

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ

Шпортун Оксана Миколаївна,
доктор психологічних наук, професор кафедри психології
КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти»

Лупяк Тетяна
студентка СО Магістр,
КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти»

Дослідження етіології мовленнєвих порушень пройшло історичним шляхом загального вивчення про причини виникнення хвороб. На початку 30-их років минулого століття відбувалося активне розширення наукових пошуків щодо вивчення причин й етіології вже відомих та нових мовленнєвих порушень. Зокрема, це стосується таких складних порушень як заїкання (В. Гіляровський, О.Рау, Ф.Рау), афазія (Б.Богданов-Березовський), недорікуватість (В.Смірнов, М.Хватцев), алексія та аграфія (Р.Левіна, О.Правдіна), порушення голосу (В.Головська, О.Сотніков). Характерною ознакою цього історичного періоду були наукові суперечки між педагогами та лікарями щодо етіології мовленнєвих порушень і засобів (медичних чи педагогічних) їх подолання. У трактуванні природи розладів мовлення, у методичній системі їх подолання переважали клінічні підходи (дослідження психоневрозів Н.Астіані, Е. Бейна, С.Доброгаєва, В. Каженко, О. Лурія, С. Ляпідевського, Д.Фельдберга, Ю.Флоренської та ін.).

Етіологія (від грец. *aitia* – причина, *logos* – вчення) – вчення про причини та умови виникнення хвороб. Чільне місце в сучасному вченні про етіологію займає положення про те, що дія будь-якої причини реалізується не безпосередньо, а опосередковано, через взаємодію із фізіологічними системами організму. Хвороба проявляється тоді, коли ці системи вичерпали свої компенсаторні можливості [4, с.113].

Під причиною порушень мовлення розуміють вплив на організм зовнішнього або внутрішнього шкідливого фактора або їх взаємодії, які визначають специфіку мовленнєвого розладу і без яких він не може виникнути.

У якості загальних ознак відмічаються пізній початок розвитку мовлення, бідний словниковий запас, аграматизми, дефекти вимови, дефекти фонемоутворень. Недорозвиток може бути виражений в різному ступені: від відсутності мовлення або лепетного її стану до розгорнутого, але з елементами фонетичного і лексико-граматичного недорозвитку. В залежності від ступені сформованості засобів мовлення у дитини загальний недорозвиток підрозділяється на три рівні (за Р. Левіною):

Порушення мовленнєвої функції негативно впливає на стан здоров'я і розвиток провідних фізіологічних систем організму. Усі психічні процеси розвиваються з прямою участю мовлення, тому його порушення часто пов'язане

з різними за характером і глибиною відхиленнями. За відсутності своєчасної допомоги з боку педагогів, медиків, батьків у більшості дітей мовленнєві дефекти ускладнюються патохарактерологічним розвитком особистості, можливі агресивність, надмірна розгальмованість, підвищується виснажливість нервової системи, спостерігається дефіцит уваги, порушення рухових функцій, пам'яті і зниження працездатності.

Порушення мови – збірний термін для позначення відхилень від мовної норми, прийнятої в даному мовному середовищі, повністю або частково перешкоджаючи мовному спілкуванню й обмежуючи можливість соціальної адаптації дитини. Як правило вони обумовлені відхиленнями в психофізіологічному механізмі мови, не відповідають віковій нормі, самостійно не перетворюються й можуть впливати на психічний розвиток. Для їхнього позначення фахівцями використовуються різні, не завжди взаємозамінні терміни – розладу мови, дефекти мови, недоліки мови, недорозвинення мови, мовна патологія, мовні відхилення.

До дітей з порушенням мовлення відносять дітей із психофізичними відхиленнями різного ступеня, що викликають ряд розладів комунікативної й пізнавальної функції мови. Від інших категорій дітей з особливими потребами їх відрізняють нормальний біологічний слух, зір і повноцінні передумови інтелектуального розвитку. Виділення цих ознак, що диференціюють, необхідно для їх розрізнення від мовних порушень у дітей з олігофренією, затримкою психічного розвитку, сліпих і слабозорих, дітей РДА, та інших. Серед причин, що викликають порушення мови, розрізняють біологічні і соціальні фактори ризику.

