

С.Н. Зинченко, Л.В. Чурсина, М.Л. Ивахненко

Психологические компоненты нарушения развития ребенка в связи с речевой депривацией

Киевская городская психоневрологическая больница №2, Украина

Резюме. *Негативные психологические компоненты, влияющие на ребёнка с несовершенной речью, создают депривационные условия для его развития. В свою очередь, дефект речи становится вторичным условием депривации и приводит к возникновению депривационных явлений болезненного типа.*

Ключевые слова: *психологические компоненты, депривация, развитие, речевой дефект, болезненные состояния.*

Введение

Речь представляет собой сложную функциональную систему, для формирования которой необходимо своевременное развитие мозговых структур (речевых зон), их правильное взаимодействие между собой и другими функциональными системами психики.

Немаловажное значение для своевременного развития речи или её утраты имеют социально-психологические условия, в которых развивается ребёнок.

Психологические компоненты — это совокупность социально-психологических влияний на развитие ребёнка.

Наличие негативных психологических компонент в жизни ребёнка пагубно влияет на развитие его психики в целом. Речевая система при этом может претерпевать различные изменения в структуре и функциях, например задержка речевого развития, нарушение коммуникативно-регулирующей функции речи, что приведёт к полной утрате пользования речью, другие формы речевой патологии [2].

Независимо от формы речевого дефекта и причин его возникновения (биологического или социально-психологического характера), нарушения речевой функции, прежде всего, касаются изменений в системе и структуре общения ребёнка с окружающей средой. Ребёнок оказывается в состоянии депривации, и развитие всех его функциональных систем приостанавливается либо искажается. При этом нарушаются различные формы социального функционирования ребёнка.

Цель работы — выявление негативных психологических компонент, влияющих на развитие ребёнка, при наличии речевого дефекта.

Основные задачи работы:

1. Определить варианты психологических компонент, негативно влияющих на развитие речи ребёнка.
2. Представить некоторые формы расстройств социального функционирования при речевом дефекте.
3. Выявить роль депривационных механизмов в развитии ребёнка при речевом дефекте.

Материал и методы исследования

В исследовании ис пользовались клинико-психопатологический и клинико-катамнестический (5–15 лет) методы, логопедическая диагностика и специальная коррекция, патопсихологическая диагностика и психологическая реабилитация, работа специалистов с семьёй и окружением ребёнка.

Результаты исследования и их обсуждение

Психологические компоненты, которые негативно влияют на развитие речи ребёнка, возникают в разном возрастном периоде и имеют различную остроту реагирования ребёнка.

В раннем детском возрасте и ещё до рождения ребёнка это могут быть:

- психологическое — отторжение плода матерью и членами семьи, что воздействует на «психологическую матрицу» ребёнка в период его развития в утробе матери (нежеланный ребёнок);

- психологическая травматизация матери, особенно в последние месяцы беременности;

- после рождения ребёнка — нарушение взаимодействия в системе «мать—дитя».

В дальнейшем могут иметь место другие негативные психологические компоненты, которые мешают своевременному и правильному развитию речи и психики ребёнка [6]. К ним можно отнести:

- социально-психологические проблемы внутри семьи, взаимодействие членов семьи между собой;

- положение ребёнка в семье как личности, понимание его проблем, в том числе и речевых, возможности и готовность семьи к их разрешению.

Все эти причины приводят к общей или частичной речевой депривации:

- недостаточное или неправильное речевое общение (в семье мало говорят с ребёнком, воспитание в доме малютки, двуязычие и т.д.);

- отрицательное отношение родных и ближайшего окружения к несовершенной речи ребёнка (порицание, насмешки, наказания и т.д.);

- появление у ребёнка негативных психологических комплексов из-за недостаточно сформированной речи.

При этом наступает так называемый «второй этап депривации», касающийся непосредственно речевой функции, — ребёнок понимает свою речевую недостаточность и отказывается использовать речь как средство общения.

Нарушается вся структура и система общения ребёнка с окружающим миром: коммуникативно-информационная, перцептивная и др. Это приводит к изменению в формировании когнитивной, эмоционально-волевой функциональных систем.

