

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ

ШАПОШНИКОВА А.Ф.



...при психических расстройствах, когда в той или иной степени страдает функция мышления или нарушается коммуникация ребенка с другими людьми, речь непременно «отреагирует» и явится своеобразным «зеркалом», отражающим патологические процессы в развивающейся психике ребенка.

Речь – это специфически человеческая форма деятельности, отражающая процессы мышления и служащая, главным образом, общению между людьми (1).

Из определения мы сразу можем сделать вывод, что при психических

расстройствах, когда в той или иной степени страдает функция мышления или нарушается коммуникация ребенка с другими людьми, речь непременно «отреагирует» и явится своеобразным «зеркалом», отражающим патологические процессы в развивающейся психике ребенка. Врачу, логопеду, педагогу, психологу нередко приходится сталкиваться с разнообразными речевыми нарушениями у детей, и эти расстройства имеют немалое значение в диагностическом поиске и выборе тактики ведения того или иного ребенка. Нередко мы останавливаемся перед вопросом – достаточно ли в том или ином случае только логопедической, педагогической, психологической коррекции, не требуется ли медикаментозная терапия, дополнительные параклинические обследования? Итак, для организации максимально эффективной помощи ребенку, у которого мы выявили нарушение развития речи, необходимо правильно сориентироваться в диагностическом поле. Для облегчения процесса дифференциальной диагностики постараемся описать характер нарушения речи при разных патологических состояниях, выделить различающие их особенности, сформулировать рекомендации по лечебной работе.

1. Нарушения речи при неврозах

Невроз – нервно-психическое расстройство, причиной которого является психическая травма – острая (испуг) или затяжная (неблагополучная семейная обстановка, разлука с родителями, травмирующая ситуация в школе). Наиболее частыми речевыми расстройствами невротического характера являются заикание и мутизм.

Невротическое заикание – нарушение ритма, темпа и плавности речи, связан-

ное с судорогами мышц, участвующих в речевом акте. Чаще появляется в 2-3 года, на этапе становления речи или в 4-5 лет, когда происходит ее интенсивное развитие и усложнение. Возникает вслед за психической травмой или на фоне «тяжелого периода» в жизни ребенка. Дети, как правило, быстро осознают свой дефект, переживают его, могут начать отказываться говорить при посторонних, отказываются выступать на утренниках, отвечать на занятиях в детском саду или школе. Заикание такого характера, как правило, усиливается при общении с незнакомыми людьми, волнении и сочетается с другими невротическими проявлениями: изменчивостью настроения, раздражительностью, плаксивостью, расстройствами сна, страхами.

Мутизм – полное или частичное отсутствие речевого общения при сохранной способности говорить и понимать речь. Часто мутизм напрямую связан с невротическим заиканием: желая «избавиться» от своего дефекта, дети избирают реакцию «ухода», боятся обнаружить свое заикание и вовсе отказываются от речи. Бывает мутизм и проявлением, так называемого, истерического невроза, когда ребенок «уходит в молчание» в рамках реакций протеста. Невротический мутизм редко бывает тотальным, а чаще – избирательным. Этот вид реакции пассивного протеста бывает преимущественно у детей дошкольного и младшего школьного возраста, чаще у девочек. Проявляется невротический мутизм в том, что ребенок отказывается от общения с теми лицами, которые так или иначе связаны с психотравмирующей ситуацией (их круг может быть довольно широким, преимущественно это – взрослые), а со сверстниками или в благоприятной, «принимающей» обстановке речевое общение сохраняется. Отличительной особенностью невротического мутизма (в отличие от мутизма при шизофрении или раннем детском аутизме) является сохранная способность к неречевым способам общения – у ребенка живая мимика, эмоциональные реакции, есть желание коммуникации, он может «общаться» жестами.

Факторы, способствующие возникновению невротических речевых расстройств:

1. Соматическая ослабленность у ребенка, наличие остаточных явлений перинатальной энцефалопатии.

2. Наследственная отягощенность патологией речи, наличие неврозов у родителей.

