

Дроздов Тимофей Игоревич

студент

Научный руководитель

Меремьянина Александра Ивановна

канд. пед. наук, доцент

ФГБОУ ВО «Липецкий государственный педагогический
университет им. П.П. Семенова-Тян-Шанского»

г. Липецк, Липецкая область

РАЗВИТИЕ РЕЧЕВОЙ И МОТОРНОЙ СФЕРЫ ПОДРОСТКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

***Аннотация:** статья посвящена изучению развития речевой и моторной сферы подростков с детским церебральным параличом. Рассматриваются вопросы технологий реабилитации и профилактики, коррекции нарушений двигательной и речевой моторики у подростков с детским церебральным параличом, применяющихся в процессе инклюзивного образования.*

***Ключевые слова:** ограниченные возможности здоровья, речевая сфера, двигательная сфера, инклюзивное образование.*

Проблеме речевых и моторных нарушений у детей, страдающих церебральным параличом, посвящено значительное количество работ отечественных специалистов (Е.А. Морошек, И.Ю. Левченко, Е.А. Лишовой, Л.А. Даниловой, Е.М. Мастюковой, Е.И. Кириченко).

Механизм этих нарушений сложен и определяется как временем, так степенью, и локализацией мозгового поражения. Часто бывает сопутствующим нарушением речевой моторной сферы. В работах Е.М. Мастюковой, И.Ю. Левченко [3] отмечается то, что наличие у ребёнка сложного нарушения (ДЦП) негативно влияет на формирование социальных взаимодействий вследствие органических поражений мозга в раннем детстве, до прохождения процесса социализации. Нару-

шение моторной и речевой сферы влечёт за собой нарушения эмоционально-волевой сферы, у таких детей выражен дисгармоничный характер нарушений отдельных функций психических процессов, также у них повышена утомляемость. Дети с детским церебральным параличом меньше времени способны учиться и взаимодействовать со своими сверстниками и педагогами, из-за чего имеют меньше знаний и представлений об окружающем мире, их личный опыт крайне ограничен в силу вынужденной изоляции [3].

Для подростков с детским церебральным параличом характерны разнообразные расстройства эмоционально-волевой сферы, которые проявляются в виде: повышенной эмоциональной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности, тогда как у других это проявляется в виде заторможенности, застенчивости, робости. Склонность к колебаниям настроения часто сочетается с инертностью эмоциональных реакций – так, начав плакать или смеяться, ребёнок не может остановиться. Повышенная эмоциональная возбудимость нередко сочетается с плаксивостью, раздражительностью, капризностью, реакцией протеста, который усиливаются в новой для ребёнка обстановке и при утомлении.

Иногда отмечается радостное, приподнятое, благодушное настроение со снижением критики к своему состоянию. Нарушение поведения встречается достаточно часто и может проявляться в виде двигательной расторможенности, агрессии, реакции протеста по отношению к окружающим. У некоторых детей можно наблюдать состояние полного безразличия, равнодушия, безучастного отношения к окружающим. Следует подчеркнуть, что нарушение поведения отмечается не у всех детей с детским церебральным параличом [2].

При детском церебральном параличе имеет место глубокая задержка и нарушение развития тактильного и мышечно-суставного чувства: дети затрудняются определить положение и направление движений пальцев рук без зрительного контроля. У многих детей выражена невозможность или сложность узнавания предмета на ощупь, без зрительного контроля. Эти расстройства связаны с недостаточностью кинестетического, зрительного и слухового восприятия, а также

совместной их деятельности. При этом нет чёткой взаимосвязи между выраженностью двигательных нарушений, и следующей из этого явностью психических нарушений. У ребенка с тяжёлыми двигательными расстройствами может быть задержка психического развития, но, при этом, у него могут быть лишь остаточные формы нарушения при детском церебральном параличе, но может сочетаться и с тяжёлым недоразвитием психики в другом случае. Для детей с детским церебральным параличом характерно своеобразное психическое развитие из-за сочетания раннего органического поражения головного мозга и наличием речедвигательный и сенсорных дефектов [1].

Для диагностики детского церебрального паралича необходимо наличие специфических не прогрессирующих двигательных нарушений. Докторами рекомендовано проведение инструментальных методов исследования, которые проводит врач: КТ головного мозга и черепа, МРТ головного мозга, видео-мониторинг и ЭЭГ сна и бодрствования для определения функциональной активности головного мозга и рентгенография строения скелета (шейного отдела позвоночника и грудного отдела, бедренной кости и стопы с нагрузкой) [4].

