенка с тотальным недоразвитием устной речи. Во всех перечисленных случаях у детей отличаются внешние условия или внутренние неспецифические предпосылки, влияющие на обучаемость и в том числе на усвоение чтения. Во всех подобных ситуациях случаи отставания в овладении чтением должны соотноситься в процессе диагностики с нормой субпопуляции детей, к которой относится обследованный ребенок по внутренним и внешним условиям.

Давно известно, что среди детей, страдающих умственной отсталостью, существует особая подгруппа со специфическим типом дисгармонии развития. В классификации С.С.Мнухина-Д.Н.Исаева она названа «астенической формой умственной отсталости» (Мнухин С.С., 1968, Исаев Д.Н., 1982). Среди тех из них, кто обучается во вспомогательной школе (с умственной отсталостью в степени дебильности), особенно часто встречаются тяжелые и стойкие затруднения в овладении чтением и письмом. Уровень владения этими навыками у них значительно ниже, чем у остальных одноклассников с таким же уровнем умственного развития. Следуя принципу диссоциации эти случаи следовало бы относить к дислексии, хотя в зарубежных работах такие состояния вообще не получили должной квалификации и не изучены. В нашей стране первым таких детей описал С.С.Мнухин (1934). Некоторое же отставание в овладении этими, как и другими школьными навыками, пропорциональными степени интеллектуального снижения логично рассматривать как неспецифические или вторичные нарушения чтения. Часть умственно отсталых детей вообще, как известно легко овладевает чтением.

Среди учащихся специализированных школ для детей с тяжелыми нарушениями речи, по нашим наблюдениям, лишь около 50% имеют значительное и стойкое отставание в чтении, несмотря на оказываемую

коррекционную помощь. Оно превышает те негрубые и относительно легко преодолимые затруднения, которые наблюдаются у их одноклассников, имеющих примерно тот же уровень речевого развития. Следовательно, и среди этой категории детей можно выделить тех, кто страдает дислексией и, в отличие от остальных, имеют неспецифические затруднения в чтении или не имеют их совсем.

Существующие формы нарушений чтения у детей представлены в таблице 1.

Таблица 1

Формы нарушения чтения у детей

Дислексия развития, неосложненная	У детей с интеллектуальной нормой ($IQ \geq 95$) и отсутствием симптомов недоразвития устной речи, дефектов зрения и слуха и системой обучения, отвечающей государственному образовательному стандарту
Дислексия развития осложненная	У детей с ЗПР
	У детей с умственной отсталостью
	У детей с недоразвитием речи
Неспецифические Нарушения чтения	Дидактогенные (нерегулярное посещение школы, неадекватная методика обучения, низкий профессиональный уровень обучения)
	Обусловленные недоразвитием устной речи
	Обусловленные задержкой психического развития (смешанного типа)
	Обусловленные умственной отсталостью
	Обусловленная другими сенсорными и психическими нарушениями и заболеваниями

Как видно из перечня форм нарушения овладения чтением, «фон», на котором наблюдаются признаки дислексии не имеет принципиального значения для выбора диагностического заключения. Каждая из вышеперечисленных клинических групп (ЗПР, умственная отсталость и т.п.) при углубленном психологическом анализе представляет собой весьма разнородную группу по структуре дефекта, степени дисгармонии развития и конкретного перечня нарушенных когнитивных функций. Как известно, лишь некоторые из них имеют непосредственное отношение к операциональному обеспечению чтения. Следовательно, при одном и том же суммарном показателе умственного (или речевого) развития риск возникновения дислексии весьма различен. Описание типичных сочетаний (кластеров) ключевых для дислексии когнитивных функций приводилось нами ранее (Корнев А.Н., 1995). Вполне вероятно, что дальнейшие исследования дислексии расширят и дополнят перечень когнитивных функций, входящих в такие кластеры.

Разумеется, нельзя не принимать во внимание состояние интеллектуальной и речевой сферы в целом (т.е. то, что в данной статье именуется «фоном»). Наши наблюдения показывают, что этот «фон» в неблагоприятных случаях может существенно утяжелять проявления дислексии, увеличивать ее стойкость. Утяжеление может избирательно касаться отдельных компонентов навыков чтения. Например, снижение интеллекта усугубляет нарушение понимания прочитанного. Кроме того, в таких случаях могут происходить некоторые изменения в структуре допускаемых ошибок (Табл. 2).

