***Цветков Андрей Владимирович****,*

*Научный руководитель*

*Центр нейропсихологии «Изюминка»,*

*г. Москва*

***Кушнир Инна Сергеевна,***

*Учитель-логопед*

*Кабинет коррекционной помощи «Говорун»,*

*г. Новый Уренгой*

**АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕЧЕВЫХ ПАТОЛОГИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ**

В настоящее время порядка 2/3 детей дошкольного возраста, посещающих образовательные учреждения, имеют те или иные нарушения речи, с тенденцией к повышению средней тяжести год от года (Арсеньева М.В., Баряева Л.Б., 2014).

При этом в обществе и даже среди педагогов распространяются совершенно неадекватные мифы: об изменении речевой нормы, что «мальчики заговаривают позже», что возможна спонтанная компенсация речевого дефицита «до 5 лет молчала, а потом сразу фразами пошла шпарить».

Однако, как обращает внимание белорусский исследователь Е.Д. Беспанская-Павленко (2013), выведенная в работах Л.И. Божович «внутренняя позиция школьника», возникающая по окончании кризиса 7 лет, требует долгой подготовительной работы. В частности, на длиннике дошкольного детства развитие организовано вокруг векторов «осознание» (подстановка себя на позицию другого), «отношение» (критическое восприятие осознанного другого), «понимание» (соотнесение осознанного другого и его, другого, мотивов) и «рефлексия» (способность представить все то же самое, производимое Другим относительно самого субъекта). Но С.В. Маланов (2009) суть рефлексии описывает как возможность представления одних знаний в других (знак через знак, символ через символ). Кроме того, рефлексия знаменует способность субъекта к ориентировке в себе самом, от мотивов до средств деятельности.

Очевидно, что тяжелые нарушения речи (ТНР) крайне сомнительно сочетаются с качественным владением иными знаковыми системами, а следовательно, и с формированием рефлексии. Таким образом, развивающие занятия в дошкольном звене без коррекции речевых расстройств не будут приносить достаточного эффекта.

В оптимальном варианте работы с ребенком специалисты разного профиля (педагог, занятый общеобразовательной деятельностью, логопед и нейропсихолог) взаимно дополняют друг друга, разделяя и диагностическую, и коррекционную работу над разными уровнями речевой функции. На практике же коррекция часто начинается с «перевоспитания», то есть с попытки ликвидировать речевые дефекты указаниями и советами родителя или педагога дошкольного учреждения, а затем идет работа над конкретными операциями (чаще всего звукопостановка). И только в случае неуспеха такой перевернутой с ног на голову стратегии следует обращение к нейропсихологу с запросом на коррекцию базовых компонент всех психических функций.

Различия в понятийном аппарате дисциплин приводят к различиям в акцентах. Скажем, педагогика ориентирована (Л.С. Дмитриевских, 2013) на компетентности как «обученности» тем или иным языковым и коммуникативным навыкам. Нейропсихология в большей степени ориентирована на мозговые основы функции, а логопедия — на обучаемость, варьирующую в зависимости от состояния ЦНС.

К примеру, звенья речевой функции, обозначаемые в нейропсихологиии как «речевая активность» и «речевая процессуальность», способность вступить в контакт и способность его поддерживать соответственно (Цветкова Л.С., 2002), с педагогической точки зрения рассматриваются как «коммуникативные умения». Владение лексико-семантическими средствами, гибкость в их использовании и умение «вписать» имеющийся набор средств в конкретную ситуацию общения педагогически характеризуется как «языковая способность».

И логопедические методы в большинстве ориентированы именно на «языковую способность», без учета ее возможного вторичного нарушения при сниженных активности и процессуальности речи.

Успех такой, аккуратно говоря, не оптимальной коррекции возможен только при перерасходе и мотивационных, и тонических ресурсов ребенка. Вдобавок, сформированные функции оказываются нестойкими к стрессорам и излишне произвольными. Как отмечает Т.А. Фотекова (2009), «шлейф» нерешенных до 7 лет речевых проблем приводит к системным нарушениям развития у школьников.

И, как указывает О.Г. Приходько (2010), артикуляционные и дыхательные возможности ребенка должны исследоваться логопедом только в связке с общей и ручной моторикой. В особенности, по мнению автора, следует обратить внимание на поддержание позы, объем доступных движений, способность к тонким манипуляциям с предметом, формирование «рукости», амплитуду и соразмерность движений.