Біологічні причини – розвитку мовних порушень, являють собою патогенні фактори, що впливають головним чином у період внутрішньоутробного розвитку й пологів (гіпоксія плода, родова травма, та ін..) а також у перші місяці життя після народження. Мовні порушення, які виникли під впливом якогось патогенного фактору, самі не зникають і без спеціально-організованої корекційно-логопедичної роботи можуть негативно позначитися на всьому подальшому розвитку дитини. В зв'язку з цим варто розрізняти патологічні мовні порушення й можливі мовні відхилення від норми, викликані віковими особливостями формування мови або умовами зовнішнього середовища.

Соціально - психологічні фактори ризику зв'язані головним чином із психічної депривації дітей. Негативний вплив на мовний розвиток можуть робити необхідність засвоєння дитиною одночасно двох мовних систем, зайва стимуляція мовного розвитку дитини, неадекватний тип виховання дитини, педагогічна занедбаність, тобто відсутність належної уваги до розвитку мови дитини (вихователя, вчителя, а особливо батьків) та дефекти мови навколишніх.

У результаті дії цих причин у дитини можуть спостерігатися порушення розвитку різних сторін мови. Діти з порушеннями мови підрозділяються на ряд субкатегорій залежно від етіопатогенезу, клінічної форми мовного дефекту, глибини й системної поширеності мовного розладу, завдань, прийомів, і методів логопедичного впливу. Глибокі порушення різних сторін мови, що обмежують можливості користування спілкуванням, викликають специфічні відхилення з

боку інших вищих психічних функцій, які ускладнюють картину мовного порушення дитини. Якісна специфіка й виразність таких відхилень вторинного порядку пов'язана з глибиною мовного розладу, а також зі ступенем зрілості мовної системи і інших вищих форм поведження дитини до моменту дії патологічного фактору.

Мовні порушення у дітей і підлітків розглядаються в різних аспектах: в аспекті локалізації поразки й психофізичної організації мовної діяльності (сенсомоторний рівень; рівень значень і змісту). На цій основі виділяється ступінь виразності ряду мовних дефектів. Такий підхід близький нейропсихологічному напрямку у вивченні мовних порушень і застосовується найбільш широко в комплексних дослідженнях дітей шкільного віку й підлітків; в аспекті етіопатогенезу, виділяються органічні і функціональні причини порушення й характерні симптомокомплекси мовних порушень. Цей підхід відбитий у клініко-педагогічній класифікації мовних порушень: порушення усного мовлення (дислалія, ринолалія, дизартрія, заїкуватість, тахілалія, брадилалія, афонія, алалія, афазія) та порушення писемного мовлення (дислексія та дисграфія).

Причини порушень формування мовленнєвого розвитку дітей найрізноманітніші. М. Хватцев вперше розділив їх на зовнішні (екзогенні) і внутрішні (ендогенні), особливо підкресливши їх тісну взаємодію. Він також виділив органічні (анатоמו-фізіологічні, морфологічні), функціональні (психогенні), соціально-психологічні і психоневрологічні причини.

До групи органічних причин відносять внутрішньоутробну патологію, яка призводить до порушення розвитку плоду (О. Гончарова, Е. Фрухт, Р.Тонкова-Ямпольська, М. Шабалов, О. Ковтун, С. Бенілова та ін.) Найуразливіший період дії негативних чинників на плід – перша третина вагітності. Вплив шкідливого чинника або поєднання кількох негативних факторів у цей період може призвести до недорозвинення або ушкодження центральної нервової системи дитини, у тому числі й мовленнєвих зон кори головного мозку [2, с.35].

Факторами ризику є: внутрішньоутробна гіпоксія плоду (кисневе голодування), причини якої можуть бути різними – гестоз (токсикоз) першої і другої половини вагітності, нефропатія, загроза викидня, патологія плаценти, підвищення артеріального тиску, соматичні (загальні) захворювання матері (цукровий діабет, нефрит, захворювання серцево-судинної системи); вірусні захворювання, перенесені матір'ю в період вагітності (краснуха, грип, скарлатина, кір, інфекційний гепатит, туберкульоз, поліомієліт, токсоплазмоз, герпес, сифіліс, ВІЛ-інфекція); травми, падіння і забиття матері (особливо в ділянці живота); імунологічна несумісність кров матері і плоду (антитіла, проникаючи через плаценту, викликають розпад еритроцитів плоду, відбувається виділення токсичної речовини – непрямого білірубіну, який вражає відділи мозку, що призводить до природженої патології слуху і мовлення); порушення термінів виношування плоду (гестації) – недоношеність (менше 38 тижнів) і перекошеність (більше 40 тижнів); паління, прийом алкоголю і наркотичних речовин (на сьогоднішній день вивчена клінічна картина різних порушень розвитку плоду і дитини алкогольно-ембріонального генезу

