

ОПЫТ СОЦИАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА С АНАРТРИЕЙ СРЕДСТВАМИ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ (ИКТ)

Лауткина С.В., Совейко Е.И.

*Витебский государственный университет имени П.М. Машерова,
г. Витебск, Республика Беларусь*

lautkina@tut.by, evgeniasoveiko@gmail.com

В статье представлены результаты 12-летнего наблюдения за ребенком с диагнозом «Анартрия». Изучение особенностей развития проводилось на основе: изучения документации на ребенка (анализ амбулаторной медицинской карты; речевых карт обследования; психолого-педагогических характеристик); сбора и анализа клинического, психологического, логопедического анамнеза; логопедической диагностики; дневниковых записей и беседы с матерью ребенка; длительного наблюдения за ребенком. Обсуждаются возможности использования ИКТ в работе с детьми с тяжелыми нарушениями речи (ТНР), и, в частности, с анартрией, для их успешной социализации.

Ключевые слова: информационно-коммуникационные технологии (ИКТ); социализация; исследование индивидуального случая; дизартрия; анартрия; тяжелые нарушения речи; синтезатор речи.

На современном этапе развития образования наблюдается увеличение количества детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР). Среди всех детей с особенностями

психофизического развития (ОПФР) группа детей с ТНР самая многочисленная. До 80% от всего численного состава детей с ОПФР на детской популяции от 0 до 18 лет имеют первичные речевые нарушения. Очень сложной группой по коррекции и психолого-педагогическому сопровождению является группа детей с дизартрией. Однако и там имеется самая тяжелая степень дизартрии – *анартрия* – полное или почти полное отсутствие звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц.

Анартрия развивается в результате двустороннего пареза или паралича речевых мышц: губ, языка, мягкого неба, глотки, гортани. Этому предшествуют очаговые поражения продолговатого мозга, Варолиева моста, мозжечка, базальных ядер, проводящих нервных путей (пирамидного, экстрапирамидного). Вследствие пареза, паралича, гиперкинезов, атаксии и апраксии утрачивается контроль над речевыми мышцами, становится невозможной произвольная моторная реализация речи. Наряду с расстройствами артикуляционного праксиса нарушается работа фонаторного и дыхательного отделов речевого анализатора, поэтому вместе с произносительными трудностями возникает расстройство голосообразования и дыхания. Также страдает иннервация мимических, жевательных, глоточных мышц, что обуславливает сложный симптомокомплекс при анартрии.

Согласно классификации, предложенной французским неврологом Ж. Тардье в 1968 году, анартрия соответствует дизартрии четвертой степени тяжести. В клинике ДЦП анартрия встречается в 5 раз чаще, чем дизартрический синдром легкой, средней и тяжелой степени. В 1979 году И.И. Панченко [1] по тяжести проявлений анартрии выделила: 1) полное отсутствие речи (звукопроизношения) и голоса; 2) наличие только голосовых реакций; 3) наличие звукослоговой активности.

Психическое развитие детей с анартрией значительно отстает от нормы. Практически у всех в анамнезе отсутствует лепет, первые голосовые реакции появляются в возрасте 3–4 лет и позднее. Они представляют собой отдельные гласные звуки (а, о, у) или однотипные слоговые комплексы («да», «не», «ма»). Голос глухой, прерывистый, без модуляций. Отмечается артикуляционно-фонаторно-дыхательная асинергия, скандированный ритм речи. При тяжелой анартрии произносительная и голосовая активность отсутствует полностью.

Особенности психической сферы при анартрии демонстрируют быструю истощаемость произвольного слухоречевого и зрительного внимания. Интеллект может быть не нарушен. Обращенную речь дети понимают. Из-за грубых нарушений фонематической системы школьники с трудом учатся читать, моторные трудности препятствуют овладению письмом.

