

Ташина Татьяна Михайловна

канд. психол. наук, доцент

Шуйский филиал

ФГБОУ ВО «Ивановский государственный университет»

г. Шуя, Ивановская область

ДОРЕЧЕВОЕ И РАННЕЕ РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ: ПРЕДИКТОРЫ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Аннотация: в статье с опорой на анализ литературных данных и собственные исследования освещены проблемы дифференциации нормы и патологии в раннем речевом развитии. В результате описаны генеалогические, биологические, психофизиологические, прелингвистические и собственно лингвистические предикторы, указывающие на риск дизонтогенеза на ранних этапах речевого развития.

Ключевые слова: превентивная логопедия, ранний возраст, речь, речевой дизонтогенез, факторы риска, предикторы.

Ведущим направлением развития современной логопедии является превентивная логопедия, важной целью которой является своевременная фиксация и предупреждение факторов риска речевого дизонтогенеза. Сложность достижения этой цели состоит в том, что границы между нормой и возможной патологией речевого развития на ранних этапах неоднозначны и отличаются вариабельностью. Норма речевого развития, как замечает Г.Р. Доброва, это «не точка, а континуум, поле, область. Норма – вариативна, разнообразна, достаточно широка» [7, с. 199]. Поэтому, например, детский словарь может значительно (даже десятикратно) отличаться в зависимости от инпута, обусловленного окружающей речевой средой конкретного ребенка. Темпы и стратегии овладения речью имеют половую спецификацию [7]. Кроме того, речевое и психическое развитие в раннем возрасте предельно взаимосвязаны, поэтому нарушения коммуникативно-речевого развития чаще комбинируются с другими отклонениями в раннем развитии, чем проявляются в изолированном виде [1; 6; 14].

В современной литературе нет однозначного мнения относительно того, какие именно симптомы, например, неврологические, можно достоверно считать предикторами отклонений в развитии речи на ранних этапах [3; 6; 9; 15]. Однако интерес к поиску наиболее точных маркеров, позволяющих дифференцировать норму и патологию речевого развития, огромен, поскольку имеет важное практическое значение [3; 9; 10; 12; 14; 15; 19; 20].

В настоящей статье сделана попытка выделения предикторов, наиболее диагностически значимых в квалификации речевых отклонений.

Исследователи фиксируют наличие полового диморфизма в речевом дизонтогенезе. Так, ученые [10; 15 и др.] отмечают, что частота встречаемости речевых расстройств в несколько раз выше у мальчиков, чем у девочек. Однако, по данным J.V. Tomblin и соавт., гендерных различий в группе детей с нарушениями речи дошкольного возраста не имеется [29].

И.А. Сергиец, Н.Н. Черкашина считают, что достоверным фактором риска, влияющим на возникновение нарушений устной и письменной речи, является наследственная отягощенность [16]. Этот вывод сделан учеными на основе ретроспективного анализа особенностей развития речи у 1743 детей-логопатов. К аналогичным выводам пришли и M. Choudhury, A. Venasich, которые указывают, что процент встречаемости расстройств речевого развития в семьях с отягощенным анамнезом около 20% – 30%, тогда как в популяции около 4%. Причем нарушения речи чаще наследуются по мужской линии; по линии матери чаще передаются мальчикам, а по линии отца – с одинаковой частотой мальчикам и девочкам. Около 70% детей с речевыми расстройствами имеют близких родственников с подобными нарушениями по женской и мужской линии [8; 15]. На наследственную отягощенность среди детей с нарушениями речи указывают Л.И. Белякова [2], Л.С. Волкова с соавт [4]. По их данным, она составляет 17,5%. В частности, доминантная мутация гена на длинном плече 7 хромосомы (FOXP2Ген) достоверно ассоциирована с нарушением речевого и языкового развития [21; 26; 27; 30].

Существенный вклад в речевую патологию вносят такие антропологические характеристики матери, как возраст, вес и рост. По мнению О.П. Ковтун и соавт., юный или пожилой возраст роженицы, первые роды, низкий вес и рост матери являются факторами риска по перинатальной патологии и нарушениям речи [9].

