

Д. Плюта-Войцеховска

## Биологическая обусловленность проблем коммуникации детей с расщелиной нёба

В детских садах и школах можно встретить детей с различными дефектами развития. В зависимости от специфики таких дефектов они могут стать причиной нарушения развития и полноценного функционирования этих детей в социуме. Одним из таких дефектов развития, хорошо заметным на лице ребенка, является расщелина нёба (за исключением расщелины вторичного нёба). Все воспитатели, учителя и психологи, работающие с такими детьми, должны обладать основными знаниями по этиологии этого нарушения, видам расщелин и последствий для развития детей, а также должны быть осведомлены о возможностях и способах медицинской и психолого-педагогической помощи ребенку и его семье.

При рассмотрении данной проблемы важно акцентировать внимание на двух основных моментах: во-первых, возможность полноценной коммуникации детей с данными дефектами развития и, во-вторых, характерные особенности, которые обуславливают взаимодействие таких детей с другими людьми. Анализ проблемы проводится нами в рамках *системного подхода*, благодаря которому возможно комплексное решение названных вопросов<sup>1</sup>, а также *теории прототипов* и связанным с ней оперативным и познавательным термином – прототип. Также данная проблема рассматривается нами в рамках *теории прототипов* и связанным с ней термином – прототип. Вслед за E. Rosch [2–3] можно утверждать, что прототип – это понятие познавательного характера, которое указывает на наиболее типичный пример, который является для этой категории одновременно и представительным, и выступающим в ней чаще всего [4]<sup>2</sup>.

Приступая к описанию анатомо-функциональных расстройств при расщелине нёба, являющихся важными детерминантами коммуникации этих детей, необходимо не только принять определенную парадигму описания, но и ориентироваться на такие разделы медицины, как ортодонтия, ларингология, фониатрия, хирургия и логопедия. Важно обратить внимание на то, что среди

<sup>1</sup> Так, K. Duraj-Nowakowa под понятием *система* понимает «каждое явление принимаемое как целость, как совокупность элементов сгруппированного, необходимого и достаточного количества подсистем. Причем это единство характеризуется всесторонними объективными связями между элементами, подсистемами, которые и образуют его структуру» [1]. Таким образом, системный подход заключается в упорядоченном исследовании части действительности с учетом элементов и подсистем, а также взаимных связей между ними.

<sup>2</sup> См. также по данному вопросу: Pluta-Wojciechowska D. Realizacja polskich fonemów spółgłoskowych ze względu na miejsce artykulacji u dzieci i młodzieży z rozszczepem podniebienia z perspektywy teorii prototypów: rozprawa doktorska, maszynopis. – Katowice: Uniwersytet Śląski, 2003. – 186 s.; Pluta-Wojciechowska D. O stygmatach dziecka z wadą rozszczepową // *Życ z pasją, żyć w ruchu* / Red.: B. Cyl. – Wyd. Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna Piekary Śląskie, 2004. – S. 58; Nowakowska-Kempna I. Jednostki językowe w analizie prototypowej. – Katowice: Międzyuczelniane Towarzystwo Naukowe im. R. Ajdukiewicza, 2000. – S. 3–113.

множества причин, обуславливающих коммуникацию таких детей, в этой статье нами будут обсуждаться только биологические, которые играют существенную роль в коммуникации лиц с расщелиной нёба, одновременно определяя прототипные черты их коммуникации.

**Фон проблемы.** *Межличностная коммуникация* часто определяется как «эффект и фактор развития» [5] и является одним из основных умений человека, благодаря которому он может принимать активное участие в общественной жизни. Рассмотрению этой проблемы уделяют внимание многие области научного знания, в том числе социальная психология, психолингвистика, педагогика, логопедия и др. В логопедии, как практической науке, подчеркиваются разнообразные факторы, в том числе биологические, которые являются основой формирования речи как основного способа коммуникации людей.