Проводить коррекционную работу с детьми с анартрией крайне сложно. Такая работа носит комплексный характер и должна охватывать сферы деятельности различных специалистов. Только логопедическая коррекция охватывает такие направления как: дифференцированный логопедический массаж; пассивная и активная артикуляционная гимнастика; развитие дыхания и коррекция его нарушений; развитие голоса и коррекция его нарушений; развитие просодики и коррекция его нарушений и др.

Следствием анартрии становится социальная изолированность, дефицит речевых контактов, депрессивные расстройства, трудности успешной социализации и др.

Анализ литературы, связанной с ИКТ, показывает их эффективность в работе с детьми с ТНР (в том числе и с дизартриями и анартриями). Использование ИКТ может привести к ослаблению, сглаживанию имеющихся недостатков в развитии, к развитию успешной коммуникации, к улучшению и облегчению усвоения знаний и формированию умений в образовательном процессе и социальной жизни.

Цель статьи – описание и анализ индивидуального случая ребенка с анартрией и использование ИКТ в работе с данным ребенком.

Материалы и методы. Теоретические методы: формально-логический анализ различных аспектов исследования проблемы, логико-дедуктивный метод; эмпирические методы: изучение документации на ребенка (анализ амбулаторных медицинских карт, речевых карт обследования; психолого-педагогических характеристик); клинический,

психологический, логопедический анамнез; беседа в виде опроса матери (мать ребенка – старший преподаватель вуза, имеет высшее образование по специальностям «Врач ветеринарной медицины» и «Психолог. Преподаватель психологии»), магистр образования, исследователь в области педагогических наук); метод единичного случая; длительное наблюдение за ребенком (в течение 12 лет); дневниковые записи матери.

Результаты и обсуждение. Основным методом изучения – *исследование индивидуального случая* (англ. Case study – изучение случая), а именно подробное изучение отдельного случая, относящегося к определенному виду феноменов исследуемой реальности.

Объект изучения – Даниил (на данный момент ребенку 12 лет). Наблюдается авторами публикации с первых дней жизни.

Из анамнеза: *Ребенок с диагнозом «реконвалесцент вирусного менингоэнцефалита; анартрия». Родился в срок, развивался как здоровый ребенок: сел в 5 месяцев, начал ходить – в 9 месяцев, первые слова появились в 11 месяцев, однако к 1 г. и 3 мес. говорил до 5 слов, и очень редко. С 11 месяцев сам держал ложку, к 12 месяцам сам ел, пил из кружки, любил пить через трубочку. В возрасте 1 год и 3 месяца перенес в тяжелой форме менингоэнцефалит. В течение месяца отсутствовало глотание, питание осуществлялось через зонд. После выписки из больницы проходил длительную реабилитацию: отмечались гемипарезы руки и ноги слева, отвисание нижней губы, гиперсаливация. Ложку держать ребенок учился заново, кормление надолго перешло родителям. Наблюдается дисфагия. Из-за отвисания нижней губы и затрудненного глотания прием жидкой пищи и питья стал затруднен, часть пищи выпадала изо рта. Жевание твердой пищи практически отсутствовало. Выражены захлебывания при глотании. После заболевания звуки ребенок издавать практически перестал, отмечалось только «мычание».*

Из беседы с матерью ребенка (ребенку 3 года): *«Отсутствует жевание твердой пищи, откусывание от куска, часто случаются поперхивания, захлебывания при глотании. Ест «блендерную», перетертую пищу. Затруднено питье из чашки. Сильное слюнотечение. Ребенок не чувствует вытекания слюны и не контролирует этот процесс».*

Из речевой карты обследования логопеда, автора статьи (ребенку 3 года): *Лицо амимичное, маскообразное; язык неподвижен, движения губ резко ограничены; наблюдается дистония в мышцах языка, гипотонус губ; выражены захлебывания при глотании, гиперсаливация. Понимание обращенной речи (импрессивная речь) сохранно. Ребенок выполняет простые инструкции. Ведет себя адекватно. Экспрессивная речь полностью отсутствует. Попыток сказать что-либо или повторять за логопедом не проявляет. Нарушен ритм дыхания. Отмечается нарушение координации вдоха и выдоха (поверхностный вдох и укороченный слабый выдох). Выдох происходит через нос, несмотря на полуоткрытый рот. Наблюдаются нарушения голоса (голос тихий, слабый, назализованный, сдавленный). Нарушена координация между дыханием и глотанием. Грубая недостаточность кинестетических ощущений в артикуляционном аппарате (грубое ограничение кинестетических ощущений артикуляционных поз и движений). Наблюдаются оральные синкинезии и атаксия движений.*

