

УДК 371:376

## ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ В СЕМЬЕ

Шереметьева Е.В.

*ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный гуманитарно-педагогический университет»,  
Челябинск, e-mail: sheremetevaev2@cspu.ru*

Проблема логопедической реабилитации детей раннего возраста с множественными нарушениями развития недостаточно представлена в исследовательском поле. Однако увеличение количества детей с различными сочетаниями нарушений требует от нас обратиться к изучению данного вопроса. Цель данного исследования – разработать систему логопедического сопровождения ребенка раннего возраста с множественными нарушениями развития в условиях семьи. Автор, полагаясь на методологическую базу отечественной дефектологии (культурно-исторической теории развития психики человека Л.С. Выготского), уточняет ключевые понятия исследования «множественные нарушения развития», «логопедическая реабилитация», обобщает актуальную нормативную и теоретическую базы для обращения к этой проблеме. В статье представлен эмпирический опыт логопедической реабилитации как части комплексного сопровождения одного ребенка третьего года жизни с множественными нарушениями развития. Предложена система методов и приемов выявления нарушений коммуникативного взаимодействия ближайшего взрослого окружения и неговорящего ребенка. Предлагается детальное описание особенностей коммуникативно-речевого развития ребенка раннего возраста с множественными нарушениями развития. Поэтапно описан комплекс работы с акцентом на логопедической реабилитации внутри семьи в формате домашнего визитирования. Логопедическое сопровождение ребенка раннего возраста с множественными нарушениями развития с использованием потенциала семьи позволяет повысить эффективность реабилитации.

**Ключевые слова:** коммуникативное взаимодействие, коммуникативно-речевое развитие, логопедическая реабилитация, множественные нарушения развития, ранний возраст, реабилитация, реабилитационный потенциал

## LOGOPEDIC REHABILITATION OF YOUNG CHILDREN WITH MULTIPLE DEVELOPMENTAL DISABILITIES IN FAMILY

Sheremeteva E.V.

*South Ural State Humanitarian Pedagogical University, Chelyabinsk, e-mail: sheremetevaev2@cspu.ru*

The problem of speech therapy rehabilitation of young children with multiple developmental disorders is not sufficiently represented in the research field. However, the increase in the number of children with various combinations of violations requires us to contact and study this issue. The purpose of this study was to develop a system of speech therapy for an early child with multiple developmental disorders in a family setting. The author, relying on the methodological base of domestic defectology (cultural and historical theory of the development of the human psyche L.S. Vygotsky), clarifies the key concepts of the study “multiple developmental disorders,” “speech therapy rehabilitation,” generalizes the current regulatory and theoretical basis for addressing this problem. The article presents the empirical experience of speech therapy rehabilitation of one child of the third year of life with multiple developmental disorders as part of complex support. A system of methods and techniques for detecting violations of the communicative interaction of the nearest adult environment and a non-speaking child is proposed. A detailed description of the peculiarities of communicative and speech development of an early child with multiple developmental disorders is proposed. A complex of work is gradually described with an emphasis on speech therapy rehabilitation within the family in the format of home visits. Speech therapy for young children with multiple developmental disabilities using the potential of the family allows increasing the effectiveness of rehabilitation.

**Keywords:** communicative interaction, communicative-speech development, speech therapy rehabilitation, multiple developmental disorders, early age, rehabilitation, rehabilitation potential

В 1966 г. на территории социалистических стран реабилитация была определена как система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду [1].

На современном этапе развития реабилитология как наука и прикладная область знаний расширяется до предупреждения развития патологических процессов в младенческом и раннем возрасте. В этом аспекте медицинская реабилитация очень тесно сопрягается с психолого-педагогическими мероприятиями.

Концептуально основы психолого-педагогической реабилитации заложены в социокультурной теории Л.С. Выготского, а именно в положениях о структуре де-

фекта и первичности обучения в развитии. В структуре комплексной междисциплинарной психолого-педагогической реабилитации одно из ключевых мест занимает логопедическая реабилитация детей раннего возраста с множественными нарушениями развития.

Актуальность проблемы логопедического сопровождения ребенка с множественными нарушениями развития определяется многочисленностью и неоднородностью данной категории детей и значением речи для становления личности. По данным ФГБНУ «ИКП РАО» дети с МНР составляют более 40% всех детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) [2].

И.Ю. Левченко множественные нарушения развития понимает как сложный дефект, являющийся сочетанием двух и более первичных нарушений, вызванных одновременным поражением нескольких функциональных систем организма и мозговых структур [3, с. 12]. Первичные нарушения влекут за собой вторичные, социально обусловленные.

