

## **НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РЕЧИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

*А.В. Астаева, А.А. Чернышкова*

Представлен анализ современных исследований детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. Особое внимание уделено проблеме выделения специфических нарушений высших психических функций при разных типах гиперкинетического расстройства. В качестве примера приведен анализ результатов самостоятельно проведенного исследования особенностей развития речи детей старшего дошкольного возраста с гипердинамическими расстройствами.

Ключевые слова: нейропсихологические особенности нарушение речи, гиперкинетические расстройства, синдром дефицита внимания.

Современные исследования синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) свидетельствуют о значительной распространенности данного расстройства и высокой степени социальной дезадаптации детей, возникающей на его фоне. Средняя распространенность детей школьного возраста с СДВГ составляет от 2,2–4 % до 9–18 %, причем, как правило, у мальчиков симптомы наблюдаются в 2 раза чаще, чем у девочек [3, 4]. При этом есть данные о сочетании ряда расстройств с синдромом гиперактивности, например: при умственной отсталости, шизофрении и т.д. По мнению ряда исследователей, нарушения речевого развития являются одним из сопутствующих расстройств при СДВГ, однако работы, посвященные данной проблеме немногочисленны и их данные неоднозначны [1, 6, 7].

В классической медицинской литературе выделено 3 варианта или течения СДВГ, в зависимости от преобладающих клинических симптомов:

- 1) синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность;
- 2) синдром дефицита внимания без гиперактивности;
- 3) синдром гиперактивности без дефицита внимания.

В периодической литературе неоднократно отмечено неоднозначное отношение ряда специалистов (психологов, врачей) к объединению синдрома дефицита внимания и синдрома гиперактивности, так как до 40 % детей с СДВГ страдают только дефицитом внимания без гиперактивности [2]. При этом синдром дефицита внимания может быть как первичным,

так и носить вторичный или симптоматический характер, то есть, возникать в результате других заболеваний (генетически детерминированные синдромы, психические заболевания, последствия перинатальных и инфекционных поражений центральной нервной системы) [5, 7, 8, 9]. Поэтому «чистые» формы СДВГ встречаются не так часто, как в сочетании с нарушениями обучения, моторики, коммуникации или общения и т.д.

В значительной доле случаев клинические проявления синдрома ярко заметны к возрасту до 5–6 лет, притом, что первые признаки появляются уже на первом году жизни [3]. Для квалификации диагноза необходимо установление наличия шести или более клинических проявлений невнимательности, не менее трех – гиперактивности и не менее одного – импульсивности, которые сохраняются у ребенка на протяжении как минимум шести месяцев и выражены настолько, что свидетельствуют о недостаточной адаптации и несоответствии нормальным возрастным характеристикам [4, 6]. Так к основным симптомам невнимательности (дефицит внимания) относят:

- 1) неспособность внимательно следить за деталями;
- 2) неспособность удерживать внимание на заданиях или игровой деятельности;
- 3) снижение внимания при восприятии вербальной информации;
- 4) снижение способности следовать инструкциям или завершать школьную работу, повседневные дела и обязанности на рабочем месте (не из-за оппозиционного поведения или неспособности понять инструкции);
- 5) нарушение организации заданий и деятельности;
- 6) избегание домашней работа, требующей постоянных умственных усилий;
- 7) частые потери вещей, необходимых для выполнения определенных заданий (школьные вещи, карандаши, книги, игрушки или инструменты);
- 8) повышенная отвлекается на внешние стимулы;
- 9) забывчивость в ходе повседневной деятельности.

К основным симптомам гиперактивности относят:

- 1) моторное возбуждение: беспокойные движения руками или ногами, ерзание на месте;
- 2) неусидчивость в виде покидания своего места в классной комнате или в другой ситуации, вплоть до ухода;
- 3) спонтанная двигательная активность в виде бега, ходьбы и т.д., когда это является неуместным (в подростковом или зрелом возрасте может присутствовать лишь чувство беспокойства);
- 4) неадекватные проявления поведения в виде крика, шума, громкого голоса в играх, в которых требуется спокойный и тихий фон;
- 5) отсутствие влияния социальной ситуации, социальных требований на стойкий характер чрезмерной моторной активности.

И наконец, к симптомам импульсивности:

- 1) предоставление ответы до того, как завершён вопрос;
- 2) снижение способности ждать (например, дожидаться своей очереди в играх или групповых ситуациях);
- 3) перебивание в разговоре собеседника (например, в разговоры или игры других людей);
- 4) повышенная речевая активность без адекватной реакции на социальные ограничения.