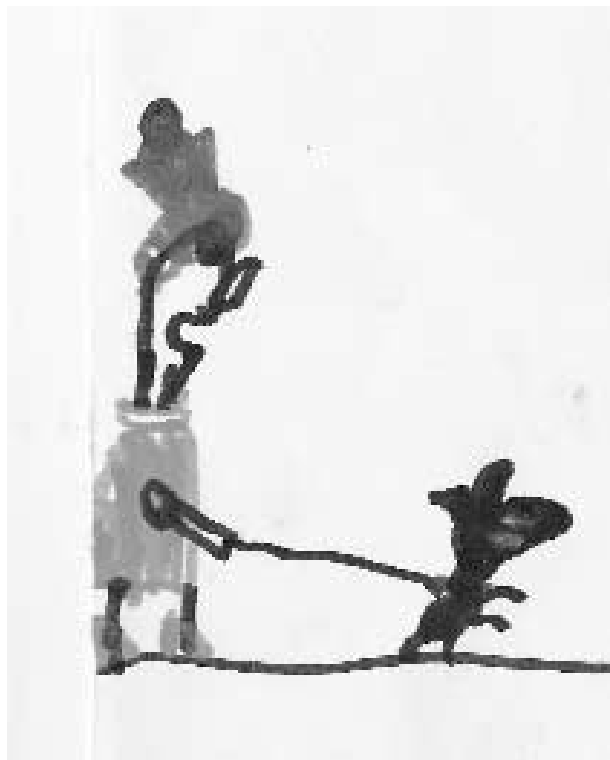
3. Излишняя требовательность со стороны родителей, жесткая позиция в воспитании, перегрузка учебной деятельностью.

4. Двужычие в семье.

Невротические речевые расстройства требуют, прежде всего, кропотливой работы психолога, психотерапевта, включающей активную работу с родителями, и логопедической коррекции. Также необходимо и медикаментозное лечение – седативные средства, ноотропная терапия, при заикании – медикаменты, снижающие мышечный тонус (мидокалм).

2. Нарушения речи при задержке психического развития, резидуально-органических пограничных нервно-психических расстройствах, умственной отсталости

При данных состояниях недоразвитие речи, нарушение речевой функции является одним из первых и самых заметных признаков. Как правило, указанные состояния логически взаимосвязаны – органическая недостаточность ЦНС, причинами которой могут стать пренатальные повреждения головного мозга вследствие патологии беременности и родов у матери, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, в некоторых случаях – опухолевый процесс или сосудистые нарушения, является истоком задержки психического развития (неразрывно связанной с задержкой и нарушением формирования речи). Речь в таких случаях обеднена, отстает в сроках развития, фонетически искажена. Возможно общее недоразвитие речи в виде **алалии** – моторной, когда преимущественно страдает экспрессивная речь, или сенсорной, связанной с трудностью понимания, дифференцировки звуков. Вероятно нарушение речи, связанное с **афазией** – амнестической, когда ребенок не может сразу подыскать нужные слова, моторной – связанной с нарушением речевых двигательных рефлексов и невозможностью произносить звуки, слоги, слова, или сенсорной – проявляющейся в непонимании обращаемой к ребенку речи. Возможно развитие **дислалии** – нарушения звукопроизношения, недостаточности грамматического оформления речи. В некоторых случаях возникает изоли-



рованное расстройство речи при сохранности других форм интеллектуальной деятельности, когда при неплохой успеваемости в математике, достаточном владении абстракциями, обобщением, оказываются не сформированными в нормальные возрастные сроки отдельные компоненты речевой функции, такие, например, как фонематический синтез и анализ (способность воспринимать и четко дифференцировать звуки слышимой речи и использовать их), различение близких по звучанию слов, звонких и глухих согласных.

Наряду с речевыми проблемами, таких детей отличают и другие особенности – утомляемость, истощаемость при умственной деятельности, возбудимость, двигательная расторможенность или, наоборот, пассивность, капризность. Речевая активность может быть разной – сниженной, когда ребенок мало пользуется речью, или повышенной – даже при расстройствах речи ребенок может быть «болтливым».