Дети с МНР – крайне неоднородная группа по своим сенсорно-перцептивным, моторным, психоречевым, эмоционально-волевым и интеллектуальным возможностям. В целом социальное становление таких детей проходит в особых условиях восприятия окружающей действительности и зачастую непонимания близких взрослых.

В положении о структуре дефекта Л.С. Выготский определил роль родителей и близких взрослых ребенка с ОВЗ и ввел понятие «вторичные нарушения развития», которые всегда носят характер «социального вывиха» [4]. Другими словами, вторичные нарушения развития возникают последовательно по мере взросления в процессе сложностей взаимодействия сначала с ближайшим социальным окружением (семьей), а затем и той социальной средой, в которой идет становление личности.

Родители не знают и не понимают, как ухаживать, воспитывать и взаимодействовать с малышом, у которого изначально на уровне сенсорных и/или двигательных систем нарушено восприятие окружающей действительности. С момента появления новорожденного с МНР мама как бы приспосабливается к его возможностям, к специфике удовлетворения витальных потребностей в еде, тактильном комфорте, отсутствии болевых ощущений. Всем хорошо известно, что о любой ситуации собственного дискомфорта младенец сигнализирует криком. Однако только узкий круг специалистов знает, что у новорожденного/младенца уже

есть и другие варианты сообщить окружающим о своем состоянии [5].

Необходимость комплексной помощи детям с МНР возникает с рождения. Ее целью является максимально возможная подготовка ребенка младенческого и раннего возраста к успешной социализации в процессе взросления, которая в едином терминологическом пространстве, введенном МКФ-ДП, обозначена процессами активности и участия индивида [6, 7].

Эффективность лечебных и социально-адаптационных мероприятий, способствующих нормализации индикаторов качества жизни детей раннего возраста с МНР, зависит от согласованной работы междисциплинарной команды, основанной на объединенных знаниях каждого специалиста, определении общего плана помощи, направленного на реализацию реабилитационного потенциала самого ребенка и комплаентности микросоциального окружения [8].

Реабилитационный потенциал – комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности [9]. Эффективность реабилитации ребенка с МНР определяется совокупностью показателей здоровья (биологический фактор), определяемых как потенциал развития, и показателей, связанных со здоровьем (социальный фактор), что является отражением закона о единстве биологического и социального в развитии (Л.С. Выготский, В.И. Лубовский, А.Р. Лурия и др.) [4, 9, 10].

В данном контексте к биологическим факторам относятся соматический и неврологический статус. К социальным – формирующаяся в патологических стереотипах взаимодействия со взрослым активность ребенка.

Наше исследование направлено на изучение реабилитационного потенциала девочки раннего возраста с МНР и ее семьи с последующей задачей определения стратегических направлений логопедической реабилитации.

#### Материалы и методы исследования

В эксперименте приняла участие Полина Н. 23.04.2020 года рождения с множественными нарушениями развития. Ребенок с неонатальной глухотой, самостоятельно не ходит, не говорит. На момент обследования девочке было 1 год 6 месяцев.

Практическая часть эксперимента проводилась в два этапа с октября 2021 г. до мая 2022 г.

На первом этапе нами был установлен контакт с ребенком и его родителями, изучена медицинская документация, собраны анамнестические данные, проведены координационные мероприятия с педиатром, неврологом, сурдологом, дефектологом. Основная цель первого этапа – определить биологические факторы реабилитационного потенциала Полины Н.

Анамнестические данные. Ребенок от 10 экстракорпорального оплодотворения. Беременность протекала с осложнениями, так как у мамы – гестационный сахарный диабет, нарушение кровотока, многоводие и перенесенное ОРВИ. УЗИ определило фетопатию плода (голова больше, чем туловище). Роды на 36 неделе (преждевременные). На второй день после родов наблюдался синдром угнетения. При выписке поставили диагноз перинатальная патология ЦНС (внутрижелудочковое кровоизлияние головного мозга 2 степени с двух сторон), внутриутробная гипоксия плода (ХВГП), кефалогематома левой теменной кости (родовая травма), ишемия головного мозга, дистония, также неонатальная глухота, вызванная преждевременными родами, стигмы дисэмбриогенеза (готическое небо, короткие руки, ретрогения – отклонение нижней челюсти назад в сочетании с нарушением прикуса).