Важным предиктором речевой патологии являются структурные изменения в головном мозге. В частности, имеются данные о наличии редукции объема переднего мозга на 7% у детей с нарушениями речи по сравнению с детьми с нормальным речевым развитием [11]. Более дискуссионным является вопрос о влиянии мозговой асимметрии на речевую патологию. При исследовании и количественном сравнении зон Брока и Вернике у детей с расстройствами речи и детей с нормальным речевым развитием было выявлено, что зона Брока в левом полушарии детей с нарушениями речи значительно меньше и что у них более вероятно имеется правосторонняя асимметрия речевых зон. Аномальная морфология в речевых зонах имеет корреляцию со снижением речевой способности [24]. Леворукость и амбидекстрия также часто рассматривается как врожденная предрасполагающая причина возникновения речевых нарушений [5; 16; 18]. Однако в противоположность приведенным данным исследования S.Preis и соавт [11] свидетельствуют о нормальных паттернах церебральной асимметрии у детей с речевыми расстройствами.

Недостаточная активность левой височной доли провоцирует нарушения звукопроизношения, кроме того, неврологический дефицит или отклонения в задней части левого полушария, ответственной за обработку фонем, приводит к фонологическим расстройствам [31]. Снижение регионарного кровотока в правой теменной области и подкорковых областях, по данным M.Ors и соавт., отмечены у детей с речевыми расстройствами [11]. На нарушения мозгового кровообращения у 16,7% детей с речевой патологией указывает и О.В. Гончарова [5].

Существенное негативное влияние на речевое развитие в первые годы жизни оказывают нарушения соматического здоровья ребенка. Показатель Апгар на 5 минуте менее 3х, низкий (менее 2500 гр.) и особо низкий (менее 1500 гр.) вес при рождении, а также второй или третий порядок рождения связаны с

существенным увеличением риска возникновения нарушений речи. Особенно патогенны инфекционные болезни нервной системы типа менингита, энцефалита и полиомиелита [6]. Лечение антибиотиками в раннем детстве [13], наряду с асфиксией новорожденных [6; 9; 13] являются фактором риска возникновения речевой патологии в раннем детстве.

Есть исследования, указывающие на связь расстройств дыхания и речевой патологии. Например, ротовое дыхание может негативно повлиять на развитие речи [19; 25; 28]. Причем в возрасте от 4,5 до 6 лет на дыхательное поведение влияет рост и вес ребенка, но половая принадлежность не оказывает влияние на этот параметр [22].

С речевым развитием тесно коррелируют особенности взаимодействия психики и моторики. Нарушения формирования тонких целенаправленных движений могут считаться прогностическим критерием атипичного становления речевой функции [8; 11; 17].

В таблице 1 на основе анализа литературных данных [1; 3; 6; 8; 10; 11; 12; 14; 15; 20] и собственных исследований [17; 18] представлены прелингвистические и собственно лингвистические предикторы, которые могут сигнализировать о риске речевого дизонтогенеза.

Таблица 1

Предикторы дизонтогенеза речевого развития

<i>Возраст</i>	<i>Предикторы речевого дизонтогенеза</i>
<i>Период дофонетических универсалий (доречевой этап)</i>	
Крик	
1 месяц	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие крика или замена его отдельными вскрикиваниями; – афоничный крик; – тихий, слабый, но с коротким вдохом и удлиненным выдохом; – слабый, короткий, однообразный, высокого тона. – болезненный, пронзительный или отдельные вскрикивания на вдохе, или крик тихий с коротким выдохом; – пронзительный резкий звук, который не утихает в ответ на ласковый разговор с малышом, начиная с 2 недель жизни; – замена крика гримасой на лице; выраженные необычные звуки; – назализация крика (ринофония)
2–3 месяца	<ul style="list-style-type: none"> – низкая вариабельность крика; – отсутствие дифференциации крика и потому невозможность его интерпретировать;