Часть из перечисленных параметров прямо адресуется к мозжечку и связанным структурам нижних отделов ствола головного мозга.

Обзор литературных данных по роли мозжечка в протекании речи, проведенный А.И. Литовченко (2012), показал, что большинство зарубежных исследователей рассматривают эту роль как подготовку головного мозга для приема новой информации, ее обработки и усвоения, т.е. как модуляция ВПФ. Автором предложено обозначение мозжечковых нарушений в разных сферах как «дисметрия», т.е. несоответствие количественных параметров реакции и стимула.

Применительно к речевому развитию этот механизм назван С.В. Покровской и А.В. Цветковым (2018) «сенсорным взвешиванием», авторами подчеркнута роль проприоцепции как «сенсорного эталона» для работы мозжечка.

В работе А.И. Литовченко отмечена также большая выраженность речевых и когнитивно-аффективных симптомов у детей в сравнении с взрослыми и их близость с проявлениями поражения лобных долей (проявлялась в 77% случаев). О псевдолобном синдроме при поражении структур задней черепной ямки писал еще А.Р. Лурия.

Нельзя не обратить внимание на упоминаемую разными авторами необходимость прямого контакта специалиста с ребенком и наличие спокойных эмоциональных условий. Как подчеркивает О.Г. Приходько, именно так обеспечивается точность логопедического заключения.

Однако реальная практика показывает, что в большинстве случаев дети с тяжелыми нарушениями речи имеют негативизм даже к присутствию обследующего (не говоря уж о прямом контакте!).

Упускается из виду и речевая среда ребенка. Хотя по данным Дегтяревой Е.И. с соавт. (2016), для дислалий вредные привычки и неадекватное речевое поведение родителей вообще являются доминирующим (свыше 70% дисперсии) патогенетическим фактором.

В работе Г.Б. Черевач (2016) как раз исследовалось соотношение важности, доступности ценностей и вероятности внутриличностного конфликта у детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речи и их родителей.

Выявилось, что основные корреляции связаны с ценностями жизни как таковой, любви, веры, богатства и власти. Причем связи нередко носили перекрестный характер: так, «вера» у родителей могла быть связана как с «любовью», так и с «властью» у детей (разные срезы в ходе эксперимента). Трактовка здесь может быть различной, но вряд ли комплиментарной «здоровью» семьи как психологической системы.

В итоге анамнестические сведения часто предоставляются коррекционным педагогам в неполном или искаженном виде.

Между тем, роль факторов раннего развития в формировании ТНР трудно переоценить.

Нами был обследован комплексно, с использованием как логопедических, так и нейропсихологических критериев, 91 ребенок дошкольного возраста (от 3 до 7 лет) с тяжелыми нарушениями речи (ТНР), из них 63 мальчика и 28 девочек. В анамнезе оценивались отягощения беременности, перинатального периода и раннего возраста, которым были отнесены: наступление беременности в результате вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО/ИКСИ), гормональное сохранение беременности, гипоксия плода, фетоплацентарная недостаточность и гипоксия/ асфиксия в родах, тяжелые инфекции и постпрививочные осложнения в период от зачатия до 2 лет. Общее число отягощений оказалось 85, т.е. 0.93 отягощений на одного ребенка. Конечно, их распределение было далеко не равномерным. Так, дети, зачатые при помощи ЭКО, часто испытывали и гипоксию плода, и подвергались воздействию гормональных препаратов. Аналогично, дети, перенесшие внутриутробно цитомегаловирусную инфекцию демонстрировали нередко и фетоплацентарную недостаточность, и осложнения в родах.

Кроме того, под вопрос можно поставить и выделенные группы отягощений.

Например, само по себе экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) не является признаком патологии для центральной нервной системы и речевых органов у будущего ребенка. Однако чаще оно применяется у пар, не имеющих четких экзогенных причин бесплодия (инфекции, действие токсических агентов, травмы половых органов) (Элдер К., Дэйл Б., 2008).

Следовательно, можно предполагать те или иные генетические особенности родителей, из-за которых формирование достаточного количества гамет (при мужском бесплодии) или жизнеспособных зародышей (при бесплодии у любого пола) невозможно или маловероятно.