Вес при рождении – 2570 г, длина – 46 см, ребенок кричал после проведения реанимационных манипуляций, крик хриплый, затухающий. Баллы по шкале Апгар – 5–6.

Перенесённые заболевания: ОРВИ.

На момент обследования состоит на учёте у невролога с диагнозом ПЭП. Гипотония. Массаж делают регулярно. Два раза в год Полина Н. проходит реабилитацию в социально-реабилитационных центрах г. Челябинска.

На втором этапе мы изучили социальную ситуацию развития девочки с МНР, ее коммуникативные и языковые возможности, взаимодействие в диаде «родитель – ребенок с МНР». Основная цель второго этапа – определить социальные факторы реабилитационного потенциала Полины Н.

На данном этапе мы использовали методы анкетирования родителей, наблюдения за общением близких взрослых с дочерью и за эмоциональным реагированием самой Полины. В процессе наблюдения мы определяли особенности средств общения ребенка со взрослым, выясняли наличие зрительных, тактильных, эмоциональных контактов, специфики акустического реагирования на обращение близкого взрослого.

При обследовании состояния средств общения девочки мы интересовались у ма-

тери, каким образом она удовлетворяет потребности дочери в питании, гигиене, понимает ли ее желания, как играет с дочерью, смотрит ли девочка в глаза матери, какие инструкции и в какой форме принимает на слух, владеет ли указательным жестом.

Все время мы оценивали состояние эмоциональных и фонационных реакций, отмечали наличие и выраженность улыбки. Мы обращали внимание на особенности проявления отрицательных эмоций, хныканье или плач, на возможность прекращения плача при переключении на другой вид деятельности.

Основной диагностический инструментарий второго этапа обследования ребёнка: отдельные методы и приёмы из авторской методики «Диагностика психоречевого развития ребенка раннего возраста» [11] и авторская методика определения коммуникативного взаимодействия «Схема наблюдения за процессом коммуникативного взаимодействия «родитель – ребенок раннего возраста» [12].

#### Результаты исследования и их обсуждение

По результатам обследования с использованием компьютерной программы мы получили коммуникативно-языковой профиль Полины Н. (рис. 1).

Таким образом, мы получили резко выраженное отклонение в овладении речью.

Внешний вид Полины Н. благополучный. Мы отметили общее снижение тонуса. Рот приоткрыт, гиперсаливация. Ребенок один и воспитывается в полной семье. В процессе общения родители используют погремушки, мягкие и развивающие игрушки. Родители имеют среднее профессиональное образование. Мы отметили благоприятные отношения в семье.

Коммуникативный контакт затруднен. При инициации специальной контакт поверхностный, кратковременный, непродуктивный. Полина Н. в процессе общения не смотрит на лицо говорящего, не смотрит в глаза. Предпочитает находиться как бы параллельно со взрослым.

Эмоциональное развитие. Полина Н. может адекватно реагировать на похвалу в случае тактильного подкрепления. Телесно-тактильные игры ей нравятся, вызывают улыбку, смех. Музыка ощущает. Под музыку раскачивается из стороны в сторону, если взять девочку под руки, начинает пружинить ногами. Самостоятельно общение со взрослым не иницирует.

При расставании девочка «целует» родителей и «машет» рукой, радуется при встрече, при условии направленной фокусировки ее взгляда на пришедшего близкого взрослого.