Возможно появление и так называемого **неврозоподобного заикания**. В отличие от невротического, тут не усматривается связи с психической травмой, оно развивается как будто исподволь, постепенно. Ребенок не переживает свой дефект так сильно, как при неврозах. Такая форма заикания более устойчива, тяжелее поддается лечению и коррекции.

Особенность, отличающая данные речевые нарушения от сходных при раннем детском аутизме или шизофрении, заключается в том, что речь для такого ребенка, несмотря на ее недостаточность, является средством общения. Он стремится к контакту, пытается донести до окружающих свою мысль, его мимика достаточно живая, он может неплохо справляться с невербальными заданиями, демонстрируя во многих случаях сохранную логику суждений.

При описанных состояниях особую важность приобретают такие методы исследования как ЭЭГ, ЭХО-ЭГ, РЭГ, УЗДГ, МРТ, где врач может увидеть патологические знаки. Наряду с логопедической, дефектологической коррекцией, работой нейропсихолога, необходимо наблюдение невролога и психиатра, назначение ноотропной, сосудистой терапии, дегидратации (если есть признаки внутричерепной гипертензии), в некоторых случаях, когда речевые нарушения возникают при опухолях головного мозга, требуется и хирургическое лечение.

3. Речевые нарушения при шизофрении у детей

При таком психическом заболевании как шизофрения, нарушения речи имеют отличительную особенность от тех, что мы рассматривали ранее, они являются отражением своеобразной «разлаженности» психических процессов, стирания границ между внутренней и внешней реальностью, погружения в мир внутренних болезненных переживаний, фантазий. Нарушения речи связаны с расстройствами восприятия (галлюцинациями, псевдогаллюцинациями), рудиментарными бредоподобными образованиями, резким, вычурным нарушением логики суждений вплоть до полной разорванности ассоциативного процесса.

При раннем развитии шизофрении речевые расстройства могут выглядеть так: после некоторого периода нормального формирования речи вдруг ребенок «замолкает» или начинает пользоваться своеобразно построенными фразами из 2-3 слов, как правило, в безличной форме – «дать пить», «идти гулять». Нарастают и другие признаки болезни – пассивность, отгороженность от сверстников, потеря интереса к игрушкам, моторная неловкость, беспредметные страхи, однообразные игры, ребенок

может подолгу однообразно бегать по кругу, неадекватно смеяться, плакать без причины. Речь развивается, но своеобразно – изобилует эхолалиями (повторами слов спрашивающего вместо ответа), вербигерациями (повторами собственных слов или фраз, часто без связи с ситуацией). Иногда кажется, что ребенок не понимает обращенную речь, но это не так: из-за погруженности в себя он не может удерживать внимание на говорящем.

При других формах шизофрении речевое развитие ребенка может быть достаточно ранним, причем речь зачастую начинается не с традиционных «мама», «баба», а со сложных слов – «электрификация», «динозавр». Эти дети рано овладевают чтением, но при этом демонстрируют отсутствие интереса к игрушкам, не стремятся к общению со сверстниками, их игры и интересы странны, своеобразны, вопросы абстрактны, с «недетским» смыслом. Речь зачастую манерна – с особой интонацией, звуковым оформлением, это сразу бросается в глаза, отличая их от других ребят. Нередко речь вычурна, пестрит неологизмами, служит для отражения фантазий или страхов – «зубастый драндаплюх», «палка-изобреталка» и т.д. Логический строй речи часто нарушен: «Неужели птица тоже может думать? Ведь для этого ей нужно поднять голову своей желтой лапкой!»; «Не буду есть ложкой, лучше руками, потому что снег за окошком холодный»; "Медведь живет в берлоге, а не в курятнике, потому, что он – один. А курятник – там много всех должно быть, например, два медведя, три, а может быть – пять». Речь становится стереотипной, ребенок может по несколько раз повторять одни и те же слова или фразы, часто бессмысленные, без связи с ситуацией.