Для проведения дальнейшего анализа нам необходимо выделить основное понятие межличностной коммуникации, которое, вслед за W. Ooof, мы определяем как «обмен информацией между коммуникатором и реципиентом, причем передача сведений наступает посредством какого-то канала; предполагается, что переданная информация (→сообщение) должна влиять на изменение поведения реципиента» [6]. Исследователи проблем взаимодействия между людьми и межличностной коммуникации выделяют вербальную и невербальную коммуникацию, причем первичным, главным и доминирующим способом человеческой коммуникации называют вербальный [5]. Однако мы согласны с мнением R. Jakobson, который пишет, что «хотя среди передач в человеческой коммуникации доминирующую роль играют *вербальные сообщения*, необходимо учитывать и *все другие виды сообщений*, употребляемые в человеческом обществе» [5, с. 60]. Это позволяет нам рассматривать коммуникацию детей с расщелиной нёба значительно глубже, нежели только расстройство артикуляции, и особое внимание обращать на невербальную коммуникацию детей с расщелиной нёба.

**Что такое расщелина нёба?** Так, в медицинской литературе *расщелина* определяется как «аномалия развития, заключающаяся в частичном или полном нарушении анатомической целостности тканей в типичных местах выступления лица в эмбриональном периоде развития» [7]. То есть ребенок рождается со щелью, выступающей, в зависимости от типа расщелины, в области верхней губы, альвеолярного отростка и нёба, вследствие неправильного формирования этих анатомических частей в пренатальном периоде, примерно с 4 по 12 неделю внутриутробной жизни. В последнее время особое внимание обращается на то, что обычное понимание этого сокращенного понятия – расщелина нёба – не раскрывает *сущности* расщелины. Дело в том, что нарушение целостности касается не только полости рта, но анатомические неправильности выступают также в носовой полости [8]. В свою очередь A. Mitrinowicz-Modrzejewska определяет расщелину нёба как *многосистемное расстройство*, отмечая, что оно касается многих уровней и функций [9].

**Как часто и почему рождаются дети с расщелиной?** *Самым частым пороком развития лица* является расщелина первичного и вторичного нёба, при этом коэффициент частоты проявления колеблется от 1,21% до 2,0% живорожденных детей [10–11].

**Этиопатогенез** расщелины до сегодняшнего дня точно не изучен, и до сих пор не выделены факторы, вызывающие расщелину. В литературе отмечается, что это связано со сложностью явлений, происходящих в первые недели жизни зародыша, и невозможностью объяснить их с помощью понятий современной науки, занимающейся изучением данной проблемы. Вместе с тем отмечается, что в основе появления расщелины могут лежать как генетические, так и внешние факторы (вирусы, бактерии и их токсины, психические

травмы матери и ее неполноценное питание в критический для формирования первичного и вторичного нёба период, рентгеновское излучение, принятие некоторых лекарств и т.д.) [7, с. 38]. Следовательно, можно говорить о *многофакторной модели* возникновения расщелины нёба.

**Виды расщелин.** Для дальнейших рассуждений необходимо прояснить различия между понятиями «*первичное нёбо*» и «*вторичное нёбо*». «Первичное нёбо является зачатком срединной части верхней губы, перегородки носа и резцовой кости. Вторичное нёбо охватывает зачаток мягкого и твердого нёба кзади от резцового отверстия. Резцовое отверстие отграничивает части, входящие в состав первичного нёба от вторичного нёба» [7, с. 52–53]. Важно, что формирование первичного нёба наступает между 4 и 7 неделями, а вторичного – между 7 и 12 неделями внутриутробной жизни. Следовательно, критический период для возникновения расщелин первичного нёба раньше, чем для расщелин вторичного нёба. Оба типа расщелин могут наблюдаться либо независимо друг от друга в изолированном виде, либо одновременно у одного ребенка.

В современной медицинской литературе встречаются три основные *классификации расщелин*. Одна из них основана на эмбриологическом критерии [7, с. 52–53], вторая опирается на анатомический критерий [7, с. 53–61], а третья учитывает знания по вопросу формирования срединной части лица в пренатальном периоде, что делает возможным современным способом «кодировать» отдельные типы расщелин [12].