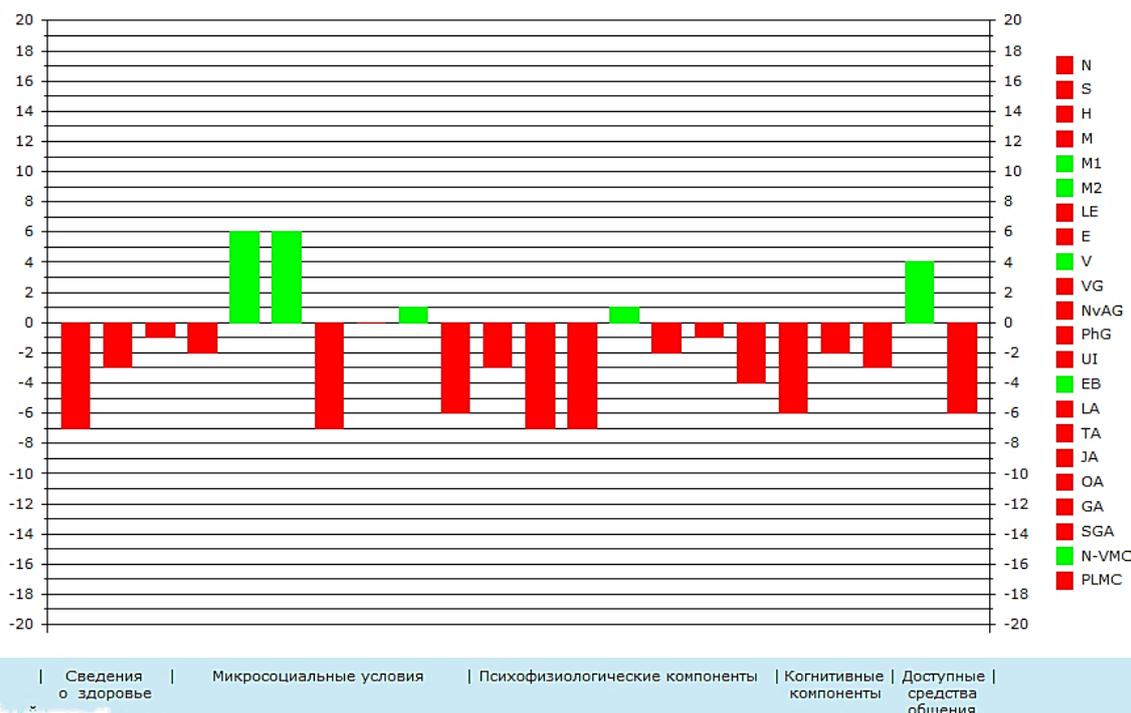


Рис. 1. Коммуникативно-языковой профиль Полины Н.

Психофизиологический компонент. Жевательные движения сформированы недостаточно – вообще не жует твёрдую пищу. Мама постоянно измельчает пищу до однородной гомогенной массы. Зрительное восприятие на уровне реальных лиц со стимуляцией и очень ярких игрушек. Слуховое восприятие в связи с неонатальной глухотой на уровне звуковысотного слуха.

Когнитивный компонент – предметная деятельность в процессе формирования. Самостоятельно не ест. Во время непродуктивных манипуляций с предметами не принимает помощь взрослого.

Средства коммуникации: использует и понимает экспрессивно-мимические средства общения, среди коммуникативных жестов использует жест просьбы – протягивание ладони к предмету и сжимает и разжимает ладонь и пальцы. «Машет» рукой при прощании. Проявляет желание находиться рядом с мамой или взрослым, которые играют, но не ближе одного метра. Берет предложенную взрослым игрушку. Если взрослый показывает простые действия с игрушкой (ставит кубик на кубик, собирает пирамидку, матрешку) и привлекает к совместным игровым действиям Полину Н., она на короткое время может поддержать игровые действия. Однако в случае неудачи, в том числе из-за недоразвития моторики и недостаточной сформирован-

ности зрительно-моторных координаций «глаз-рука», интерес к игровому действию, заданному взрослым, теряет и начинает манипуляции или все разбрасывает. Что, как мы считаем, свидетельствует о наличии потребности быть успешной и формировании самоконтроля.

Специфика взаимодействия мамы с ребенком отмечается в следующем (рис. 2).

У мамы преобладают речевые средства общения, которые сопровождаются слабо выраженной интонацией и такесикой. У дочери преобладают невербальные экспрессивно-мимические средства общения и слабо выражены фонации и неречевые визуальные и тактильные средства. Мама и Полина Н. практически не используют в своем общении фонационно-голосовые и тактильные средства общения. Полина Н. не использует средства визуального контакта с партнером по общению.

Скорее всего, беспокорство мамы по поводу состояния здоровья своего ребенка блокирует для нее возможность видеть развитие в целом, мешает увидеть позитивные возможности и тенденции в развитии дочери.

В целом после обследования мы констатировали, что Полина Н. не обращает внимания на коммуникативно направленные действия мамы; затихает, действия ее затормаживаются.