Таким образом, тип расстройства зависит от преобладания тех или иных симптомов (жалоб со слов родителей, педагогов) в структуре нарушения внимания и гиперактивности в соответствии с критериями действующей МКБ-10 не ранее 5–6-летнего возраста [4].

С целью выявления особенностей сформированности речи у детей старшего дошкольного возраста с гипердинамическим синдромом было проведено исследование с использованием батареи нейропсихологических методов и методик, разработанной А.Р. Лурия и адаптированной Ж.М. Глоzman. В исследовании приняли участие 44 ребенка старшего дошкольного возраста (21 мальчик и 23 девочки) с установленным диагнозом F90, что соответствует клиническим критериям в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) классу гиперкинетических расстройств. У 5 детей в анамнезе отмечены специфические расстройства речевого развития (ОНР III).

По итогам проведенного нейропсихологического обследования детей, в целом, у большинства наблюдаются легкие нарушения общего психического состояния: в ориентировке в месте, времени, в некоторых личных данных (отмечались случаи; когда дети говорили о том, что именно сегодня у них день рождения, в группе есть брат/сестра и пр.); адекватности поведения и эмоциональных реакций в ситуации обследования; а также в сформированности произвольного внимания.

Для всех детей характерны повышенная отвлекаемость, несформированность чувства дистанции, напряженность и тревожность. Отмечаются трудности переключения с одного вида деятельности на другой, при этом наблюдается постоянное беспокойство, мышечное напряжение в виде повышения тонуса (в основном в области лица, шеи, рук), раздражительность. В поведении наблюдается импульсивность: дети не могут сдерживать свою непосредственную реакцию или подумать перед тем, как что-то сделать: начинают отвечать или выполнять задание, не дослушав инструкции, ответы сопровождаются бурными эмоциональными реакциями (вздыхания, вербальные негативные высказывания).

Также наблюдается снижение уровня критичности, которое проявляется в незаинтересованности в результатах обследования, неприятии помощи со стороны при указании на ошибки. Почти у всех детей отмечается

снижение работоспособности, особенно в заданиях, требующих повышенной концентрации внимания. При этом дети испытывают трудности в сосредоточении на задании, что проявляется в неусидчивости, моторном возбуждении (перебирание пальцев рук, приглаживании одежды, волос, непрерывная перестановка игрушек, соскакивание с места с хаотичным перемещением по комнате).

У большинства детей (49 %) наблюдаются нарушения концентрации внимания и низкой умственной работоспособности, повышенная отвлекаемость, но стоит отметить, что некоторые дети, преимущественно девочки, проявляли интерес к обследованию, выполняя все задания в соответствии с инструкцией.

Повышенная отвлекаемость с признаками полевого поведения зачастую приводит к снижению концентрации внимания и, как следствие, свидетельствует о снижении сформированности произвольной регуляции психической деятельности в целом у детей старшего дошкольного возраста. Таким образом, действительно все дети демонстрировали нарушения внимания и активности, характерные для гипердинамического синдрома.

При исследовании речевых функций оценивалась спонтанная речь ребенка в диалоге и при описании сюжетных картинок, грамматическое оформление речи (развернутость фраз), отсутствие/наличие аграмматизмов, сформированность активного словаря (наличие глаголов, определений, местоимений; отсутствие / наличие вербальных и литеральных парафазий).

Было отмечено, что у почти половины детей уровень несформированности импрессивной речи несколько выше экспрессивной, соотношение проиллюстрировано на рис. 1.

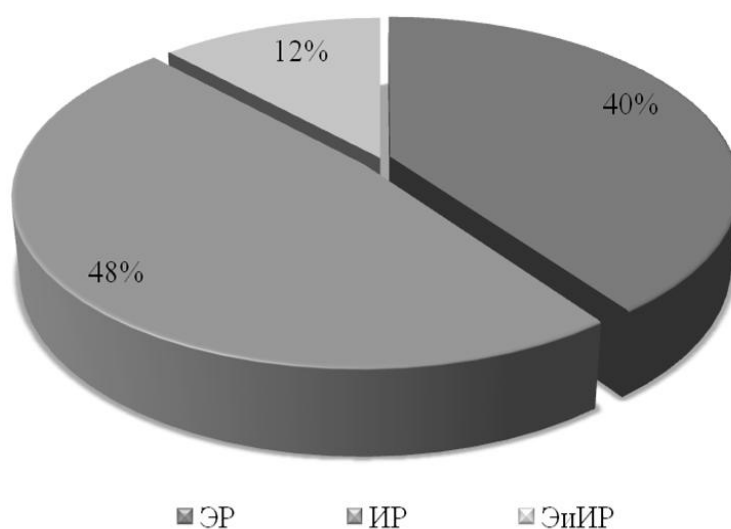


Рис. 1. Распределение типов расстройства речи (%):  
ЭР – экспрессивная речь, ИР – импрессивная речь,  
ЭиИР – экспрессивная и импрессивная речь