На основе диагноза и заключений доктора, психолог составляет психолого-педагогическую характеристику, обосновывая функционирование психических процессов, таких как: мышление, речь, память, внимание, затем педагог-дефектолог приступает к своей работе.

Значительная часть детей и подростков с детским церебральным параличом имеют волевою слабость, связанную с особенностями воспитания. В большинстве семей с детьми с таким диагнозом внимание близких сосредоточено исключительно на болезни, и родители круглосуточно находятся в стрессовом, беспокойном состоянии за своего ребёнка, в силу чего ограничивают его самостоятельность в действии, в движении, опасаясь, что он может в любой момент упасть, пораниться – в силу своей неловкости. В такой ситуации сам ребёнок неизбежно будет чрезмерно беспокоен и тревожен. Даже грудные малыши тонко чувствуют настроение близких и атмосферу окружающего их пространства, которые в полной мере передаются им.

Это приводит к тому, что ребёнок растёт безынициативным, неуверенным в своих силах и возможностях, робким. Он смиряется со своей болезнью и не стремится к самостоятельности, заранее рассчитывая на окружающих. Со временем ребенок привыкает к такому положению вещей, и, в подростковом возрасте, находит его удобным – из этого следует появление ярко выраженного эгоцентризма [2].

Необходимо сказать, что развитие моторной речевой сферы оказывает очень положительное влияние на развитие мышления и вербальной памяти лиц с детским церебральным параличом. Развитая речь ребенка позволяет приобретать новые знания об окружающем мире и о людях, тем самым обогащается его словарный запас, развивается кругозор, улучшается общее состояние [1; 2].

Подросток становится более уверенным, обращает меньше внимания на свои негативные отличия, по сравнению с нормальными сверстниками. В физическом развитии отмечается его активное перемещение и взаимодействие с различными предметами (школьной канцелярии во время уроков). В интеллектуальном развитии наблюдается приобретение новых знаний, позволяющих находить новые темы для общения с окружающими и приобретения положительных социальных контактов, способствующих социализации подростка.

Подросткам с ДЦП для полноценного развития и реабилитации, профилактики нарушения, необходимо живое взаимодействие с окружающим миром: посещение различных кружков по интересам (художественного, музыкального, спортивного), заведения новых знакомств, позволяющих с пользой и интересом проводить время.

В подростковом возрасте ранее имеющиеся трудности у подростка с детским церебральным параличом ухудшаются в силу гормонального всплеска и худшего контроля своего поведения и эмоций, усугублённых возможностью появления депрессивного расстройства. Если не проводить коррекционную работу по исправлению нарушений речевой и двигательной сферы у подростка с детским церебральным параличом, то будет ухудшаться его психическое состояние, что усложнит дальнейшую работу с ним [1].

У подростков с детским церебральным параличом нарушено восприятие себя («образ себя»). При этом, в силу нарушенного восприятия себя подросток с детским церебральным параличом может иметь сложности со своим личностным восприятием.

Одним из важнейших элементов реабилитации подростка с детским церебральным параличом является социальное взаимодействие, расширение кругозора. В настоящее время существует большое количество разнообразных компьютерных программ, сайтов, позволяющих в игровой форме узнать больше об окружающем мире, очки виртуальной реальности, позволяющие частично и ограничено пережить какой-то новый опыт, но это не поможет в развитии также, как и реальное прямое взаимодействие с миром. Походы в театр, музеи для культурного развития, различные многолюдные мероприятия: ярмарки в городских парках, календарные, традиционные праздники, проведённые на улице для социального взаимодействия с незнакомыми людьми в позитивном, доброжелательном настроении [2].

Для профилактики ДЦП в современной педагогической и медицинской практиках используются.

1. Лечебная физическая культура (далее – ЛФК) для развития физической активности, обучение ходьбе, с использованием гимнастических упражнений и подвижные игры.

2. Ортопедическое лечение для коррекций деформации скелета и создать правильное физиологическое положение тела.

3. Развитие моторики рук. Поощрение самостоятельных движений рук и пальцев, захвата и удержания предметов, различных манипуляций с ними.

4. Поддержка семьи, так, как успех реабилитации и профилактики зависит от активного участия в них родителей и членов семьи. Следовательно, существует необходимость регулярного стимулирования их деятельности, обучения распределять обязанности в семье с учётом развития самостоятельности подростка с ДЦП и непрерывного развития ребёнка во внеучебное время с помощью различных семейных игр и упражнений.

Эффективное использование в процессе реабилитации и профилактики подростков с детским церебральным параличом здоровьесберегающих технологий, созданных для использования различных нестандартных методов и методик в лечении самых различных нарушений.