Возможно при шизофрении и такое нарушение речи как мутизм. От невротического, о котором мы уже говорили, мутизм при эндогенном заболевании отличается рядом особенностей:

- чаще бывает тотальным, в виде полного молчания;
- наступает без связи с психотравмирующей ситуацией;
- ребенок отрешен, «отгорожен», он не старается как-то взаимодействовать с другими людьми, мимика его невыразительна, иногда – неадекватна (смеется без причины, гримасничает). Внутренняя речь

при этом может сохраняться, иногда, когда никого рядом нет, ребенок может заговорить сам с собой. Неожиданно может ответить на вопрос, заданный шепотом или адресованный другому ребенку.

Поскольку речевые нарушения при шизофрении – лишь малая надводная часть айсберга, с которым можно сравнить патологический процесс, затрагивающий практически все слои психики, подход к терапии должен быть комплексным. В этих случаях недостаточно только усилий логопеда, педагога, психолога: необходимо вмешательство психиатра, назначение медикаментозной терапии, прежде всего, нейролептиков.

И тут нельзя не сказать еще об одном «речевом симптоме», появляющемся именно на фоне лечения, при плохой переносимости нейролептических средств, в рамках нейролептического синдрома. Специалисты, занимающиеся с ребенком, или родители могут заметить, что вдруг, ни с того ни с сего, появилась новая интонация – речь стала «скандированной», ребенок произносит слова практически по слогам, с напряжением. При появлении такого признака на фоне лечения нужно сразу поставить об этом в известность психиатра, так как потребуются коррекция терапии.

4. Нарушения речи при раннем детском аутизме (синдром Каннера, синдром Аспергера)

Нарушения речи при данных состояниях в некотором плане похожи на те расстройства, которые характерны для шизофрении: возможен мутизм, речь наполнена эхолалиями (непосредственными и отставленными), стереотипна, изобилует штампами. Встречается феномен фонографии: можно отметить, что ребенок может дословно воспроизводить ранее услышанное, правда, чаще без связи с реальной ситуацией. Многие дети демонстрируют недетские речевые обороты, отмечается идентичное интонационное оформление – аутичный ребенок зачастую не контролирует громкость голоса, возможен оттенок манерности или речь звучит как «механическая». Речевая активность преимущественно бывает автономной: ребенок как бы разговаривает только «для себя», речь не является средством общения. Логически определенная идентичность РДА и детской шизофрении понятна – ядром и того и другого состоя-

РАЗРУШЕННЫЙ ГЕН -- ПРИЧИНА ДИСЛЕКСИИ

Финские исследователи обнаружили ген, который, возможно, несет ответственность за развитие дислексии.

Дислексия поражает от 3% до 10% населения и выражается в трудностях в распознавании слов и чтении.

Результаты недавних исследований свидетельствуют о том, что у людей с дислексией информация обрабатывается в правом полушарии мозга, а не в левом, более приспособленном для словообразования, как у обычных людей.

Таким образом, дети с дислексией испытывают серьезные трудности в освоении школьной программы, хотя их умственные способности не ниже среднестатистических, а зачастую и выше.

Давно известно, что дислексия – это наследственное заболевание. Для того, чтобы определить какой же именно ген несет ответственность за неспособность научиться читать, ученые исследовали геномы представителей 20 семей, 58 из которых были больны дислексией, а 61 – проблем с чтением не имели.

В результате было обнаружено, что у людей с дислексией ген DYXC1 либо разрушен, либо расположен не на своем месте, а это, в свою очередь приводит к тому, что клетки вырабатывают укороченную версию протеина DYXC1.

Пока еще не изучено как именно DYXC1 влияет на мозг, вызывая невозможность научиться читать и как с ней справиться.

Источник: Likar-INFO

ния является синдром аутистической отгороженности, определяющий способ взаимодействия с окружающим миром, отсюда и сходство речевых симптомов. Однако существует ряд особенностей, которые отличают расстройства речи при «настоящем» РДА от речевых расстройств, соответствующих аутистическому синдрому при шизофрении. Прежде всего, сразу отметим, что шизофрения – заболевание, оно имеет свое начало, имеет так называемую прогрессивность (течение). Аутизм Каннера и Аспергера – форма дизонтогенеза, то есть – искаженного развития, и заболеванием, в строгом смысле этого слова не является.