(походження), що поєднується з порушеннями мовлення; науково доведений вплив алкоголю (навіть мінімальні дози: пиво, коктейлі, слабоквасне вино) на виникнення різних дефектів мовлення, описаний алкогольний ембріональний синдром, що включає відставання фізичного, мовленнєвого і розумового розвитку); прийом лікарських препаратів (існують лікарські засоби, які протипоказані при вагітності, або повинні застосовуватись з обмеженістю і за рекомендацією лікаря); професійні шкідливі умови (підвищені фізичні навантаження, робота з хімічно активними шкідливими речовинами, дія різних видів випромінювання – ультрафіолетового, іонізуючої радіації); стресові стани матері під час вагітності, що можуть викликати гіпоксію плода [4, с.113].

Найбільш важкі відхилення в розвитку виникають при клінічній смерті новонароджених, яка виникає при поєднанні внутрішньоутробної патології з важкою асфіксією в пологах. Встановлена певна залежність між тривалістю клінічної смерті і тяжкістю ураження центральної нервової системи. При клінічній смерті більше 7-10 хвилин часто виникають незворотні зміни з боку ЦНС з подальшими проявами дитячого церебрального паралічу, мовленнєвих розладів, порушень розумового розвитку.

Патологічні впливи на пізніх стадіях вагітності зазвичай не викликають важких вад розвитку, а ведуть до затримки дозрівання нервової системи, до порушення мієлінізації її структур. У дітей з аномаліями і вадами розвитку мозку часто спостерігаються множинні так звані дизембріогенетичні стигми у вигляді асиметрії черепа, аномалії піднебіння, мікрогнатії, прогнатії та ін.

Певне значення в генезі мовленнєвих порушень у дітей раннього віку мають і спадкові фактори, які в деяких випадках виступають як провідні причини (О. Гончарова, Р. Лалаєва, І. Сергієць, О. Черкашина, Т. Журба, О.Мастюкова, С. Billard, К. Wexler та ін.). Спадково можуть передаватися особливості будови мовленнєвого апарату. Наприклад, неправильна посадка і комплектація зубів, форма прикусу, схильність до дефектів будови твердого і м'якого піднебіння (щілини піднебіння), а також особливості розвитку мовленнєвих зон головного мозку.

О. Гончарова (1999) наводить дані про те, що у дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку в 40,5% випадків спостерігається сімейна обтяженість по нервово-психічній на 10% - по мовленнєвій патології. В 77,3% випадків у родоводі дітей з порушеннями мовлення зустрічаються дефекти звуковимови і затримка мовленнєвого розвитку.

Аналіз сучасних досліджень показує, що спадкові чинники у виникненні мовленнєвих розладів зазвичай виступають у поєднанні з екзогенно-органічними і соціальними. Вони можуть відігравати також провідну роль у виникненні деяких видів мовленнєвих розладів, що поєднуються із загальними змінами з боку нервової системи. Це такі мовленнєві порушення, які спостерігаються при хромосомних синдромах і спадково-дегенеративних захворюваннях нервової системи і складають групу так званих вторинних мовленнєвих розладів [1, с.56]

Під екзогенно-органічними чинниками розуміють різні несприятливі впливи (інфекції, травми, інтоксикації та ін.) на центральну нервову систему дитини та на її організм в цілому. Це такі фактори ризику родового періоду як:

- родові травми, що призводять до внутрішньочерепних крововиливів (причини можуть бути різні: вузький таз матері, механічна стимуляція, що застосовується під час вагітності, - накладання щипців на голівку дитини, витискування плоду, що провокують внутрішньочерепні крововиливи, які можуть зачіпати мовленнєві зони головного мозку);

- асфіксія - недостатнє постачання головного мозку киснем внаслідок порушення дихання, наприклад, при обвиванні пуповиною (викликає мінімальні органічні ушкодження головного мозку);

- невелика маса тіла новонародженого (менше 1500 г) і подальше проведення інтенсивних реанімаційних заходів (наприклад, штучна вентиляція легенів, що триває більше 5 днів);

- низький бал за шкалою Апгар (загальноприйнятий метод оцінки стану новонародженого безпосередньо після народження).