В Польше популярна классификация D.A. Kemałana и R.B. Starka, согласно которой губа и альвеолярный отросток до резцового отверстия это – *первичное нёбо*, а твердое и мягкое нёбо – *вторичное нёбо* [13]. В связи с этим выделяют *два типа расщелин*: расщелину первичного нёба и расщелину вторичного нёба, которые точнее определяются в зависимости от протяженности, предела и стороны с помощью прилагательных: полная, частичная, односторонняя, левосторонняя, правосторонняя, двусторонняя. В том случае, когда расщелина первичного нёба и вторичного нёба выступают у одного ребенка одновременно, говорится о расщелине первичного и вторичного нёба.

**Прототипные черты ребенка с расщелиной.** Медицинский диагноз, логопедический диагноз и т.п. возникают чаще всего путем сравнения актуального состояния пациента с нормой (анализ состояния здоровых людей). Принимая во внимание теорию прототипов [2–3] вместо вопроса «*В какой степени развитие данного ребенка отходит от нормы?*» мы можем поставить другой вопрос: «*Наблюдаются ли и какие прототипные черты у ребенка с расщелиной?*»

При анализе прототипных черт в развитии таких детей надо учесть время, которое прошло до и после операции (пластики расщелины), что несомненно является переломным моментом в лечении этого порока. Как вытекает из основных медицинских публикаций, не выработано единого хирургического поведения при отдельных типах расщелин [8, с. 357–367]. В зависимости от ориентации центра, занимающегося лечением расщелины, наблюдаются существенные различия относительно времени и способа проведения хирургического вмешательства. Так, во многих центрах в Польше операция пластики расщелины губы наступает в возрасте 3–6 месяцев, а нёба – в возрасте от 1 до 3 лет жизни ребенка<sup>3</sup>, но, например, в Варшавском центре пластику губы и нёба проводят на первом году жизни ребенка. Выбор времени, техники, последовательности и метода операции также зависит от многих факторов. В связи с этим трудно однозначно указать один самый хороший способ хирур-

---

<sup>3</sup> Подробнее см.: Kobus K. Nowe koncepcje i metody w leczeniu rozszczepów wargi i podniebienia // Polski Przegląd Chirurgiczny, 1992, № 64. – S. 541–546.

гического лечения. Однако можно однозначно отметить, что с точки зрения артикуляции лучше всех тот способ, благодаря которому ребенок сможет впоследствии достичь самых хороших результатов в развитии речи. При этом важно помнить о том, что расстройства произношения далеко не единственная проблема для детей с расщелиной. Хирурги, занимающиеся пластикой расщелины, стремятся, прежде всего, придать внешности такого ребенка более эстетический вид, создать надлежащие анатомо-функциональные условия для питания и дыхания, а также артикуляции, создать правильные анатомические структуры для развития прикуса, носа и т.д.

Впервые определение типа ребенка с расщелиной с точки зрения теории прототипов мною было представлено в кандидатской диссертации [6, с. 146–149]. Следовательно, для детей с расщелиной (в зависимости от типа) в связи с ее характером можно установить **три прототипа**, а именно:

- 1) *анатомический прототип*, касающийся внешнего вида лица, состояния органа жевания, носовой полости;
- 2) *прототип дисфункции* и
- 3) *артикуляционный прототип*, касающийся реализации фонем языка, в том числе назального произношения.

**Анатомический прототип** касается изменяющегося с возрастом внешнего вида лица, состояния органа жевания и полости носа ребенка вследствие проводимого лечения и других факторов [7, с. 2–75]. Если расщелина касается первичного и вторичного нёба, ребенок рождается со щелью в области губы, альвеолярного отростка и твердого и мягкого нёба. Эта расщелина может быть односторонней (лево- или правосторонней) или двусторонней. Ребенок подвергается хирургическому, а также ортодонтическому, ларингологическому и т.д. лечению. Основная задача закрытия щели расщелины выполняется посредством операции. Однако на лице ребенка остаются деформации в срединной части лица: послеоперационные рубцы на верхней губе и подносевой части, уплощения крыла/крыльев носа, асимметрия в области верхней губы и носа, другие деформации, а также верхнечелюстно-прикусковые пороки разной степени. В течение более десяти лет ребенок с расщелиной первичного и вторичного нёба может перенести несколько операций.