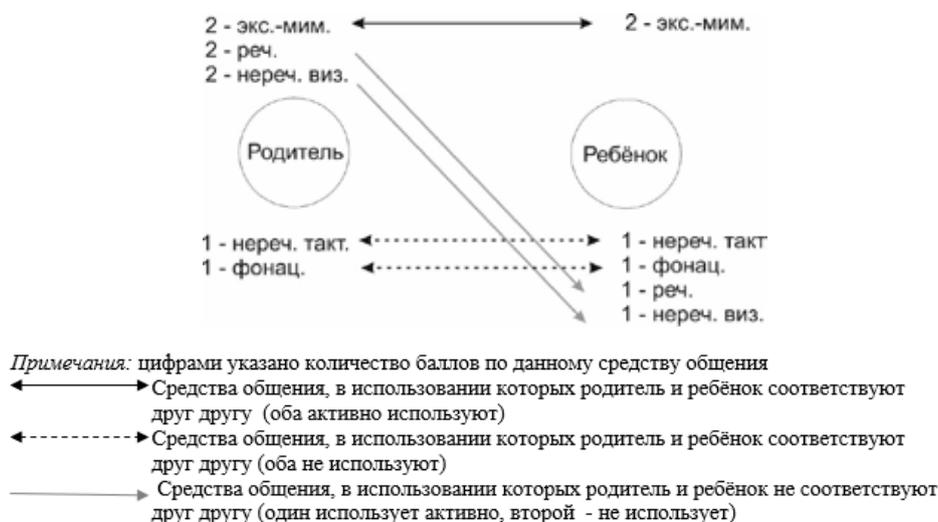


Рис. 2. Средства общения в коммуникативном взаимодействии «мама – Полина Н.»

На инициацию взрослым общения не отвечает или даже слабо протестует (пассивный отказ от общения) или отказывается общаться с мамой, либо отвечает протестом на призыв мамы к коммуникации (активный отказ от общения). Полина Н. протестует резкими движениями, жестами отрицания, эмоционально ярким недовольством, фонацией недовольствия, увеличением физической дистанции с близким взрослым.

Таким образом, полученные результаты диагностических исследований позволили нам разработать индивидуальную схему логопедической реабилитации. Схема включает два ключевых направления: дидактическая работа с родителями по повышению их психолого-педагогических компетенций в воспитании и развитии Полины Н. (создание развивающего потенциала семьи); логопедическая коррекционно-предупредительная работа в форме индивидуальных занятий с Полиной Н. в условиях семьи (использование развивающего потенциала семьи).

С учетом возможностей семьи и полученных результатов развития Полины Н. мы разработали стратегические направления, методы и приемы педагогического воздействия, удовлетворяющие образовательным потребностям и способствующие активизации темпа ее развития. В семье мы обсудили стратегию формирования коммуникативных навыков девочки во взаимодействии с близкими взрослыми (мамой, папой, бабушкой). Определили ответственность каждого из членов семьи как участника логопедической реабилитации.

Маме, папе и бабушке мы рекомендовали активнее задействовать уже хорошо сформированные опорные экспрессивно-мимические средства общения с Полиной Н. Маму

научили правильно использовать визуальный контакт, поощряя ответную фокусировку глаз дочери на своём лице, а также применять фонационные и тактильные средства общения: чаще брать девочку на руки лицом к лицу, стимулировать продуктивность взгляда на лицо взрослого, играть в телесно-ориентированные игры с эмоциональным пропеванием пестушек, потешек с музыкальным сопровождением. Такая работа позволила нам подключить коррекционно-развивающие ресурсы семьи и домашней среды в продуктивной стратегии ежедневного постоянно повторяющегося режима.

Собственно логопедические занятия с ребенком мы проводили в семье один раз в неделю в формате домашнего визитирования.

К коррекционно-развивающему занятию мы разработали следующие требования.

1. Каждое занятие проводится совместно с родителями 1 раз в неделю (продолжительность 30–40 мин).

2. Занятия составляются с опорой на все области развития и с учетом интересов ребенка.

3. После каждого этапа занятия подводится итог и обсуждение с родителями максимально эффективных для Полины Н. заданий, игр, упражнений.

4. По результатам занятия родители фиксируют задания в дневник наблюдения.

В течение следующей после занятия недели родители отмечают в дневнике наблюдения, что у Полины Н. получилось, а что так и не освоено. Неосвоенные задания переходят на отработку в последующие недели.

Структура занятия состоит из классических этапов – подготовительного (вводного), основного и заключительного.

Вводный этап занятия.

Включает музыкальное приветствие с любимым героем.

Основной этап занятия от 10 до 15 мин. Включает в себя (в соответствии с поставленными задачами):

- нормализация дыхания, состояния и функционирования органов артикуляции,
- элементы логопедического массажа,
- развивающие игры и упражнения,
- развитие общения со взрослым (родителями),
- упражнения на развитие координации пения взрослого с движениями ребёнка,
- игровые упражнения на развитие ручной и пальцевой моторики,
- развитие движений руки и действий с предметами,
- выполнение творческих работ.