За даними М. Шабалова (2002) родова травма зустрічається у 47% дітей з вираженими мовленнєвими порушеннями. У дітей, які народилися в тяжкій асфіксії, терміни появи першого лепету й перших слів запізнюються на 3-6 місяців.

У перший рік життя дитини особливо інтенсивно формуються рухові навички і основи психічної діяльності, а також закладаються основи здоров'я. Вплив соматичної патології на мовленнєвий розвиток досліджували С.Бенілова, О. Волкова, О.Гончарова, О. Груздєв, Т. Набієва, О. Українець, О.Фурєєва, та ін.

Отже, до чинників постнатального періоду, що викликають порушення розвитку мовленнєвих і немовленнєвих функціональних систем, відносять:

- інфекційно-вірусні захворювання, нейроінфекції (менінгоенцефаліт, менінгіт), що призводять до ушкодження центральної нервової системи, зниження або втрати слуху;

- травми і забиття головного мозку, що у важких випадках призводять до внутрішньочерепних крововиливів, порушення мовленнєвого розвитку або втрати існуючого мовлення (тип і тяжкість мовленнєвого порушення залежатиме від локалізації ушкодження головного мозку);

- травми лицевого скелету, що призводять до ушкодження периферичного відділу мовленнєвого апарату (перфорація піднебіння, випадання зубів), спричиняють порушення вимовної сторони мовлення дитини;

- тривалі простудні захворювання, запальні захворювання середнього і внутрішнього вуха, що призводять до тимчасового або постійного зниження слуху, порушення мовленнєвого розвитку дитини;

- прийом токсичних антибіотиків, що може стати причиною зниження слуху.

Особливо важливою є медична діагностика таких функціональних розладів. Тільки комплексний еволюційний аналіз розвитку дитини в цілому та її неврологічних порушень зокрема є основою правильного діагнозу і прогнозу подальшого розвитку.

Отже, нервово-психічне здоров'я, забезпечуючи нормальний, мовленнєвий розвиток дитини, значною мірою залежить від міжособистісних стосунків у сім'ї. Особливе значення при цьому мають наступні дані: характерологічні особливості матері (тривожність, недовірливість, інфантильність, імпульсивність, емоційна холодність); неприйняття дитини з боку матері (батька); неповна сім'я; конфліктні взаємовідносини в сім'ї; зміна в структурі сім'ї (смерть, хвороба близьких, розлучення тощо); виховання у двох будинках; різка зміна життєвого стереотипу і типу виховання; неадекватний тип виховання ("кумир", гіперопіка, гіпоопіка, неузгодженість у виховних позиціях батьків).

Мовленнєві порушення часто виникають як наслідок різних психічних травм (переляк, переживання через розлуку з родичами, тривала психотравмуюча ситуація в сім'ї тощо). Це затримує розвиток мовлення, а у ряді випадків, особливо у разі гострих психічних травм, викликає у дитини психогенні мовленнєві розлади: мутизм, невротичне заїкання [3, с.36].

Феномен мовлення розвивається через наслідування, тому деякі мовленнєві порушення (нечіткість, вимови, заїкання, порушення темпу мовлення та ін.) можуть мати у своїй основі наслідування.

Список літератури:

1. Алієва І. А. Профілактика та корекція фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення в учнів допоміжної школи. Таврійський вісник освіти. 2015. № 3 (51). С. 137–145. URL: file:///C:/Users/ОКСАНА/Downloads/Tvo_2015_3_26.pdf (дата звернення: 10.08.2018)
2. Ананьев Б.Г. Анализ трудностей в процессе овладения детьми чтением и письмом. Москва: Известия АПН РСФСР, 1955. С.104-149.
3. Андреева С. М. Психолингвистические основы обучения диалогическому взаимодействию. Педагогические науки. 2008. № 3. С.69–71.
4. Бенилова С.Ю. Доброжелательные взгляды на общение с детьми. Двадцать одна ситуация из практики детского психиатра и психотерапевта. Москва: Книголюб, 2005. 48 с.