Таким образом, речевой дефект, при наличии определённых негативных психологических компонент, направленных на речевую функцию, становится самостоятельным депривационным механизмом в нарушении развития ребёнка [5].

Что такое «депривация» в феноменологическом значении? *Депривация* — этот термин с позиций психологии означает «лишение» [7]. Депривационные феномены представляют собой разнообразные состояния изменения психических функций, а также различные варианты нормального хода возрастного развития психики вследствие блокировки отдельных её функциональных систем, в частности речевой функциональной системы.

При речевых дефектах происходит блокировка реализации сенсорно-перцептивных, коммуникативно-инфор-

мационных, эмоциональных, кинестетических и других потребностей. Зачастую ребёнок не ведаёт, что он может и умеет сделать, сказать и т.д.

По мнению ряда авторов, следует различать *депривационную ситуацию и депривационные явления* [7].

Депривационная ситуация — это социально-психологические условия, которые препятствуют нормальному ходу развития ребёнка, его потребностей и функциональных систем.

Депривационные явления — это состояния, которые являются следствием внезапно или длительно действующей на индивидуум депривационной ситуации.

В случаях речевых нарушений возникает длительная депривационная ситуация, которая при неправильной позиции близкого окружения к проблеме ребёнка может привести к депривационным явлениям.

Особенности личности ребёнка (вялость, пассивность, сензитивность, слабая мотивация на реализацию своих потребностей) и наличие негативных психологических компонент депривационного типа могут привести к образованию болезненных расстройств психики. При этом основным стержнем в патологии будет дефектная речевая функциональная система, которая будет «обрастать» блокировкой общения и изменениями в других функциях психики [4].

Наиболее часто встречающиеся варианты подобных нарушений:

- задержка развития речи;
- эмоциогенный мутизм, как вариант реакции ребёнка на его дефектную речь;
- реакция речевого протеста, которая при негативных психологических компонентах может перерасти в стойкий частичный или тотальный мутизм;
- параутистические реакции избегания контакта при речевом дефекте.

Следует отметить, что эмоциогенный мутизм может возникнуть у ребёнка и без первичных речевых нарушений, в результате неожиданной острой стрессовой ситуации. Однако по истечению этой ситуации и при психологической коррекции нарушения речевого контакта исчезают.

Задержка речевого развития с позиций влияния психологических компонент возникает чаще всего в условиях депривации ребёнка в младенческом и раннем детском возрасте.

Клинически задержка речевого развития характеризуется замедленным темпом формирования больше экспрессивной речи согласно стадиям её развития при относительной сохранности структуры речи. При этом сохраняется последовательность в формировании этапов речевого развития, но с некоторым запозданием.

Дети с задержкой речевого развития способны усваивать фонетику языка, самостоятельно овладевать речевыми обобщениями, правильно использовать лексико-грамматические конструкции языка.

Реабилитация детей с задержкой речевого развития после консультации логопеда проводится силами семьи или воспитателей детского учреждения.

Эмоциогенный мутизм представляет собой психогенно обусловленное прекращение речевого общения (МКБ-10 F94.0) и имеет отношение к нарушению социального функционирования [1].

Различают тотальный, или общий, мутизм (речевое общение прекращается со всеми людьми) и элективный мутизм (избирательное молчание по отношению к психологически неприемлемым для индивида ситуациям или отдельным людям).

При воздействии на ребёнка негативных психологических компонент возникновение мутизма может происходить по разным механизмам: невротический, не зависящий от желания ребёнка; произвольный, или личностно-установочный.

Невротический (непроизвольный) тип эмоциогенного мутизма чаще всего проявляется при действии психогенного фактора стрессового характера: возникает панический страх и блокируется реализация функциональной речевой системы, зачастую до степени тотального мутизма.

Система общения также нарушается. Ребёнок отказывается от любого способа общения, наступает коммуникативная и психологическая блокада общения избирательного либо тотального типа.

