

ДОРЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА И РЕБЕНКА С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Буслаева М.Е.

*Буслаева Мария Евгеньевна - старший преподаватель,
кафедра социальной адаптации и организации работы с молодежью,
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Калужский государственный университет, г. Калуга*

Аннотация: доречевое развитие у детей с церебральным параличом происходит по тем же этапам, что и у здоровых. Но длительность доречевого периода у больного ребенка может увеличиваться до нескольких лет в зависимости от тяжести поражения центральной нервной системы. Доречевой период у здорового ребенка заканчивается к 12 месяцам, у детей с церебральным параличом может длиться до 3 – 5 лет и более.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, доречевое развитие, ребенок.

В развитии речи большое значение имеет доречевой, или подготовительный, период, который при нормальном развитии длится от рождения до конца первого года жизни.

В этот период начинает развиваться зрительное и слуховое восприятие, формируется начальная предметная и игровая деятельность, появляются гуление, лепет, возможность подражать звукам речи, т.е. появляются необходимые предпосылки для общения ребенка с окружающими его людьми [1; 2; 3].

Мозг наиболее интенсивно развивается на первом году жизни, что определяет наиболее быстрый темп психомоторного развития ребенка на этом этапе. Важное значение в развитии психики ребенка имеет ведущий вид деятельности. Под ведущей понимается такая деятельность, которая обуславливает основные (узловые) изменения в психическом развитии. От ведущей деятельности зависят основные качественные изменения в психическом (речевом) развитии ребенка [2, с. 60]. Таким образом, в основу анализа развития речи в норме и при церебральном параличе положен принцип деятельностного подхода. В связи с этим подходом специальная организация ведущего типа деятельности имеет важное значение в целенаправленном воздействии на формирование психики (речи) ребенка [1; 2; 3].

На первом году жизни на основе безусловнорефлекторных и условно-рефлекторных реакций формируется эмоциональное общение ребенка с окружающими. Это эмоционально положительное общение становится ведущей формой деятельности ребенка на первом году его жизни. С помощью взрослого младенец не только удовлетворяет свои биологические потребности, но и получает многообразные зрительные, слуховые, тактильные, двигательно-кинестетические и другие стимулы, являющиеся материальной базой для развития его психики (речи) [1; 2; 3].

Важное значение в этот период придается общению матери с ребенком. Видоизменение и усложнение этого общения имеет существенное значение в общем психическом развитии, и в частности в становлении коммуникативно-познавательного поведения. Благодаря ответным действиям матери в реакциях ребенка рано начинают преобладать коммуникативно-познавательные формы поведения, которые имеют решающее значение для формирования речи [2, с. 61].

Ребенок на первом году жизни чрезвычайно восприимчив к состоянию матери. Известно, что многие матери детей с церебральным параличом находятся в состоянии эмоционального стресса. Они испытывают большое чувство беспокойства. Такое состояние матери передается ребенку в виде диффузного чувства дискомфорта.

Кроме того, общее беспокойство, нарушения питания, сна и бодрствования, наблюдаемые у ребенка с церебральным параличом на этом этапе, обусловлены и самим заболеванием, связанным с органическим поражением мозга. При отсутствии адекватного ответного воздействия врожденные защитно-оборонительные реакции закрепляются и на последующих возрастных этапах могут оставаться в качестве основных форм общения с окружающим миром, что задерживает развитие речи как коммуникативно-познавательной формы поведения [2, с. 61].

В первые месяцы после рождения у ребенка наиболее интенсивно развиваются слуховой, зрительный и двигательно-кинестетический анализаторы. Причем доминирующей врожденной формой деятельности является двигательная.

Речедвигательный анализатор начинает формироваться в доречевом периоде в тесном взаимодействии со слуховым и зрительным анализаторами.

В настоящее время доказано, что процесс сенсорного развития, в том числе и восприятие речи, осуществляется с необходимым участием двигательных импульсов [2, с. 62].