	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие интонационной выразительности; – отсутствие реакции на речь взрослого; – отсутствие гласоподобных ([a], [э], [о], [y]) и заднеязычных и гортанных звуков
Гуление	
3 месяца	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие гуления; – гуление не возникает в ответ на эмоциональное общение, а происходит только самостоятельно
4 месяца	<ul style="list-style-type: none"> – крик интонационно выразительный, но отсутствует смех или слабо выражено певучее гуление; – начальное гуление вместо певучего; – отсутствует или выражено отдельными короткими гласными звуками; – нет аутоэхолалии и эхолалии.
5 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие цепочки звуков в гулении; – слабо выражено гуление или отсутствуют смех, хныканье; – начальное гуление или отдельные короткие гласные звуки
Лепет	
6 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> – малоактивный лепет, отсутствие в лепете механизмов аутоэхолалии; – вместо коротких лепетных звуков певучее гуление с цепочками звуков, отдельные короткие гласные звуки или певучее гуление без цепочки звуков; – отсутствие спонтанных и ответных звуков и слогов; – отсутствие реакции на говорящего даже после многочисленных попыток
7 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> – малоактивный лепет, редко произносит отдельные слоги; – лепет отсутствует
8 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> – лепет малоактивный или без четкой интонационной выразительности; – отсутствие лепета или редкое повторение цепочки звуков (появление лепета позже 8 месяцев – один из признаков интеллектуальной недостаточности или ДЦП)
9 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> – малоактивный, интонационно невыразительный: преобладание в лепете губных звуков и гласных, нет разнообразных звуковых сочетаний; – отсутствие интонационно-мелодической имитации фразы; – ребенок не реагирует на имя
10–11 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствует подражание звукам и слогам, отсутствие в лепете механизмов эхолалии; – лепет малоактивный или мало звуковых сочетаний; – отсутствие лепетных слов
12 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> – лепет малоактивный, говорит 1–2 лепетных слова вместо 5–6; – не точно соотносит слово с предметом, действием, лицом. Ребенок не произносит слоги, соотнося их с конкретным лицом, действием или предметом (использует менее трех слоговых обозначений знакомых предметов); – непонимание обращенной речи; – не стремится имитировать слова или произносит «свои» звуки, не пытается повторять их за взрослым; – не умеет указывать на предметы или действия. Не использует жесты, такие как покачивание головой («нет»). Не умеет махать рукой, чтобы выразить «до свидания». Не говорит «мама» и «папа».
<i>Период становления активной речи</i>	

12–18 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> – отсутствие вокальных, вербальных и взаимных жестовых реакций; – отсутствие понимания простых слов, представлений и однословных инструкций; – ограниченный диапазон смысловых экспрессивных проявлений и коммуникации (просьбы, комментарии, приветствия, одобрения и т. д.); – очень низкая частота коммуникативных актов за 1 минуту (меньше 2 в минуту); – ребенок никак не реагирует на простые просьбы и не выполняет их; – произносит менее 5 слов, кроме «мама» и «папа». – не может выполнять простые команды с помощью жестов
18–24 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> – ограниченный словарь и медленное его увеличение: к 24 месяцам словарный запас ребенка менее 50 слов (по некоторым данным, менее 20 слов); – отсутствие многословных предложений; – отсутствие взаимной коммуникации; редко инициирует диалог, обычно имитирует либо повторяет слышимое; – ребенок не понимает и, в связи с этим, не выполняет простые речевые инструкции взрослого без указания на объект; – ребенок не понимает выражения намерения взрослого (например, идем гулять) и никак не реагирует на подобные фразы; – не может построить коротких предложений из одного или нескольких слов так, чтобы их понимали посторонние люди.
30–36 месяцев	<ul style="list-style-type: none"> – ребенок не дифференцирует «один», «много» и не может выполнить просьбы, связанные с данными понятиями; – ребенок не может построить предложения из двух слов. – употребляет правильно менее двух прилагательных или не употребляет их совсем; – не понимает смысла простых выражений и не выражает просьбу, протест или одобрение; – не может выполнять двухступенчатые инструкции (не выполняет их вовсе или выполняет только одну часть двойных просьб); – ребенок не может повторить короткое предложение; – отсутствие грамматической сложности языка, мало предложений с разными глаголами

Таким образом, наследственную предрасположенность, возрастные и антропометрические характеристики матери, структурные особенности головного мозга, соматический статус ребенка и его половую принадлежность, особенности ранних вокализаций (рефлекторных звуков и протофонов), а также собственно лингвистические характеристики можно рассматривать как прогностически значимые предикторы речевого дизонтогенеза на ранних этапах развития.