Заключительный этап занятия от 2 до 7 мин. Включает релаксационные упражнения, прощание с героем.

### Заклучение

Таким образом, разработанная индивидуальная схема логопедической реабилитации включает в себя комплексную коррекционную работу, направленную на обеспечение овладения окружающими партнерами доступными коммуникативными средствами общения с ребенком в определенной микросоциальной среде – семье, а также поддержку феноменологии ребенка раннего возраста с множественными нарушениями развития.

Базой для формирования полноценной коммуникации является эмоциональная заинтересованность Полины Н. во взаимодействии с ближайшим окружением. Эмоциональную заинтересованность можно отслеживать по улыбке, смеху, самостоятельным фонациям в ответ на обращение взрослого. Самостоятельные фонации постепенно и последовательно оформляются в интонационные средства общения (импрессивный и экспрессивный уровни). Импрессивный уровень интонации является первичной базой различения смысла предложенного взрослым ситуативного дискурса.

Ребенок научился воспринимать обращенную речь, активно пользуясь сенсорными каналами и ориентируясь на ритмико-интонационные характеристики речи взрослых.

Полина Н. стала активнее взаимодействовать со взрослыми, проявлять инициативу, использовать в собственной экспрессии мимические средства в процессе общения, появился интерес к предметам, и к деятельности взрослого.

Близкие взрослые научились устанавливать продуктивный зрительный контакт, использовать слуховое восприятие дочери

при взаимодействии, семантически наполнять любые попытки коммуникации со стороны ребенка, привлекать к совместной бытовой деятельности, обучать выполнению действий по образцу, моделировать игровые моменты в повседневной коммуникации и обыгрывать бытовые ситуации.

В целом мы можем констатировать, что научение близких взрослых коммуникативно конструировать ежедневно повторяющиеся режимные моменты способствует положительной динамике продуктивного взаимодействия родителей с ребенком в течение всего дня, а следовательно, и развитию познавательной активности. А также помогает маме и бабушке своевременно увидеть и развивать индивидуальные способности Полины Н. в таком конструктивном общении. Моделирование ситуативных дискурсов родителями в течение постоянно повторяющихся бытовых коммуникативных ситуаций способствует последовательному усложнению эмоционального реагирования ребенка, обогащает используемые им средства общения, позволяет родителям эффективно общаться с ним в течение всего периода его бодрствования и, таким образом, получить позитивный результат в воспитании при множественных нарушениях развития.

### Список литературы

1. Совещание министров здравоохранения социалистических стран: VIII совещание министров здравоохранения соц. стран. Москва, 6–9 декабря 1966 г. М.: Медицина, 1967. 199 с.
2. Тяжёлые множественные нарушения развития: изучение и помощь // Альманах Института коррекционной педагогики. 2020. № 41. URL: <http://alldf.ru/ru/articles/almanac-no-41> (дата обращения: 20.06.2022).
3. Жигорева М.В., Левченко И.Ю. Дети с комплексными нарушениями развития: Диагностика и сопровождение. М.: Национальный книжный центр, 2016. 208 с.
4. Выготский Л.С. Основы дефектологии. СПб.: Лань, 2003. 654 с.
5. Степанов О.Г. Общение с новорожденным как с миром. М.: Класс, сор., 2015. 146 с.
6. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья / Всемирная организация здравоохранения. СПб.: Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Министерства Труда и Социального развития РФ, 2003. 342 с.
7. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (МКФ-ДП) / Всемирная организация здравоохранения. ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России. М., 2016. 241 с.
8. Александрова Л.И. Комплексная оценка результатов ранней предоперационной ортопедической терапии с учетом динамических стоматологических показателей качества жизни детей с врожденной расщелиной губы и неба: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 2018. 31 с.
9. Лубовский В.И. Специальная психология в 2 томах. Том 1. М.: Юрайт, 2019. 428 с.
10. Лурия А.Р. Об историческом развитии познавательных процессов. Экспериментально-психологическое исследование / АН СССР. Ин-т психологии. М.: Наука, 1974. 172 с.
11. Шереметьева Е.В. Диагностика психоречевого развития ребёнка раннего возраста. М.: Изд-во НКЦ, 2013. 112 с.
12. Шереметьева Е.В., Щелокова Е.Г. Сопровождение семьи неговорящего ребёнка раннего возраста в процессе формирования средств общения. Челябинск: Изд-во ЮУрГГПУ, 2021. 208 с.