Реабилитационные мероприятия должны быть немедленно приближены к ситуации во времени. Психологическая реабилитация, помощь семьи обычно нивелируют расстройство, и мутизм проходит бесследно. Однако в будущем, при наличии негативных психологических компонент, даже без стрессового воздействия, могут повториться кратковременные «мутичные» реакции. Приводим случай из практики детского психиатра.

Женя К., 4,5 года, здоровый, жизнерадостный ребёнок, обратился по поводу «молчания», которое наступило после внезапной встречи с маленькой собачкой. Она внезапно выскочила и, пытаясь общаться, радостно залаяла и активно прыгала. От такой неожиданности ребёнок «замер», на вопросы бабушки не отвечал. Такое состояние «молчания» продолжалось несколько дней: ребёнок плохо спал, почти ничего не ел, по ночам испытывал страхи, был тревожным. Родители обратились к логопеду и детскому психиатру.

Реабилитационные мероприятия с участием логопеда и психолога дали положительный результат, и через несколько дней ребёнок стал говорить тихим голосом, сначала с домашними, а затем и с другими детьми.

Катамнестическое наблюдение врача за состоянием ребёнка на протяжении года не выявило никаких отклонений. Собачка стала его любимой мягкой игрушкой: с ней он ложился спать, кушал, подолгу играл.

Личностно-установочный, или произвольный, тип мутизма — возникает при наличии длительно действующих психологических компонент явно негативного и неприемлемого для ребёнка порядка. По определению такое состояние можно расценить как адаптационную реакцию пассивного протеста, которая может перерасти в параутистическое состояние избегания контактов с миром.

Система общения при этом типе мутизма значительно и длительно нарушена:

- отсутствует речевой контакт;
- страдает коммуникативно-регулирующая функция речи, при сохранности смысловой и идеаторной (мыслительной) функций;
- контакт личностно и ситуационно обусловлен;
- могут сохраняться неречевые формы контакта избирательно по отношению к лицам или ситуации;
- имеется первичная сохранность социальной перцепции, идентификации, избирательность эмпатии;
- социальное взаимодействие ограничено избирательно;
- противодействие общению может быть в психологически трудных для ребёнка ситуациях либо при настойчивом требовании речевого общения;
- когнитивная функциональная система первично сохранена, но могут проявиться ограничения информационного порядка,

Возникновение мутизма может быть следствием психологических компонент депривационного характера из-за недостаточности развития речи.

Приводим случай из практики.

Витя Р., 8 лет, поступил в клинику с жалобами на избирательное «молчание». Наблюдается у логопеда по поводу сложной дислалии — дефект произношения нескольких звуков речи (фонем). Этот дефект был обнаружен ещё в возрасте 4-х лет, и ребёнок охотно работал с логопедом, старался правильно говорить. Однако несовершенная речь ребёнка очень раздражала отца, и он предпринимал свои «правильные» меры по исправлению этого дефекта: часто бранил ребёнка, передразнивал, иногда бил за неправильно сказанное слово, запрещал старшей сестре играть с братом. Все попытки матери уладить депривационную ситуацию для ребёнка не принесли желаемого результата. Ребёнок прекратил речевое общение сначала с отцом, затем с сестрой. С матерью при общении пользовался своей несовершенной речью. С течением времени избирательный мутизм распространился и на детей во дворе — они также смеялись и дразнили мальчика. Витя стал с недоверием относиться к логопеду, отказался заниматься с ним.

Реабилитационные мероприятия были направлены на психологическую терапию с ребёнком, логопедическую коррекцию с новым логопедом и по методике работы с мутизмом. Проводилась психологическая поддержка матери, работа с отцом по устранению депривационной ситуации. В течение года удалось преодолеть мутизм, наладить общение с семьей и окружающими. Ребёнок был определён в речевую школу, где проучился всего два года, а затем переведен в общеобразовательную школу. Учился хорошо, затем окончил техникум и успешно работал по специальности технического профиля. Катамнез 12 лет — благополучный.