С момента рождения внешний вид лица ребенка изменяется в зависимости от проводимого лечения, в том числе операционного, которое, в свою очередь, детерминирует вид расщелины, ее протяженность, выступающие верхнечелюстно-прикусковые деформации и другие факторы. В области ротовой и носовой полостей также существуют разнообразные деформации, влияющие на функции питания, дыхания и артикуляции. Это ротово-носовые свищи, деформация нёба, верхнечелюстно-прикусковые пороки, искривления носовой перегородки, нарушения проходимости носа и т.п.

**Прототип дисфункции** показывает, что из-за значительных анатомических деформаций расщелина сопровождается расстройствами таких биологических функций, как дыхание, прием пищи, слух [7; 14]. Этот прототип, как и предыдущий, изменяется с возрастом ребенка и проводимым лечением. Особые расстройства функций питания и дыхания наблюдаются в первые годы жизни ребенка, что связано с выступающей щелью расщелины. Как показывает практический опыт, у многих детей после пластической операции расщелины появляются расстройства дыхания и приема пищи. Стоит обратить внимание и на то, что у детей с расщелиной может также наблюдаться тугоухость, чаще – из-за нарушения характера проводимости.

**Артикуляционный прототип** является следствием рассмотренных выше прототипов. Ввиду столь значительных структурных и функциональных расстройств у детей с расщелиной нёба выступают расстройства в развитии

речи [4; 7; 15]. Основной трудностью, с которой встречается ребенок с расщелиной, является невозможность отделить ротовую полость от носовой и тем самым создать нужное внутриротовое давление, необходимое для правильного возникновения звуков. У некоторых детей даже после хирургической пластики расщелины эта проблема в дальнейшем существует, так как не всегда удается получить правильные параметры мягкого нёба (например, длину, эластичность, подвижность), которые обеспечивают отделение ротовой полости от носовой во время глотания и артикуляции.

Картина расстройств артикуляции изменяется с возрастом ребенка, что связано с его естественным развитием, проводимой логопедической терапией, а также изменением анатомо-функциональных условий артикуляции (например, после операции). В связи с этим, по нашему мнению, артикуляционный прототип необходимо заменить более подходящим понятием – **коммуникативный прототип**.

Рассмотренные выше материалы приводят к мысли о возможности существования и других прототипов. Это обусловлено тем, что у ребенка с расщелиной нёба (особенно с самым тяжелым типом, каким является полная двусторонняя расщелина первичного и вторичного нёба) выступает другое, чем у других детей, **течение развития** с постоянными лечебными процедурами, в том числе с операцией или несколькими операциями. У таких детей часто наблюдаются расстройства эмоциональной сферы, связанные с внешним видом ребенка, невозможностью полноценно общаться со сверстниками, а также с нежеланием подвергаться лечебным процедурам. Следовательно, можно говорить, также о **прототипном пути развития** детей с расщелиной. Думается также, что в ходе дальнейших исследований мы сможем найти и другие черты ребенка и его родителей, которые можно будет определить как прототипные.

**Прототипные черты ребенка с расщелиной и его коммуникация.** Анализ анатомо-функциональных черт ребенка с расщелиной показывает, что они могут быть основой разнообразных нарушений развития. В последние годы в польской научной литературе доминировал **аналитический подход**, учитывающий разнообразные факторы, такие, как расстройства произношения, деформации в области срединной части лица, пороки прикуса, остаточные отверстия, расстройства слуха, обращали внимание на выступающие дисфункции и т.д. Эти факторы рассматривались изолированно. В одних исследованиях некоторые из этих факторов считались причинами появления нарушений произношения у ребенка, в других – указывалось на значение техники, времени и последовательности операций на качество произношения, анализировались черты лица и т.п. Все это, несомненно, важно и нужно.