По данным специализированного сайта probirka.org, ежегодно в РФ рождается порядка 30 тысяч детей в результате ЭКО и родственной процедуры ИКСИ (применяется, когда невозможно получить достаточное количество жизнеспособных сперматозоидов). С учетом данных Росстата за 2018 год о рождении ~1 млн 860 тысяч детей в России, получается в среднем по популяции 1.5% детей рождается в результате ЭКО. В исследованной выборке – 3%. Стоит учесть и тот факт, что не все родители делятся этой информацией с логопедом. Так что реальное превышение общепопуляционных данных может быть более значительным.

Сохранение беременности гормональными препаратами, с одной стороны, редко свидетельствует об адекватных фетоплацентарных отношениях. С другой, как стероидные гормоны, так и агонисты адреналиновых рецепторов (препарат «Гинепрал») легко проникают через плацентарный барьер. Регуляция же клиренса гормонов и подобных им веществ в крови построена на обратной связи с контролем в гипоталамо-гипофизарном комплексе. В связи с чем предположение о влиянии гормонотерапии во время беременности на ЦНС плода кажется обоснованным. Опять-таки, наибольший процент детей, чьи мамы подвергались лечению гормонами, в группе диэнцефального синдрома. То есть у них проявляются как раз нарушения в психике, ассоциированные со структурами промежуточного мозга и базальных ганглиев.

Роль пре- и перинатальной гипоксии в формировании патологий нервной системы вряд ли нуждается в дополнительном обсуждении.

Понимая не полную корректность с точки зрения медицины объединения инфекционных болезней, перенесенных внутриутробно, в раннем детстве и пост-вакцинальных осложнений (таких, как длительная высокая температура, психический и/или поведенческий регресс, например, распад тазового контроля и т.д.), тем не менее, для целей педагогических считаем это адекватным.

Любопытным можно счесть показатель среднего числа отягощений на одного ребенка в подгруппах, выделенных по ведущему нейропсихологическому радикалу. Так, наибольшее число отягощений (1.13) у мозжечкового синдрома. Известно, что из задействованных в становлении ВПФ структур ЦНС мозжечок созревает раньше всего (сензитивный период между 6 и 18 мес. постнатального развития). Кроме того, крайне редко можно однозначно отделить симптоматику, ассоциированную с мозжечком и варолиевым мостом, а также и связями моста и нижележащего продолговатого мозга. Так, атаксическая неустойчивость позы, свойственная дисфукнциям мозжечка, достаточно логично сочетается с нарушением цикла дыхания (дети с постоянно приоткрытым ртом и трапециевидной губой, что говорит о медуллярных нарушениях), дисбалансом возбуждения и торможения коры (значимый в этом смысле норадреналин почти весь выделяется в мосте) и общим замедлением психических процессов. Связь таковых нарушений с патологиями беременности и родов представляется обоснованной.

Вторую группу по тяжести анамнеза формируют дети с проблемами в функциях промежуточного мозга и базальных ганглиев, или диэнцефальным синдромом. У них на каждого по 0.92 отягощения. Данный функциональный уровень в созревании ЦНС стоит несколько особняком. С одной стороны, промежуточный мозг связан с развертыванием инстинктивных, биологически заданных поведенческих программ. От потребности в пище и воде до полового влечения. С другой стороны, именно уровень «ближайшей подкорки», к которому А.Р. Лурия относил диэнцефальные структуры и базальные ядра, управляет первичной социализацией. Скажем, известный показатель символического праксиса (покажи как причесываются, как сдувают пушинку с руки, как чистят зубы) в норме уже полностью сформирован к 3 годам. Очевидно, что в разных культурах упроченные символические движения разные. То есть об их врожденном характере говорить не приходится. Но раннее усвоение символических движений может свидетельствовать о наличии своего рода «предуготованного посадочного места» для них в ЦНС. И таким местом как раз являются ядра основания мозга. Одновременно, освоение культурно-сообразных мелких движений – необходимый фактор речевого развития, ведь на этапе освоения прото-предложения и фразы паравербалика (жест, интонация, темп речи) играют роль предикатов. «Птичка [показывает пальцем]» как просьба подвести поближе к клетке с попугаем в одном из проведенных обследований. Достаточны ли усилия родителей в раннем возрасте (с года до трех) по демонстрации и упрочению у ребенка паравербальных навыков – вопрос открытый.