В соответствии с полученными результатами, следует, что у почти половины обследованных детей (48 %) снижен уровень восприятия и понимания обращенной речи, а так же понимание смысла и содержания речевого высказывания, затруднен грамматический и смысловой анализ высказывания. У детей данной группы отмечаются недостаточность акустического анализа, то есть наблюдаются дефекты сформированности фонематического слуха. Как следствие у детей страдает номинативная функция речи и, следовательно, слабость слухоречевой памяти, что проявляется не только в снижении объема непосредственного запоминания, но и нарушение порядка удержания элементов. Также отмечаются трудности семантической дифференциации слов и понимания логико-грамматических конструкции: дети выдают импульсивные ответы при выполнении заданий и затрудняются сопоставить предъявляемые фразы с картинками, и наоборот.

Также для детей с преобладанием несформированности импрессивной речи характерно снижение функции обобщения, что отмечалось сложностью в объяснении своего выбора объединяющего признака в методике 4-й лишней. При этом дети с уверенностью доказывали свою правоту, отстаивая свой неверный, зачастую импульсивный, ответ. Также речь детей характеризуется расторможенностью, или «резонерством» (как в рамках выполнения задания, так и «не по делу»), указывающей на недостаток развития внутреннего контроля, а так же, трудности в концентрации на своих мыслях и действиях.

У 40 % детей отмечается несформированность экспрессивной речи, что проявляется в нарушении синтаксической структуры фраз, в изменении словарного и звукового состава, мелодики, темпа и плавности речи. Отмечается снижение уровня моторной реализации, артикуляционной моторики и степени сформированности слоговой структуры слова. Кроме того, имеются трудности в переключении при произнесении слогов с изменением звукового состава, при анализе выполнения ряда артикуляционных заданий и проб. Отмечается несформированность речевых кинестезий и фонематического восприятия, словообразовательных навыков и возможности грамматического структурирования. Как следствие, отмечаются трудности смыслового понимания.

При выполнении заданий наблюдаются пропуски и замены, нарушение порядка слов, смысловые и грамматические ошибки, встречаются вербальные и реже литеральные парафазии. Отмечается недостаточный объем речевой продукции, низкое качество слухового восприятия и слухоречевой памяти.

Также, был проведен анализ выраженности нарушений в отдельных областях речевых навыков, которые были выявлены с помощью проб, направленных на исследование орального праксиса, фонематического слуха, а также с помощью проб на понимание логико-грамматических конструкций, называние реальных изображений и низкочастотных слов и др. Полученные результаты представлены на рис. 2.

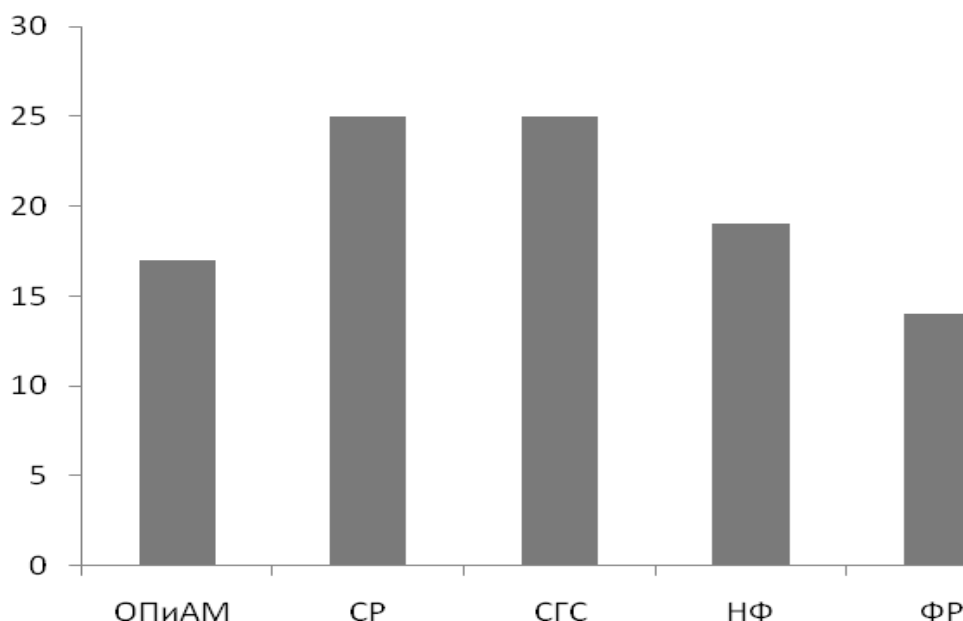


Рис. 2. Частота встречаемости нарушений речи у детей с СДВГ (%):  
ОПиАМ – оральная праксис и артикуляционная моторика, СР – связная речь,  
СГС – синтаксис, возможность грамматического структурирования,  
НФ – номинативная функция, ФВ – фонематическое восприятие