Однако **системный подход** дает совершенно другие возможности и открывает новые перспективы в коррекционной работе с детьми с расщелиной. Учитывая знания о разных способах межличностной коммуникации, можно сказать, что прототипные черты ребенка с расщелиной (аналитический прототип и прототип биологических дисфункций) детерминируют специфические черты не только вербальной, но также и невербальной коммуникации. Достижения современной социальной психологии и теории коммуникации указывают на необходимость **учитывать коммуникацию интегрально**. Такой подход требует более внимательного отношения к последствиям развития, к которым могут приводить расщелины, а также наводит на мысли, что оценка влияния на развитие последствий расщелины должна касаться не только традиционно исследуемых аспектов (например, расстройства артикуляции), но также и других способов коммуникации.

Принимая во внимание прототипные анатомические черты и дисфункции, которые характеризуют детей с расщелиной, важно отметить, что используе-

мые ими коммуникационные коды (языковой в аспекте реализации фонем, связанный с внешностью и мимический) являются или могут отличаться от коммуникативных кодов людей без расщелины. И именно это необходимо учитывать при организации работы с такими детьми.

## ЛИТЕРАТУРА

1. **Duraj-Nowakowa K.** Integrowanie edukacji wczesnoszkolnej. – Kraków, 1998. – S. 17.
2. **Rosch E.** Human Categorizations // Studies in Cross-Cultural Psychology / Ed. N. Warren. – London, 1977, № 1. – S. 1–49.
3. **Rosch E.** Principles of categorization // Cognition and categorization / Ed. E. Rosch, B. Llund. – New Jersey, 1978. – S. 27–48.
4. **Pluta-Wojciechowska D.** Realizacja polskich fonemów spółgłoskowych ze względu na miejsce artykulacji u dzieci i młodzieży z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego z perspektywy teorii prototypów. Rozprawa doktorska. – Katowice, 2003.
5. **Jakobson R.** W poszukiwaniu istoty języka. – Warszawa, 1989.
6. **Okoń W.** Nowy Słownik Pedagogiczny. – Warszawa, 2001. – S. 177–178.
7. **Bardach J.** Rozszczepy wargi górnej i podniebienia. – Warszawa, 1967. – S. 62.
8. **Dudkiewicz Z.** Rozszczep wargi i podniebienia – leczenie chirurgiczne. Poglądy własne i innych autorów // Medycyna Wieku Rozwojowego, 1999, № 3. – S. 670.
9. **Mitrinowicz-Modrzejewska A.** Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy. – Warszawa, 1963. – S. 242–246.
10. **Dudkiewicz Z., Surowiec Z.** Raport z pierwszego ogólnopolskiego rejestru rozszczepu wargi i podniebienia. Ośrodki leczenia zespołowego / II Konferencja Robocza – rehabilitacja mowy. Rozszczep wargi i podniebienia // Red. Z. Dudkiewicz. – Warszawa, 1996. – S. 16.
11. **Show B., etc.** The Eurocleft Project 1996–2000. – Amsterdam, Berlin, Oxford, Tokyo, Washington, 2000. – S. 3.
12. **Kriens O.** «LAHSHAL» // What is a cleft lip and palate? A multidisciplinary update; proceeding of an advanced workshop / Ed. by O. Kreins. – Stuttgart; N. Y., 1989. – S. 30–36.
13. **Kernahan D.A., Stark R.B.** A new classification for cleft lip and palate // Plast. Reconstr. Surg., 1958, № 22. – S. 435–441.
14. **Kowalski M.** Zaburzenia czynnościowe w rozszczepie podniebienia // Czasopismo Stomatologiczne, 1971, № 24. – S. 453–462.
15. **Pluta-Wojciechowska D.** Realizacja fonemów języka polskiego u osób z rozszczepem podniebienia pierwotnego i/lub wtórnego – przegląd wybranych problemów, stanowisk, propozycji // Logopedia, 2002, № 31. – S. 199–225.

## S U M M A R Y

*The article deals with the biological conditionality of communication problems that children with cleft palate have. The given problem is considered within the framework of system approach and the theory of prototypes.*

*Поступила в редакцию 27.12.2005*