Сложна и функция диэнцефальных структур по взаимоувязке инстинктивных программ, гормонального фона и иммунного статуса. Несмотря на достаточно редкое внесение в медицинские карты отклонений в работе щитовидной железы у консультированных нами детей, их можно предполагать судя по внешним симптомам (резко повышенный или сниженный вес тела, низкое качество кожи и волос).

Наименьшее же среднее число отягощений (0.3 на одного ребенка) наблюдается при несформированности межполушарного взаимодействия. Делая скидку на крошечный размер данной группы (3 ребенка из 91 с жалобами на тяжелые нарушения речи), нельзя не предположить, что становление совместной работы полушарий в куда большей степени связано с социогенезом, нежели с биологическими причинами.

В целом же у подавляющего большинства дошкольников с тяжелыми нарушениями речи отмечаются медико-биологические отягощения анамнеза. В зависимости от подгруппы – от 0.8 до 1.13 на одного ребенка.

Учитывая произведенный чисто эмпирически отбор учитываемых отягощений, их небольшой список, можно считать доказанной необходимость как можно более раннего абилитационного вмешательства в развитие этих детей.

При этом, по данным З.В. Поливара и К.Б. Мамедовой (2016), воздействие одних и тех же вредностей в одни и те же периоды развития дает совершенно разные как по степени выраженности, так и по качественным характеристикам эффекты.

Модулятором этих эффектов, скорее всего, является семейная психоречевая среда.

Поэтому помимо акцента на данных анамнеза коррекционным педагогам следует исследовать и взаимоотношения ребенка с родителями.

***Использованная литература:***

*Арсеньева М.В., Баряева Л.Б. Изучение творческой деятельности дошкольников с тяжелыми нарушениями речи с использованием произведений детской художественной литературы// Вестник ТГПУ. - 2014. - №1. - сс. 100-104.*

*Беспанская-Павленко Е.Д. Система ведущих психических функций детей дошкольного возраста// Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Акмеология образования. Психология развития. – 2013. – Т.2, вып. 3. – сс. 311-315.*

*Дегтярева Е.И., Зинкевич О.В., Левковская М. Н. Биологические аспекты нарушений речевой функции детей дошкольного возраста г. Гомеля// Веснік Мазырскага дзяржаўнага педагагічнага ўніверсітэта імя І. П. Шамякіна. – 2016. - №2(48).*

*Дмитриевских Л.С. Изучение языковой и коммуникативной компетенции как компонентов речевого общения у дошкольников с нарушением речи// Педагогическое образование в России. – 2013. – № 1. – С. 168-174.*

*Литовченко А.И. Нарушения речи при опухолях мозжечка// Украинский нейрохирургический журнал. - 2012. - №2 — сс. 4-6.*

*Маланов С.В. К вопросу о функциональной организации рефлексивных действий// Вестник Марийского государственного университета. – 2009. - №4. - сс. 112-116.*

*Покровская С.В., Цветков А.В. Нейропсихологическая помощь детям с нарушениями речи. – М.: Издание книг ком, 2018.*

*Поливара З.В., Мамедова К.Б. Нейропсихологический аспект анализа школьных трудностей в детей с задержкой психического развития// Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. – серия «Педагогика. Психология. Социальная работа». – 2016. - №2. – сс. 105-108.*

*Приходько О.Г. Логопедическое обследование детей с нарушениями речи// Специальное образование. - 2010. - №3 — сс. 82-87.*

*Фотекова Т.А. Динамика речевых функций у школьников с общим недоразвитием речи и задержкой психического развития// Сибирский психологический журнал. – 2009. - №33. – сс. 69-72.*

*Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. Изд. 4-е, исправленное и дополненное. - М.: Педагогическое общество России, 2002. – 96с.*

*Черевач Г.Б. Особенности ценностно-потребностной сферы личности детей с нарушениями речи и их родителей// Вестник ТГПУ. - 2016. - №2. - сс. 65-66.*

*Элдер К., Дэйл Б. Экстракорпоральное оплодотворение/ [пер. с англ. Е. Горностаевой, С. Дьяконова]. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. - 303 с.*