Парааутистические состояния представляют собой психогенно обусловленную относительно стойкую форму избегания контакта с окружающим миром и сопровождаются мутизмом. В ряде случаев подобные расстройства могут начинаться с возникновения мутизма у ребёнка с несовершенной речью, и в дальнейшем формироваться по депривационному типу. По МКБ-10 парааутистические состояния относятся к расстройствам социального функционирования (F 94,8) [3].

При парааутистических состояниях нарушается коммуникативное поведение: ребёнок общается выборочно либо прекращает общение вовсе. При этом система общения искажается и приобретает видимость «приобретенного аутизма»:

- коммуникативное поведение зависит первично от выбора мотивов общения, которые изменяют либо блокируют способы общения;

- речь, как способ общения, ограничена в реализации до избирательного либо тотального мутизма;

- избирательное искажение социальной перцепции и социального взаимодействия;

- контакты с близкими людьми сохраняются, часто эмоционально насыщены, отмечается усиление эмпатии и привязанности;

- когнитивные нарушения не свойственны, однако при длительном состоянии возможна временная задержка психического развития из-за ограничения информативности и вербального интеллекта;

- особенности личности характеризуются наличием тревожности со стойкой фиксацией на неприятных впечатлениях, склонностью к реакциям тормозимого типа.

Примером возникновения подобного состояния может служить случай из практики.

Оля К., 10 лет, обратилась с матерью в консультативную поликлинику с жалобами на «отгороженное поведение» и потерю речи.

Из анамнеза: родилась от первой нормальной беременности и родов у матери-одиночки. Раннее развитие благополучное. Из-за необходимости матери уехать в большой город на работу девочка осталась жить с престарелой прабабушкой в селе. Детей в этом маленьком селе не было, и Оле приходилось общаться только с прабабушкой. Оля росла бойкой, лобознательной девочкой. Речь развивалась по стадиям, но словарный запас был ограничен бытовыми словами — страдал лексико-грамматический строй речи. Когда девочке исполнилось 4,5 года, мать забрала её в город и устроила в заводской садик. Здесь и начались проблемы для Оли: с ней никто не стремился играть, так как она мало знала, а словарный запас оставлял желать лучшего. За это она получала бесконечные замечания от воспитателей, и дети над ней смеялись. Кроме того, кто-то рассказал персоналу, что Оля растёт без отца, и её стали дразнить «байстрючкой».

Такое отношение к девочке заставило мать поговорить с воспитателем, но это вызвало лишь отрицательный результат — разразился скандал. Эти переговоры, к сожалению, велись в присутствии Оли. С тех пор она замкнулась в себе, перестала отвечать на вопросы этой воспитательницы. Та, в свою очередь, настроила всех детей и персонал против девочки. Оля перестала говорить со всеми, кроме матери. Пришлось снова отправить её в село. Через год при попытке матери поместить девочку в детское учреждение ей было отказано. Мотивировка — девочка ни с кем не общается и не умеет говорить. Однако с матерью речевой контакт не был потерян. На протяжении 2,5 лет Оля безуспешно лечилась медикаментозно в психоневрологической больнице.

С течением времени девочка совершенно отгородилась от всех людей, кроме матери, полностью утратила способность речевого контакта.

Логопедом был установлен психогенно обусловленный мутизм, который продолжался несколько лет. Это привело к тому, что затормозился навык воспроизведения речи и способность к правильной артикуляции.

На приёме у врача с участием детского психолога и логопеда было обращено внимание на характер контакта с ребёнком. Оля внимательно слушала рассказ матери и активно неречевыми способами пыталась исправить неправильную информацию, проявляла живые эмоциональные реакции и показывала всем своим поведением, что «хочет говорить, но не может». Логопед выявила полное понимание девочкой речи окружающих и блокаду экспрессивной речи.

С девочкой начали активно заниматься логопед, психолог, педагоги. Она охотно и старательно училась на всех занятиях. Спустя 4 месяца Оля снова научилась говорить: правильно выговаривала слова, строила сложные фразы, но только в присутствии логопеда. С ней постоянно работали педагоги младших классов, и через 5 месяцев Оля успешно освоила учебный материал 2-х первых классов. Работа с психологом помогла девочке избавиться от проблем в общении с детьми и персоналом.