Развитие движений у ребенка рассматривается как фактор стимуляции и «подкрепления» его лепета и речи.

Двигательной системе принадлежит ведущая роль в нервно-психическом развитии. Однако в первые месяцы жизни созревание речедвигательного анализатора происходит не так быстро, как созревание слухового анализатора. Большинство исследователей считают, что речеслуховой анализатор начинает активно функционировать примерно с 7 – 8 месяцев, речедвигательный – к 1 году [2, с. 62].

По последним данным, ребенок рождается с готовыми к функционированию органами артикуляции. Однако проходит длительный подготовительный период, перед тем как он оказывается в состоянии произносить членораздельные звуки речи.

В литературе имеются указания на то, что плод реагирует на звуки речи. Так, например, отмечалось изменение сердцебиения у плода в момент, когда мать начинала с ним разговаривать. Произносимые ребенком в доречевом периоде звуки не являются фонемами. Звуки отличаются большой вариабельностью артикуляционных укладов. Многие из них в дальнейшем пропадают, и фонемами родного языка ребенок овладевает как бы заново. Однако эти первые голосовые реакции создают необходимый базис для овладения ребенком звуковой стороной родного языка [2, с. 62].

Все голосовые реакции ребенка можно разделить на две группы: рефлексорные звуки; «социализированные» звуки.

Среди рефлексорных звуков выделяют две группы: звуки крика и звуки «удовольствия».

Считается, что развитие речи начинается с крика новорожденного. При помощи электроакустического анализа доказано, что крик ребенка представляет собой новую, качественно более высокую ступень развития по сравнению с криком новорожденных обезьян. Было доказано, что крик новорожденного осуществляется подкорковыми отделами мозга. Являясь сигнальным для взрослого, он все же еще не имеет второсигнального значения [2, с. 63].

Условно-рефлексорный характер крик приобретает к третьему месяцу жизни ребенка. В этот период крик становится интонационно выразительным. По характеру крика мать может узнать желание ребенка. Это свидетельствует о начале развития второсигнального характера крика. Такое качественное видоизменение крика происходит по мере созревания мозга и включения в управление криком корковых структур мозга. В дальнейшем на протяжении всего первого года жизни происходит интенсивное развитие интонационных компонентов крика и плача ребенка. Это имеет важное приспособительное значение, расширяющее пути контакта ребенка с окружающим миром [2, с. 63].

В первые месяцы жизни ребенка в его крике преобладают гласноподобные звуки, имеющие носовой оттенок типа: э, ай. Иногда звуки крика как бы очень приближенно напоминают согласные г, к, н, но, так как эти звуки имеют рефлексорный характер, они не рассматриваются как предшественники фонем. Однако произнесение указанных звуков способствует тренировке моторной координации в работе дыхательной, фонаторной и артикуляторной мускулатуры, а также развитию обратной связи между артикуляторными движениями и их слуховым восприятием.

Оценка крика ребенка имеет важное диагностическое значение. У здорового новорожденного крик громкий, чистый, с коротким вдохом и удлинненным выдохом [2, с. 63].

У детей с церебральным параличом, у которых в дальнейшем выявляются расстройства речи, крик может в первые недели отсутствовать или имеет болезненный характер. Он может быть пронзительным или очень тихим в виде отдельных всхлипываний или вскрикиваний, которые ребенок обычно производит на вдохе. Болезненным признаком является также носовой оттенок голоса. Как уже отмечалось, с трех месяцев начинается развитие интонационной характеристики крика: крик видоизменяется в зависимости от состояния ребенка [2, с. 64].

Ребенок по-разному сигнализирует матери о болевом ощущении, чувстве голода, дискомфорте в связи с мокрыми пеленками и т.д. Обо всем этом следует подробно расспросить мать ребенка. Расспросив мать, можно убедиться, что она по характеру крика может определить состояние ребенка. При детском церебральном параличе крик обычно остается однообразным, без интонационной выразительности [2, с. 64].

