

**С. П. ИВАШЕВ, Е. Г. НОВИКОВА**  
(Волгоград)

**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА**

*Рассматриваются отношения «речевых» пациентов с врачом, их лечение в стационаре, психотерапия как социальные условия, способные повлиять на комплекс «речевой диагноз – диагноз психического расстройства».*

*Ключевые слова: нарушения речевого общения, речевой диагноз, функциональная система, системный подход, психотерапия.*

Многофакторная природа речевых нарушений детско-подросткового возраста является очевидной и сложившейся парадигмой, определяющей практические шаги самых разных специалистов, занимающихся вопросами психического здоровья несовершеннолетних. Далеко не полный перечень этого «консилиума» представлен педиатром, неврологом, логопедом, психиатром, психотерапевтом, психологом, нейрофизиологом и др. специалистами.

В работах И. М. Соловьева (1957), Н. И. Жинкина (1958), Ж. И. Шиф (1965), В. В. Лебединского (1985) указывается на, что у всех аномальных детей, хотя и в разной мере, наблюдаются нарушения речевого общения. Примером закономерности, общей для развития психики таких детей, выступает снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации [2; 4–5]. Одним из основополагающих положений, определяющих особенности психического развития детей с речевой патологией, является концепция Л. С. Выготского о зоне актуального и ближайшего развития [1].

Несмотря на относительную изученность механизмов нарушений речи, комплекс причин, определяющих тот или иной тип речевых нарушений, нуждается в системном осмыслении, системном подходе, который позволяет выявлять ведущие и соподчиненные функциональные системы – движущие силы патогенеза расстройства нервно-психической деятельности. В качестве модели системного анализа использовалась псевдослучайная выборка пациентов (с относительно равномерной представленностью основных диагностических рубрик по МКБ-10), обратившихся за стационарной помощью в Волгоградскую областную детскую клиническую психиатрическую больницу. Собственно «речевой» диагноз (F80 «Специфические расстройства развития речи и языка», F98.5 «Заикание, дислалия, дезартрия, общее недоразвитие речи, задержка речевого развития») во всех случаях рассматривался как сопутствующий и сам по себе не служил основанием для госпитализации. Это позволило всю выборку разделить на пациентов с расстройствами речи (основная группа – 96 чел.) и без таковых (группа контроля – 154 чел.). Признаковая база (формирувавшаяся по принципу прецедента) в соответствии с дизайном исследования была представлена преимущественно непараметрической бинарной статистикой, включавшей следующие группы феноменов: 1) жалобы пациента и его законного представителя, 2) психопатологические и патопсихологические симптомы, 3) диагноз основной, 4) диагноз «речевой». Таким образом, последняя группа диагнозов выступала основанием классификации.

Сравнение групп, проведенное с помощью непараметрического критерия Фишера и бинарного корреляционного критерия Юла, показал следующие отличительные характеристики. Речевая патология встречается преимущественно у мальчиков, в полной семье, преобладающий стиль воспитания – гипоопека, тогда как в контрольной группе – неполная семья, приемный ребенок, конфликты в семье, конкурирующий стиль воспитания, гиперопека, воспитание по типу «ежовые рукавицы», а также недостаточная информированность законного представителя о сроках развития своего подопечного. Преобладающие жалобы законного представителя в группе с речевыми расстройствами представлены указаниями на отставание в развитии, нарушения речи, двигательную расторможенность и ноч-

ное недержание мочи. В свою очередь в контрольной выборке содержание жалоб в большей мере определялось указанием на эмоциональную лабильность, сниженное настроение, нарушения внимания, влечений, пищевого поведения, навязчивые мысли, суицидальные мысли и поведение. Наблюдаемые психопатологические и патопсихологические симптомы при объективном исследовании в группе с нарушениями речи в большей мере представлены неполной ориентировкой, несоответствием объема знаний возрасту, интеллектуальной неполноценностью, недифференцированностью высших эмоций, двигательной расторможенностью, снижением критических способностей. В свою очередь контрольная группа характеризовалась преобладанием тревожности, демонстративности, агрессивности, трудностью адаптации к условиям стационара. Представленные данные сравнения групп позволили характеризовать «фасад» пациентов с речевой патологией как проживающих в относительно более «благоприятных» социально-психологических условиях, когнитивной и аффективной дефицитарностью, моторной расторможенностью, «органическим» фоном при «неорганическом» диагнозе.