Далее необходимо было возвращать Олю в реальную жизнь, что оказалось непросто. Медико-педагогическая комиссия не дала согласия на определение девочки в общеобразовательную школу, мотивируя тем, что девочка, хотя и владеет учебным материалом и интеллектуально сохранна, но является «переростком». В связи с таким решением Оля была направлена во вспомогательную школу, которую успешно окончила за три года, затем училась в вечерней школе, окончила техникум.

Из катмнеза (срок 15 лет): Оля успешно работает по специальности. Вышла замуж, имеет двоих здоровых детей. О своих детских проблемах и жизненных перипетиях старается не вспоминать.

Обсуждая приведенный случай из практики, можно сказать, что девочка находилась длительное время под воздействием негативных психологических компонент. Они привели к образованию депривационной ситуации, которая создала условия для возникновения болезненного состояния парааутистического типа. Немаловажную роль в этом сыграла несовершенная речь с последующим

мутизмом и блокада перцептивно-коммуникативной системы общения.

Выводы

Негативные психологические компоненты, влияющие на ребёнка с несовершенной речью, создают депривационные условия для его развития. В свою очередь, дефект речи становится вторичным условием депривации и приводит к возникновению депривационных явлений в виде болезненных расстройств речи и психики ребёнка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Венар Ч. Психопатология развития детского и подросткового возраста / Ч. Венар, П. Кериг. — СПб: Прайс-Еврознак, 2007. — С. 670.
2. Детская психоневрология / под ред. Л. А. Булаховой. — К.: Здоровье, 2001. — С. 496.
3. Зінченко С. М. Медична психологія: навч. посібн. / С. М. Зінченко. — К.: КІСКЗ, 2000. — С. 341.
4. Зінченко С. М. Сучасні концепції психології і патології розвитку та їх використання у реабілітаційному процесі / С. М. Зінченко, В. Ю. Мартинюк // Сучасна педіатрія. — 2010. — № 2. — С. 198—200.
5. Ньюкомб Нора Развитие личности ребёнка / Нора Ньюкомб. — 8-е изд. — СПб: Питер, 2003. — С. 640.
6. Психология развития / под ред. Т. Д. Марцинковской. — М.: Академия, 2001. — С. 352.
7. Сорокин В. М. Специальная психология / В. М. Сорокин. — СПб.: Речь, 2003. — С. 187—194.

Психологічні компоненти порушення розвитку дитини у зв'язку із мовленевою депривацією

С.М. Зінченко, Л.В. Чурсіна, М.Л. Івахненко

Київська міська психоневрологічна лікарня №2, Україна

Резюме. Негативні психологічні компоненти, які впливають на дитину із недостатньо розвинутим мовленням, утворюють деприваційні умови для її розвитку. У свою чергу, дефект мовлення стає вторинною умовою депривації, що сприяє появі деприваційних станів хворобливого типу.

Ключові слова: психологічні компоненти, дефект мовлення, розвиток, деприваційні умови, хворобливі стани.

Psychological components of child development impairments caused by speech deprivation

S.M. Zinchenko, L.V. Chursina, M.L. Ivahnenko

Kiev city psycho-neurological hospital № 2, Ukraine

Negative psychological components affecting children with impaired speech create depriving conditions for children development. Speech defect is secondary deprivation condition causing illness-type deprivation phenomena.

Key words: psychological components, children, speech defect, deprivation condition.

Сведения об авторах:

Зінченко Светлана Николаевна — к.мед.н., доц., проф. психологии. Киевская городская психоневрологическая больница №2.

Адрес: г. Киев, ул. Миропольская, 8; тел.: 097 041 7839.

Чурсина Людмила Викторовна — врач детский психиатр высшей категории. Киевская городская психоневрологическая больница №2.

Адрес: г. Киев, ул. Миропольская, тел.: 067 681 6417.

Ивахненко Мария Леонидовна — детский психолог первой категории. Киевская городская психоневрологическая больница №2.

Адрес: г. Киев, ул. Миропольская, тел.: 067 973 9666.

Статья поступила в редакцию 6.05.2014 г.