Остановимся на анализе использования ИКТ в работе с ребенком. Так, анализ литературы, посвященной данной проблематике, показал, что в связи с активным развитием процесса информатизации современного общества ИКТ становятся одним из основных средств обучения и коммуникации. ИКТ как образовательные технологии предполагают использование не только компьютеров, но и всего многообразия современных технических средств обучения, например, устройств обработки информации, периферийного компьютерного оборудования, средств связи, мультимедиа, а также специальных ассистивных средств для пользователей с ОПФР [2; 3].

В результате внедрения ИКТ дети с ОПФР, в том числе с ТНР, получают доступ к информации в адаптированном, наиболее удобном для них виде. Облегчается осуществление процесса коммуникации и взаимодействия. Видоизменяется деятельность детей через повышение мотивации к учебе, создание совершенно новых условий для более эффективной самостоятельной работы, творчества, приобретения и закрепления

общеучебных, специальных (предметных) и компенсаторных знаний и умений [4].

Использование ИКТ в работе с детьми с ТНР, в том числе и с дизартрией и анартрией, будет способствовать их успешной социализации. Так, в наиболее общем смысле под **социализацией** понимается *«процесс, посредством которого индивид приобретает знания ценности, усваивает язык, социальные умения и социальную чувствительность, позволяющие ему интегрироваться в общество и адаптивно вести себя в нем»* (Reber, 1996) [5]. Процесс социализации охватывает все возрастные периоды, но особенно актуален для детского возраста, в котором человек интенсивно аккумулирует наработанные в культуре инструменты адаптации к окружающему его социальному и физическому миру. Социализация реализуется в общении и деятельности – в семье, в дошкольных учреждениях, школах, колледжах и т.д. А.В. Петровский [6] выделяет три стадии социализации: *адаптация, индивидуализация и интеграция*. На стадии *адаптации*, которая совпадает с периодом детства (нам она достаточно интересна в соответствии с описываемым индивидуальным случаем), ребенок выступает как объект общественных отношений, на которого направлено огромное количество усилий родителей, педагогов и других людей, находящихся в той или иной степени близости к нему. Именно на этой стадии происходит активное вхождение в мир людей: овладение некоторыми знаковыми системами, элементарными нормами и правилами поведения, социальными ролями. *Стадия адаптации в процессе социализации является очень важной, поскольку сензитивные периоды детства необратимы*. Очевидно, что личность, не прошедшая стадию адаптации или прошедшая ее не до конца, с большими затруднениями переходит на следующие стадии: *индивидуализации и интеграции* субъект-объектных отношений личности с социумом, а в худшем случае не делает этого вообще.

Можно предположить, что ребенок, имеющий ТНР, в частности анартрию, с трудом будет проходить все стадии социализации. Родители Даниила были обеспокоены вопросами социализации ребенка, активно использовали ИКТ в образовательном процессе, в сфере дополнительного образования, а также во время занятий с ребенком дома.

Из беседы с матерью ребенка и дневниковых записей матери. Родители, понимая особенность ребенка, были озадачены вопросами социализации ребенка. Поэтому, в надежде на расширение сфер социализации и углубление речевого развития, ребенок с возраста 1 года и 10 месяцев стал посещать ясли. На контакт с детьми и воспитателями шел хорошо, однако активная речь и звукообразование не развивались. Социальный опыт ребенок успешно усваивал, выполнял все задания, включался в совместную деятельность с детьми, но без речевого взаимодействия. Сенсорное развитие соответствовало возрасту.