Таблица 2

Распределение (в %) разных видов ошибок чтения у детей с неосложненной дислексией (50 детей) и у детей с дислексией, осложненной умственной отсталостью в степени дебильности (30 детей)

Виды ошибок, допущенных при чтении	Дети с неосложненной дислексией (% от общего числа детей)	Дети с дислексией, осложненной умственной отсталостью (% от общего числа детей)
Замены гласных	52	37
Замены согласных, близких по слухопроизносительным признакам	45	79
Замены графически близких согласных	12	21
Перестановки звуков	28	47
Добавления гласных	28	37
Пропуски звуков	19	21

Наш опыт позволяет утверждать, что в связи с замедленным темпом усвоения навыка чтения (как и других школьных навыков), свойственным всем детям с умственной отсталостью, достаточно надежным у них дифференциальный диагноз дислексии и неспецифических нарушений чтения становится лишь в конце второго – на третьем годах обучения. В начале второго года обучения еще высок риск ошибочного диагноза.

Тотальное недоразвитие речи, фонематическое недоразвитие вызывает затруднения в образовании звукобуквенных ассоциаций в букварный период. Это, как было описано нами, особенно часто наблюдается при дисфазической форме дислексии. В связи с этим в первые 2 года обучения среди ошибок у них несколько чаще встречаются замены звуков по сравнению с дисфазической формой дислексии.

Иначе говоря, в случаях осложненной дислексии «фон» оказывает **патопластическое** влияние на симптоматику дислексии. Это принципиально отличается от **патогенетической** роли специфических кластеров, лежащих в основе механизмов дислексии. Кроме того, весьма вероятно, что при умственной

отсталости и тотальном недоразвитии речи (например, при моторной алалии) конкретный состав кластеров, лежащих в основе механизмов дислексии может иметь отличия от того, что было описано нами применительно к детям с относительно сохранным интеллектом.

К вышеописанным различиям между специфическими и неспецифическими формами нарушения чтения следует добавить различия в прогнозе компенсации. Неспецифические нарушения чтения компенсируются быстрее и полнее, чем дислексия. Последняя, даже при интенсивной коррекционной помощи, далеко не всегда компенсируется полностью. По данным, полученным нами на 200 детях, при дислексии, выраженной в тяжелой степени, даже при раннем начале коррекционной помощи (в 1-2 классах) положительного эффекта удастся добиться лишь в 60-70% случаев. Близкие катamnестические данные приводят и зарубежные исследователи.

Из всего вышесказанного следует, что проблема дифференциации дислексии и неспецифических нарушений чтения требует дальнейшего изучения. Практический опыт показывает, что надежная дифференциация дислексий от неспецифических нарушений чтения требует всестороннего мультидисциплинарного исследования детей: психиатрического (психопатологического), психологического (в том числе стандартизованного исследования интеллекта), нейропсихологического и логопедического, включающего как качественную, так и количественную оценку уровня речевого развития.

Список литературы:

1. Анастаси А. психологическое тестирование М.. «Педагогика», 1982
2. Исаев Д.Н. Психическое недоразвитие у детей. «Медицина», Л.,
3. Корнев А.Н. Дислексия и дисграфия у детей. С-Пб, «Гиппократ», 1995
4. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей. С-Пб, 2004
5. Лалаева Р.И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников. С.-Пб, 1998
6. Логопедия /Под ред. проф., з.д.н. РФ, Волковой Л.С. и проф. Шаховской С.Н.). М., 1999
7. МКБ-10 Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Всемирная Организация здравоохранения. Женева.
8. Мнухин С.С. О врожденной алексии и аграфии // Сов. невропат., психиат. и психогигиена. 1934, Т. 3, вып. 2/3, С. 193–203.
9. Matejuek Z., Vokounova A. Zaměny písmen u dislektiků a normalních utenarů. Psychol. a patopsychol. dietata, 1982, 16, S. 484-500