Совершенно иная, контрастная, картина открывается при сравнительном анализе групп, построенном на основе взаимосвязи отдельных клинических и параклинических феноменов. Прежде всего, следует отметить гораздо большую их взаимосвязь, «сцепленность» у пациентов с речевыми нарушениями по сравнению с контролем. Это позволяет говорить о более жестко организованной функциональной системе жизнедеятельности организма в условиях, когда психические расстройства в целом сочетаются с речевыми нарушениями. Так, анализ корреляционных пледов признакового комплекса «речевой» группы позволил выделить в качестве фактора трудности воспитания, связанные с непослушанием, неусидчивостью и двигательной расторможенностью и отсутствующие в контрольной группе. Этот факт позволяет сфокусировать внимание на поиске дополнительных эффективных стратегий психотерапевтического, психолого-педагогического характера в плане коррекции нарушенных функций. Следующий фактор можно условно охарактеризовать как церебраленический, при котором динамика утомления значительно сказывается на когнитивной компетентности несовершеннолетних вследствие транзитной дефицитарности отдельных ее компонентов. Очевидно, подобный факт актуализирует активное привлечение нейропротекторной фармакотерапии. В то же время поскольку присутствие относительно нетяжелой «органики» в клинической картине создает «благоприятную почву» для формирования психологического синдрома (прежде всего хронической неуспешности), постольку психотерапевтическое вмешательство будет необходимым компонентом медицинского вмешательства. Наконец, наиболее объемный корреляционный пул объединил в себе невротический и патохарактерологические регистры, которые определяют комплекс как интернализированных, так и экстернализованных расстройств, в числе которых обидчивость, плаксивость, сниженное настроение, демонстративность, неадекватное поведение, суицидальные мысли и действия. Все это заставляет рассматривать этот пласт как кризисный с соответствующей организацией многопрофильной и межведомственной помощи несовершеннолетним.

В группе «речевых» пациентов патология речи и психическое расстройство составляют единый комплекс, элементы которого через посредство социальных условий усиливают друг друга. Так, с одной стороны, недостаточная сформированность интеллектуальных предпосылок развития речи приводит к задержке и нарушению формирования речи (например, при умственной отсталости, задержке психического развития), с другой – позднее появление речи, длительное нарушение речевого общения, несформированность знаковых (языковых) средств отрицательно влияют на развитие мышления и других психических процессов, обуславливают специфическую недостаточность когнитивного развития у детей с речевой патологией

Дислалия включена в патохарактерологическую плеяду признаков психического неблагополучия, поэтому для понимания данного речевого расстройства недостаточно изучения особенностей собственно речевого нарушения. Патология речи (нарушение звукопроизношения) ограничивает способности и социальные возможности ребенка, отражается на всей личности больного и в ряде случаев является причиной социальной изоляции. В то же время причиной функциональной дислалии может

быть педагогическая запущенность, связанная с гипоопекой в семье. Данной особенностью воспитания можно объяснить редкое звучание жалоб на нарушение речи при объективном выявлении дислалии. В 50% случаев постановки речевого диагноза не предвлялась жалобами законного представителя на проблемы, связанные с речью.

Надо отметить, что жалобы на нарушение речи, хотя и в меньшей степени, представлены и в группе без речевого диагноза. В этом случае такие особенности психического статуса, как неполная ориентировка, отсутствие критики, эмоциональное уплощение, отсутствие данных о сроках развития, позволяют заключить, что речевые нарушения обусловлены основным заболеванием и являются его симптомом

Анализ пути от жалоб законного представителя к постановке диагноза показал его различия в сравниваемых группах. Так, в группе, где в результате будет выставлен речевой диагноз, врач чаще подтверждает позицию законного представителя, раскрываемую в ряде жалоб, что выражается в корреляции отмечаемых законным представителем отклонений в поведении и эмоциональном состоянии ребенка с клинической оценкой когнитивных процессов. Тем самым врач принимает участие в функционировании патологической системы «речевой диагноз – диагноз психического расстройства». По данным анализа корреляций, жалобы родителей ребенка без нарушений речи меньше учитываются при постановке диагноза: оценивая эмоциональное состояние и когнитивные процессы пациента, врач чаще опровергает фасад из поведенческих нарушений, заявленных в жалобах.

Таким образом, отношения с врачом, лечение в стационаре, психотерапия становятся социальными условиями, способными повлиять на комплекс «речевой диагноз – диагноз психического расстройства». Использование выявленного механизма подразумевает участие психотерапевта, присоединившегося к семейной системе, что позволит разорвать порочный круг дисфункционального метаболизма семьи.

### Литература

1. Выготский Л. С. К психологии и педагогике детской дефективности. М., 1924.
2. Жинкин Н. И. Мышление и речь. М., 1958.
3. Лалаева Р. И, Шатовская С. Н. Логопатофизиология. М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2011.
4. Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М. : Академия, 2003.
5. Шиф Ж. К. Основы обучения и воспитания аномальных детей. М., 1965.



### *Clinical psychopathological and experimental pathopsychological aspects of speech disturbance of children and teenagers*

*There are considered the relations of "speech" patients with a doctor, their in-patient treatment, psychotherapy as social conditions that can influence the complex "speech diagnosis – diagnosis of mental impairment".*

*Key words: impairment of verbal communication, speech diagnosis, functional system, systemic approach, psychotherapy.*