С 3 лет ребенок посещал специальное дошкольное учреждение для детей с ТНР. К 4 годам, благодаря занятиям в детском саду, дополнительным занятиям с дефектологом кабинета раннего вмешательства поликлиники, выполнению рекомендаций родителями удалось «поставить» звуки «А», «О», «У», «М» (придерживая нижнюю губу пальцем). К 7 годам ребенок научился выговаривать еще несколько звуков, однако до сих пор (12 лет) говорит очень нечетко; понять устную речь можно только по контексту и слоговому составу, ударениям, сопровождающей жестикуляции, попыткам произносить слова-синонимы. В 6 классе, ребенок использует устную речь только с близкими родственниками и несколькими друзьями, с которыми общается длительное время. Учитель начальных классов начала понимать его устную речь только к концу 3 класса. Интеллектуальное развитие ребенка соответствует возрасту, успеваемость в школе средняя (6-10 баллов).

С 3 лет ребенок был приобщен к занятиям в центрах дополнительного образования. В разное время посещал занятия по акробатике, плаванию, спортивному ориентированию, скалолазанию, робототехнике, основам программирования на Scratch, длительное время занимается в спортивной школе в отделении шашек и шахмат, имеет I юношеский разряд по шашкам. Такого рода занятия помогают ребенку устанавливать социальные контакты со сверстниками и взрослыми, позволяют проявить себя наилучшим образом в творческой деятельности, дают возможность самореализации и самоактуализации. Благодаря

спортивным и творческим успехам ребенок получает в классе определенный статус, что содействует его социальной адаптации и преодолению коммуникативного барьера.

С раннего детства (1-2 года), наравне с другими игрушками, ребенок играл с кубиками и мягкими пазлами с буквами. Наравне с фигурами, цветами, названиями предметов он изучал буквы в игровой форме. В 4 года и 3 месяца у ребенка появилась потребность передавать мысли, спрашивать что-то у взрослых. Стали появляться первые попытки говорить, однако в произносимом «мычании» улавливалась только интонация и отдельные гласные звуки («а», «у», «и»). К 4 годам и 6 месяцам ребенок выучил практически все буквы алфавита, понял, что из них можно составлять слова, но читать еще не был готов. Появились первые попытки писать: неумело держа карандаш, огромными буквами, часто направленными неверно (например, N вместо И). При этом прочитать что-то написанное ребенок еще не мог, и проявлял бурные негативные эмоции, когда взрослые не понимали, что он пытается написать. Осмысленное чтение по слогам стало появляться почти в 5 лет. К 5 годам и 5 месяцам ребенок уже читал и довольно быстро писал печатными буквами. К компьютеру и смартфону ребенок проявлял интерес, однако до 6 лет использовал его как средство развлечения или развития (смотрел мультфильмы, до 20 минут в день играл в развивающие игры, интересовался программным обеспечением и устройством компьютера). С 5,5 лет имел свой собственный мобильный телефон (старой модели, без сим-карты), который иногда использовал для написания текста.

В 7 лет Даниил пошел в школу, в класс интегрированного обучения и воспитания.

Из беседы с матерью ребенка и дневниковых записей матери. Учитель-дефектолог, закрепленный за классом, отмечала высокую успеваемость и отсутствие необходимости обучения в интегрированном классе. После 3 четверти 1 класса родители приняли решение об отказе от программы для детей с тяжелыми нарушениями речи. На уроках ребенок отвечает письменно (в том числе стихотворения, которые учатся наизусть), выходит к доске. Начиная с середины 2 класса, на кружки и домой из школы ребенок ходил самостоятельно. Также самостоятельно стал ходить в магазин по собственной инициативе. Для общения с продавцами использует жесты, кивки, блокнот или телефон, где пишет, что ему необходимо. Когда ребенку нужно обратиться к кому-то голосом (продавец в магазине, водитель маршрутного такси или другие люди), использует синтезатор речи в смартфоне. Синтезаторы речи в интернете ребенок осваивал самостоятельно. Первый опыт использования подобных программ ребенок получил при создании видеоролика в программе Scratch. Одним из домашних заданий было нарисовать мультфильм по стихотворению и озвучить его. Далее Даниил увлекся созданием различных видеороликов учебного и развлекательного характера. Обучаясь в 4 классе, ребенок завел собственный канал об общественном транспорте города Витебска на Youtube, где выкладывает самостоятельно снятые, смонтированные и озвученные с помощью синтезатора речи ролики. Благодаря данному увлечению, ребенок познакомился в интернете с другими ребятами, которые также интересуются общественным транспортом.