К 2 – 3 месяцам отмечаются и другие видоизменения крика. Так, при крике начинает отмечаться усиление общих некоординированных движений рук и ног, а также появление слез. Кроме того, если в период новорожденности крик возникал на голод, холод, болевое воздействие, то с 2 месяцев крик начинает возникать при прекращении общения с ребенком или изменении положения его тела. С этого же возраста отмечается появление крика перед сном при перевозбуждении ребенка [2, с. 64].

На последующих этапах развития крик начинает приобретать характер активной реакции протеста. Так, в возрасте 6 – 9 месяцев ребенок кричит в ответ на появление незнакомых людей. К концу 1 года ребенок громко кричит в ответ на то, что у него отобрали тот или иной предмет. Криком он выражает свой протест по отношению к одеванию, промедлению с кормлением и т.п. Крик возникает как привычная реакция на любой воздействующий на него однажды неприятный раздражитель. Это может быть подстригание ногтей, купание в ванне и т.д. Характерно, что эти отрицательные эмоциональные реакции, возникшие как сочетательные рефлекс, у детей с церебральным параличом быстро закрепляются [2, с. 64].

Таким образом, первыми симптомами, которые могут указывать на возможность возникновения речевых нарушений в дальнейшем (симптом риска), у детей с церебральным параличом являются: качественные видоизменения крика с недоразвитием его интонационной характеристики; преобладание крика над другими голосовыми реакциями; проявления псевдобульбарного или бульварного синдромов [2, с. 65].

Уже в первые месяцы жизни выявляется взаимосвязь между развитием двигательной и голосовой активности ребенка. Так, интонационная характеристика крика и плача развивается в определенном

соотношении с формированием произвольной двигательной активности. В возрасте 3 месяцев, когда крик приобретает интонационную выразительность, у здорового ребенка уже редуцированы позотонические рефлексy. Он уже хорошо держит голову, разжимает кисть, удерживает вложенный в руку предмет [2, с. 65].

При выраженности патологических тонических рефлексов у детей с церебральным параличом задерживается развитие произвольных голосовых реакций, крик не приобретает интонационной выразительности и имеет крайне ограниченное значение в развитии общения ребенка со взрослым, у них отсутствует так называемая «кортиколизация» крика. По данным Р.В. Тонковой-Ямпольской, это может указывать на отсутствие коркового управления органами артикуляции. Прогноз дальнейшего речевого развития у этих детей был неблагоприятным [2, с. 65].

Анализ клинической симптоматики и динамики развития на первом году жизни детей с церебральным параличом при выраженности у них позотонических рефлексов и отсутствии интонационной выразительности крика, проведенный М.В. Ипполитовой и Е.М. Мастюковой, дал основание предполагать, что ведущим функционирующим уровнем центральной нервной системы у этих детей на данном этапе являлся верхний отдел стволовой части мозга [2, с. 65].

Усиленное функционирование этих отделов центральной нервной системы изменяет нейродинамику всего мозга путем отключения на себя всех притекающих импульсов. Обладая повышенной возбудимостью, доминантный очаг (по А.А. Ухтомскому) в стволовых отделах мозга тормозит работу и задерживает развитие других нервных центров, как бы подчиняя себе их деятельность.

Поэтому до тех пор, пока патологическое функционирование стволовых отделов мозга у ребенка с детским церебральным параличом не будет преодолено, логопедические и педагогические занятия оказываются часто неэффективными в силу образования патологического проприоцептивного стереотипа, нарушающего общую нейродинамику и развитие мозга в целом [2, с. 65].

Список литературы

1. *Левченко И.Ю., Приходько О.Г.* Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата М.: Издательский центр «Академия», 2001. 192 с.
2. *Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В.* Нарушение речи у детей с церебральным параличом: Кн. для логопеда. М.: Просвещение, 1985. 204 с.
3. *Шитицына Л.М., Мамайчук И.И.* Детский церебральный паралич. СПб. Изд-во «Дидактика Плюс», 2001. 272 с.