У четверти детей (25 %) детей способность к связной (плавной) речи и возможность грамматического структурирования снижены в равной степени и имеют наиболее высокий показатель нарушенности, чем другие речевые навыки. Данные нарушения проявляются значительным снижением понимания логико-грамматических конструкций, возможностью соотнесения логических конструкций с изображением, а также сложностью в составлении рассказа как по картинке, так и по серии картинок логически связанных между собой. Также наблюдается снижение объема активного словаря, что не позволяет составлять развернутые предложения, и тем более, составить рассказ или пересказ.

Тем не менее, все остальные дети не испытывали трудности в понимании логических связей, смысла рассказа и т.д., но при этом отмечались трудности организации своей деятельности в виде отвлекаемости, постоянной опорой на предъявляемый специалистом материал, то есть дети активно пользовались организующей помощью.

Номинативная функция, оральная праксис и фонематическое восприятие нарушены в относительно меньшей степени, но при этом наблюдаемые ошибки свидетельствуют о трудностях распознавания зашумленных изображений, названия изображенных предметов с недостающими деталями и предметов, схожих по своей форме, что может быть связано не с дефектами зрительного восприятия, а с нарушением программы и организации самого процесса восприятия, поэтому и подбор слова-наименования несколько отсрочен из-за невозможности быстро и правиль-

но выделить необходимые признаки и подобрать «название». Также имеют место сложности в назывании низкочастотных слов, то есть отмечается трудности подбора слова-наименования.

Всего лишь у шестерых детей наблюдалось снижение уровня моторной реализации, артикуляционной моторики, то есть отмечались трудности при произнесении цепочек слогов, затруднена серийная организация артикуляции. При этом практически все дети, при повторении цепочек слогов импульсивно заменяли услышанные звуки на парные, оппозиционные (по звонкости – «П» на «Б», мягкости – «Р» на «Р'»), другой вариант искажения при повторе – литеральные парафазии (замены звуками, которые не предъявлялись). В единичных случаях отмечается несформированность речевой кинестезии (единичные ошибки при воспроизведения заданий в пробах на исследование орального праксиса, при сохранной артикуляции).

Таким образом, можно предположить, что у детей старшего дошкольного возраста с гиперкинетическим расстройством грубых нарушений речевого развития не наблюдается. Расстройства всех сторон речи носят не грубый характер и в большей степени детерминируются основными симптомами нарушения активности и внимания, что характеризуется несформированностью функции произвольного программирования и контроля за протеканием психической деятельностью. Поэтому в основе всех нарушений речи наблюдаются снижение произвольной концентрации внимания, импульсивность при ответах, снижение способности анализа логико-грамматических конструкций и способности организовать свое высказывание.

#### Библиографический список

1. Брюховских, Л.А. Особенности понимания речи у детей с умственной отсталостью / Л.А. Брюховских // Вестник Красноярского Государственного Педагогического Университета им. В.П. Астафьева. – 2009. – № 1. – С. 82–87.
2. Брызгунов, И.П. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей: сборник статей / И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. – М.: Медпрактика, 2002. – С. 6–19.
3. Заваденко, Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: сборник статей / Н.Н. Заваденко. – М.: Издательский центр «Академия», 2005. – С. 22–37.
4. Нуллер, Ю.Л. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Ю.Л. Нуллер, С.Ю. Циркина. – Киев: Сфера, 2005. – 298 с.
5. Сиротюк, А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам: пособие / А.Л. Сиротюк. – М.: Сфера, 2005.
6. Bental, B. The relationship between attention, executive functions and reading domain abilities in attention deficit hyperactivity disorder and reading disorder: a comparative study / B. Bental, E. Tirosh// Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2007. – Vol. 48, № 5. – Pp. 455–463.

7. Casey, B.J. From behavior to cognition to the brain and back: what have we learned from functional imaging studies of attention deficit hyperactivity disorder? / B.J. Casey, S. Durston // *The Am. J. of Psychiatry*. 2006. – Vol. 163, № 6. – Pp. 957–960.

8. Diamond, A. Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity) / A. Diamond // *Development and Psychopathology*. – 2005. – Vol. 17. – Pp. 807–825.

9. Nigg, J.T. An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences / J.T. Nigg, B.J. Casey // *Development and Psychopathology*. 2005. – Vol. 17. Issue 3. – Pp. 785–806.