Список литературы

1. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учебное пособие / Е.Ф. Архипова. – М.: МОИКА-СИНТЕЗ, 2015. – 256 с.

2. Белякова Л.И. Заикание: учебное пособие для студентов педагогических институтов / Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова. – М.: В. Секачев, 1998. – 304 с.
3. Волгина С.Я. Роль участкового педиатра в ранней диагностике нарушений речевого развития у детей дошкольного возраста / С.Я. Волгина, А.Р. Ахметова, Е.А. Николаева [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2021. – №4.
4. Волкова Л.С. Логопедия: учебник для студ. дефект. фак. пед. вузов / Л.С. Волкова. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Владос, 2004. – 704 с.
5. Гончарова О.В. Состояние здоровья и пути реабилитации детей с речевыми нарушениями: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / О.В. Гончарова; Рос. мед. акад. последипломн. образ. – М., 1999. – 214 с.
6. Груздева О.В. Социально-психологические факторы и условия, детерминирующие процесс речевого развития детей дошкольного возраста с нарушениями здоровья / О.В. Груздева; Красноярск. гос. пед. ун-т. – Красноярск, 2003. – 64 с.
7. Доброва Г.Р. Время реакций человека: вариативность речевого развития детей / Г.Р. Доброва ; науч. ред. М.Д. Воейкова ; Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Институт лингвистических исследований Российской академии наук. – М.: Языки славянской культуры (ЯСК), 2018. – 266 с.
8. Журба Л.Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова. – М.: Медицина, 1981. – 271 с.
9. Ковтун О.П. Минимальная мозговая дисфункция у детей (критерии диагностики и подходы к лечению): метод. рекоменд. для студентов и врачей постдипломной подготовки / О.П. Ковтун, О.А. Львова, А.В. Сулимов. – Екатеринбург: Уральская гос. мед. акад., 2003. – 34 с.
10. Корнев А. Н. Ранняя предикция трудностей овладения грамотой: нейрокогнитивный и языковой аспекты / А.Н. Корнев, А.С. Авраменко // Инновационные методы профилактики и коррекции нарушений развития у детей и подростков: межпрофессиональное взаимодействие: сборник материалов I

Международной междисциплинарной научной конференции, Москва, 17–18 апреля 2019 года / под общ. ред. О.Н. Усановой. – М.: Когито-Центр, 2019. – С. 429–433.

11. Ливинская А.М. Специфические расстройства речевого развития у детей: учеб.-метод. пособ. / А.М. Ливинская, Л.С. Чутко. – СПб., 2006. – 48 с.

12. Мишина А.И. Изучение формирования речи в дословесный период (в условиях нормального и нарушенного развития) / А.И. Мишина. // Языкознание и литературоведение. – 2009. – №7. – С. 259–269 [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://cyberleninka.ru/article/n/izuchenie-formirovaniya-rechi-v-doslovesnyy-period-v-usloviyah-normalnogo-i-narushennogo-razvitiya-1/viewer>

13. Набиева Т.Н. Поведенческая терапия тиков у детей с использованием метода отрицательного подкрепления / Т.Н. Набиева, Е.И. Мухин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Т. 103. №9. – С. 59–62.

14. Приходько О.Г. Специфика речевого развития детей первых лет жизни различных нозологических групп / О.Г. Приходько. // Специальное образование. – 2018. – №4. – С. 95–105.

15. Прогнозирование риска речевой патологии у детей младшего дошкольного возраста / Е.Ю. Резцова, И.И. Бобынцев, А.М. Черных [и др.] // Курский научно-практический вестник Человек и его здоровье. – 2010. – №3. – С. 159–161.