В настоящий момент Даниил является достаточно социализированным. Имеет друзей в школе, во дворе, приятелей по интересам, с которыми знакомился в Интернете, активно общается с друзьями и одноклассниками в социальных сетях и мессенджерах. В отдельных случаях использует синтезатор речи для общения, владеет слепым набором текста на компьютере, текст набирает очень быстро. Своих особенностей практически не стесняется, но на контакт с малознакомыми людьми идет либо в случае необходимости, либо если имеет некое преимущество для защиты своего «Я».

Таким образом, проведя анализ опыта социализации ребенка с анатрией, можно сделать следующие выводы. Успешная социализация детей с ТНР возможна только при коллегиальной комплексной работе неврологов, дефектологов, логопедов, психологов, педагогов, родителей и самих детей. Занятия в учреждениях общего и дополнительного образования позволяют детям расширять социальные контакты. Средства ИКТ помогают детям с ТНР осваивать социальный опыт, а также заменяют речевые контакты. С помощью средств ИКТ дети могут писать то, что хотели бы сказать, а пользуясь синтезатором речи –

озвучивать свои мысли. Посредством ИКТ дети заводят новые контакты, самореализуются в творческой деятельности, что позволяет им повышать социальный статус в группе сверстников, успешнее социализироваться.

Литература

1. Панченко, И.И. Дизартрические и анартрические расстройства речи у детей с церебральными параличами и особенности логопедической работы с ними : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.00. / И.И. Панченко. – Москва, 1974. – 251 л.
2. ИКТ в образовании людей с особыми потребностями: Специализированный учебный курс / Авторизованный пер. с англ./ Н. Токарева, С. Бесио. – М.: Изд. дом «Обучение-Сервис», 2008. –320 с.
3. Дохойн, А.М. Ассистивные технологии в инклюзивном образовании : учебное пособие / А.М. Дохойн, И.А. Маслова. – Москва : Ай Пи Ар Медиа, 2020. – 90 с.
4. Екжанова, Е.А. Практический аспект использования информационно-коммуникационных технологий в логопедической работе с детьми с тяжелыми нарушениями речи / Е.А. Екжанова, А.А. Селенкова // Специальное образование. – 2021. – №3. – С. 103–114.
5. Ребер, А.С. Большой толковый психологический словарь. The Penguin Dictionary of Psychology: Second Edition. – 2-е изд. / А.С. Ребер. – М: Вече, АСТ, 2001. – Т. 1–2. – 1152 с.
6. Краткий психологический словарь / Под общей ред. А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. – 512 с.

EXPERIENCE OF SOCIALIZATION OF A CHILD WITH ANARTHRIA USING INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES (ICT)

Lautkina S.V., Soveiko E.I.

Vitebsk State University named after P.M. Masherov, Vitebsk, Republic of Belarus

The article presents the results of a 12-year observation of a child diagnosed with anarthria. The study of developmental characteristics was carried out on the basis of: studying the child's documentation (analysis of outpatient medical records; examination speech cards; psychological and pedagogical characteristics); collection and analysis of clinical, psychological, speech therapy history; speech therapy diagnostics; diary entries and conversations with the child's mother; long-term observation of the child. The possibilities of using ICT in working with children with severe speech impairment, and in particular with anarthria, for their successful socialization are discussed.

Keywords: information and communication technologies (ICT); socialization; case study; dysarthria; anarthria; severe speech disorders; speech synthesizer.