1. Музыкальная терапия для снятия стресса и напряжения, возможно также в виде не только прослушивания музыки, но и игры ребёнком с нарушением на инструменте, развивая мелкую моторику.

2. Кинезиотерапия – вариант лечебной физической культуры с использованием тренажёров для воздействия на костно-мышечную систему, в которой применяются индивидуально подобранные упражнения для восстановления и дальнейшего развития двигательных функций, коррекцию осанки, и профилактику деформаций (например, костей). Упражнения осуществляются вместе со специалистом.

3. Иппотерапия – профилактическое катание на лошадях, позволяя не только снять стресс и тревожность, а также развить эмпатию через общение с лошадьми – социальными животными – но и заставить работать большую группу мышц в особом ритме, снижая их спастичность, укрепляя мышцы спины и корпуса.

4. Физкультминутка, позволяющая выполнять простые и лёгкие движения в течение короткого промежутка времени для переключения рода деятельности с интеллектуальной работы на физическую, позволяя снять напряжение и отдохнуть, развивая мышцы в комфортном темпе.

5. Ортопедическое лечение (только если рекомендовано врачом!) – специальные ботинки с фиксацией конечностей в правильном положении и специальные аппараты для правильной укладки во время сна и гипсовые шины, что помогает корректировать деформацию скелета и создать правильное физиологическое положение тела начиная с 3 лет.

6. Реабилитация с помощью робототехники, где применяются имитаторы ходьбы и роботизированные системы восстановления навыков ходьбы, тренажёры для активной или пассивной разработки рук, велотренажёры и столы для

терапии «Бобат» и «Войта» при использовании вместе с кинезиотерапией (лечением и профилактикой болезней опорно-двигательного аппарата и неврологических патологий с помощью двигательных упражнений).

Реабилитационные упражнения наиболее эффективны в оказании помощи, в первую очередь, в сохранении и закреплении корректного стереотипа движения и предотвращения дальнейших осложнений в костно-мышечной системе, например, в сохранении правильной осанки при передвижении и в сидячем положении, на управлении конечностями при выполнении сложных и бытовых задач, в том числе затрагивая мелкую и крупную моторику. В свою очередь, это означает, что непрерывающиеся регулярные упражнения, выполняемые подростком в течение всей жизни, стимулируют и мотивационную сферу. Выполнение физических упражнений в первую очередь требует пересиливания различных негативных эмоциональных состояний, если такие имеются, в том числе требуют человека найти в себе достаточное количество энергии для непосредственного выполнения упражнений, а также выделить необходимого времени и для разминки, и для комплекса, и для последующего отдыха, что можно сделать через составление расписания, что тоже требует волевых усилий и ответственности.

Данная информация может говорить о крайней необходимости коррекционной работы по исправлению нарушений речевой моторной сферы, находящейся в тесной взаимосвязи с процессами мышления и памяти [4].

Активный процесс реабилитации и профилактики подростка с детским церебральным параличом стимулирует его на столь же активное социальное взаимодействие, в особенности если подросток посещает различные кружки по интересам и людные мероприятия, позволяя чувствовать себя полноценным членом общества, повышая самооценку и помогая справиться с различными негативными психологическими состояниями.

Развитие речевой и двигательной сфер подростков с детским церебральным параличом важно в силу прямой связи эмоционального состояния детей с нарушением с их физическим состоянием и интеллектуальным развитием. Двигательное развитие таких детей улучшает их психику, ведь позволяет им почувствовать

себя активными и помогает им получать новые знания об окружающем мире, создавать новые контакты с людьми, то есть положительные социальные контакты. Речевое развитие улучшает их коммуникативное взаимодействие. Следовательно, полноценное речевое и моторное развитие подростков с детским церебральным параличом позволит им закрепить имеющиеся у них навыки, и, в дальнейшем, получать новые знания, формировать новые умения, и навыки, а также являться самостоятельной личностью, быть полезным обществу через профессиональную самореализацию, а также развиваться духовно и личностно в дальнейшем беспрепятственно.

Список литературы

1. Морошек Е.А. Детский церебральный паралич (ДЦП) – симптомы и лечение / Е.А. Морошек. – 2020.
2. Психологические особенности детей с ДЦП: о чём нужно знать родителям // Дефектология Проф: Московский институт коррекционной педагогики. – 2020.
3. Левченко И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: учеб. пособие для студентов / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько; доп. М-вом образования РФ. – М., 2001. EDN MNPVDT
4. Лишова Е.А. Церебральный паралич: причины появления, симптомы, диагностика и способы лечения / Е.А. Лишова. – 2020.