Отсюда и отличия в речевых нарушениях:

1. При РДА отсутствует «начало заболевания», нет периода нормального развития речи и ее распада. Уже с раннего детства гуление такого ребенка ограничено или необычно (напоминает крик или визг), отсутствует имитация звуков, дети не обращают внимания на обращенную к ним речь, не дифференцируя ее от других шумов.

2. Основа нарушения речи при РДА – слабость эмоционального резонанса и отсутствие потребности в контакте, но нет той диссоциации психических процессов, что есть при шизофрении, где аутизация вторична и изначально соседствует с другими психопатологическими проявлениями, описанными выше. У детей с РДА нет той выраженной вычурности, причудливости, резкой паралогичности и разорванности речи, словотворчество детей с РДА (с синдромом Аспергера) не производит впечатления нелепости. Дети с РДА представляются более «цельной личностью» (даже пребывая в состоянии аутистической отгороженности), в отличие от детей, больных шизофренией. Как правило, несмотря на то, что понимание подтекста, метафор у детей с РДА затруднено, но логика суждений (особенно при синдроме Аспергера) не нарушена.

В тактике ведения детей с РДА главное место отводится коррекционной работе – психолога, дефектолога, логопеда. Психиатр может помочь лишь симптоматически.

5. Расстройства речи при эпилепсии

Эпилептический процесс при любой локализации, так или иначе, влияет на становление функции мышления, а значит и на

речь – в период частых приступов возможна олигофазия (обеднение речи), вне приступов за счет нарастания инертности в мышлении речь становится персеверативной, когда ребенок многословен, постоянно возвращается к одной и той же мысли, помногу раз может повторять одни и те же фразы, будто напоминая их себе или окружающим.

Существует и особая форма эпилепсии, когда расстройства речи являются одним из главных симптомов, выводящих к диагнозу. Это синдром Ландау-Клеффнера – эпилептическая афазия. Заболевание, как и обычная эпилепсия, как правило, начинается с эпилептических приступов, которые могут и не особенно встревожить врачей: протекают они легко, редко, в 30% случаев – клинически выраженных припадков вообще не бывает. А на первый план выходит регресс речи, когда ребенок теряет речевые навыки после предшествующего периода совершенно нормального развития. В начале заболевания медленно прогрессирует нарушение понимания речи – ребенок слышит

звуковые сигналы, но не может различить их речевое значение. Вслед за нарушением понимания разрушается спонтанная речь. Операционная сторона мышления остается сохранной: дети выполняют достаточно сложные невербальные задания, могут писать (если раньше умели). Афазия при этом заболевании отличается стойкостью, речь часто полностью не восстанавливается. Главным «судьей» в диагностическом поиске является ЭЭГ – даже при отсутствии клинически заметных приступов ЭЭГ демонстрирует наличие эпилептической активности с акцентом в левом полушарии (у правшей). Данный синдром встречается, к счастью, достаточно редко, манифестирует обычно в 3-8 лет, преимущественно у мальчиков.

Лечение складывается из логопедической коррекции и противозепилептического медикаментозного лечения. И в этом случае особую важность приобретает своевременность помощи – чем раньше начались занятия с логопедом и лечение у врача, тем больше шансов на выздоровление.

Использованная литература

1. Архангельский А.Е. **Общая психопатология**. СПб: Образование, 1994.
2. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. **Общая психопатология**. Ростов н/Д.: Феникс, 1998.
3. Ковалев В.В. **Психиатрия детского возраста**. М.: Медицина, 1995.
4. Манелис Н.Г. **Ранний детский аутизм: психологические и нейропсихологические механизмы**. <http://www.autismhelp.ru/man.htm>
5. **Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста**. Под ред. С.Ю. Циркина. СПб.: Питер, 1999.
6. Ушаков Г.К. **Детская психиатрия**. М.: Медицина, 1973.