16. Сергиец И.А. Комплексное консультирование в системе работы городской психолого-медико-педагогической комиссии / И.А. Сергиец, Н.Н. Черкашина // Сибирский учитель. – 2004. – №4 (34) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.sibuch.ru/article.php?no=285>

17. Сидорина, А. Н. Особенности формирования графо-моторного навыка у детей дошкольного возраста с сочетанной зрительно-речевой патологией / А.Н. Сидорина, Т.М. Ташина // Физическое воспитание в условиях современного образовательного процесса: сборник материалов национальной научно-практической конференции (Шуя, 13 мая 2020 года). – Шуя: Шуйский филиал ИвГУ, 2020. – С. 26–28.

18. Ташина Т.М. Основные тенденции и их реализация в теории и практике коррекционно-развивающего обучения / Т.М. Ташина // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2009. – №5–1. – С. 127–132.

19. Филатова Ю.О. Изучение дыхательной функции у лиц с нарушениями речи: обзор зарубежных исследований / Ю.О. Филатова, Лулу Шаза Али // Наука и школа. – 2021. – №5. – С. 66–76. – DOI: 10.31862/1819-463X-2021-5-66-76.

20. Формирование языка у детей с нормой и отставанием в развитии речи: корпусное исследование спонтанных и вызванных текстов / А.Н. Корнев, И.Балчюниене, М.Д. Воейкова [и др.] // Acta Linguistica Petropolitana. Труды института лингвистических исследований. – 2015. – Т. 11. №1. – С. 605–624.

21. Bishop D.V. Developmental cognitive genetics: how psychology can inform genetics and vice versa // Q. J. Exp. Psychol. (Colchester). – 2006. – Vol. 59 (7). – P. 1153–1168.

22. Boliek C. A., Nixon T. J., Watson P. J., Jones P. B. Refinement of speech breathing in healthy 4- to 6-year-old children. Journal of Speech, Language and Hearing Research. 2009. – Vol. 52 (4). – P. 990–1007.

23. Broom Y.M. Developmental Surface Dyslexia: A Case Study of the Efficacy of a Remediation Programme // Cognitive Neuropsychology. – 1995. – Vol. 1. – P. 69–110.

24. Gauger L.M., Lombardino L.J., Leonard C.M. Brain morphology in children with specific language impairment // Journal of Speech, Language and Hearing Research. – 1997. – Vol. 40. – P. 1272–1284.

25. Hitos S. F., Arakaki R., Solé D., Weckx L. L. M. Oral breathing and speech disorders in children. Journal of Pediatrics. 2013. – Vol. 89 (4). – P. 361–365.

26. Lai C.S., Fisher S.E., Hurst J.A., VarghaKhadem F. A forkhead domain gene is mutated in a severe speech and language disorder // Nature. – 2001. – Vol. 413. – P. 519–523.

27. MacDermot K.D., Coupe A.M., VarghaKhadem F., Fisher S.E. Identification of FOXP2 truncation as a novel cause of developmental speech and language deficits // Am. J. Hum. Genet. – 2005. – Vol. 76. – P. 1074–1080.

28. Ribeiro G. C. A., Santosa I. D. D., Santosa A. C. N., Paranhos L. R., César C. P. Influence of the breathing pattern on the learning process: a systematic review of literature // Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 2016. – Vol. 82 (4). – P. 466–487.

29. Tomblin J.B., Records N.L., Buckwater P. et al. Prevalence of specific language impairment in kindergarten children // Journ. Speech, Language and Hearing Res. – 1997. – Vol. 40. – P. 1245–1260.

30. Watkins K.E., Vargha-Khadem F., Ashburner J. MRI analysis of an inherited speech and language disorder: structural brain abnormalities // Brain. – 2002. – Vol. 125. – P. 465–478.

31. Wood F.B., Felton R.H., Flowers D.L. et al. Neurobehavioral definition of dyslexia. In: Duane DD, Gray DB, eds. The Reading Brain. Parkton, Maryland: York Press. – 1991. – Vol. 1. – P. 1–25.