

**РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ОБРАЗОВАНИЯ
ИНСТИТУТ КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ**

На правах рукописи

Дружинина Лилия Александровна

**ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ
ПОДХОДЫ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ КОРРЕКЦИОННОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ С КОСОГЛАЗИЕМ И АМБЛИОПИЕЙ**

специальность 13.00.03 - коррекционная педагогика

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата педагогических наук

Научный руководитель -
доктор психологических наук,
старший научный сотрудник,
Плаксина Л.И.

Научный консультант -
доктор медицинских наук,
профессор,
член-корреспондент РАЕН
Дулькин Л.А.

Москва - 2000 г.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ		4-8
Глава 1	СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДОВ КАК ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ	
	1.1. Понятие индивидуального и дифференцированного подходов в педагогике и психологии	8-19
	1.2. Дефектологическая наука о проблеме индивидуального и дифференцированного подходов	20-28
	1.3. Проблема изучения состояния зрения и здоровья как основа к организации комплексного лечения	28-36
	1.4. Изучение психофизического развития детей с косоглазием и амблиопией как основа организации индивидуального и дифференцированного подходов	36-41
Глава 2	СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С КОСОГЛАЗИЕМ И АМБЛИОПИЕЙ	
	2.1. Состояние зрения детей	41-47
	2.2. Характеристика нервно-психического статуса	47-57
	2.3. Состояние желудочно-кишечного тракта	57-63
	2.4. Нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы	63-65
	2.5. Характерные отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата	65-71
Глава 3	ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С КОСОГЛАЗИЕМ И АМБЛИОПИЕЙ	
	3.1. Методика и задачи исследования	72-78
	3.2. Особенности зрительных представлений о предметном мире	78-84
	3.3. Особенности пространственной ориентировки	84-91
	3.4. Особенности развития представлений об окружающем мире	91-99

Глава 4	ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ НА ОСНОВЕ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДОВ К ДЕТЯМ С КОСОГЛАЗИЕМ И АМБЛИОПИЕЙ	
	4.1. Дифференцированная медицинская помощь детям	99-112
	4.2. Организация индивидуальной и подгрупповой коррекции	112-116
	4.3. Методика работы с детьми в условиях индивидуального и дифференцированного подходов	116-136
	4.4. Результаты формирующего эксперимента	136-144
	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	144-146
	ЛИТЕРАТУРА	147-160

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время становится все более актуальным слияние различных областей знаний о физическом, нравственном, духовном становлении человека.

Это особенно касается больных детей, которым необходима разносторонняя помощь и поддержка.

Актуальность исследования. Для нахождения наиболее эффективных путей коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии необходимо знание не только структуры первичного дефекта и вторичных отклонений, но и изучение их индивидуальных особенностей.

Знание индивидуальных особенностей познавательных возможностей ребенка позволяет наиболее эффективно организовать коррекционную помощь.

Как известно, значительная часть детей с косоглазием и амблиопией требует комплексной медико - педагогической помощи с учетом своеобразия их развития (Л.И. Плаксина, 1998).

Вместе с тем в практике работы дошкольных учреждений для детей с нарушением зрения не имеется достаточных научно - методических рекомендаций к организации коррекционной работы с учетом своеобразия развития индивидуума и не проработан вопрос о том, как определить "зону ближайшего развития" (Л.С. Выготский, 1980) с учетом состояния здоровья каждого ребенка, что осложняет процесс практической реализации взаимодействия между коррекционно - педагогическим и лечебным процессами.

В практике работы дошкольных учреждений для детей с нарушением зрения существуют затруднения в организации соответст-

вующей нагрузки при проведении общеразвивающих и коррекционных занятий и из-за отсутствия методических рекомендаций по объединению детей в группы в зависимости от типологических характеристик.

Очевидно, что научное обоснование и разработка комплексных методических рекомендаций к организации индивидуального и дифференцированного подходов к коррекционной помощи детям с косоглазием и амблиопией являются теоретически и практически весьма актуальными и социально значимыми.

Гипотеза исследования. В исследовании мы исходили из предположения, что эффективность коррекции отклонений в развитии детей с косоглазием и амблиопией значительно возрастет, если индивидуальный и дифференцированный подходы к организации коррекционно-педагогической и лечебно-восстановительной работы будут основаны на анализе уровней развития познавательных возможностей детей, изучении состояния зрения и здоровья.

Научная новизна исследования. Впервые в тифлопедагогике представлены данные о детях с нарушением зрения в комплексе: изучены уровни познавательных возможностей детей и представлены данные о состоянии зрения и здоровья, что позволяет наиболее эффективно организовать индивидуальную и дифференцированную помощь и доказать, что для детей с нарушением зрения наряду с оказанием офтальмологического лечения необходимы и другие виды медицинской помощи, так как дети страдают разными сопутствующими заболеваниями. Снижение состояния здоровья предопределяет как формы работы (индивидуально или в дифференцированных группах), так и содержание коррекционных занятий, а педагогическая работа организуется с учетом медицинских предписаний.

Объектом исследования является система коррекционной помощи детям с косоглазием и амблиопией в специализированных дошкольных образовательных учреждениях.

Предметом исследования является изучение особенностей организации индивидуального и дифференцированного подходов в процессе комплексной медико-педагогической помощи в специализированных дошкольных образовательных учреждениях.

Целью исследования была разработка наиболее оптимальных путей и средств индивидуального и дифференцированного подходов к содержанию и формам коррекционной работы в тесной взаимосвязи с лечебно - восстановительными мероприятиями на основе индивидуальных и типологических особенностей детей.

Задачи исследования:

- изучить уровни познавательных возможностей детей с косоглазием и амблиопией и рассмотреть состояние зрения и здоровья;
- определить пути повышения эффективности индивидуального и дифференцированного подходов на основе данных об уровнях развития их познавательных возможностей, а также зрения и здоровья;
- разработать методические рекомендации к организации коррекционной помощи детям с косоглазием и амблиопией в детском саду;
- апробировать модель индивидуального и дифференцированного подходов при составлении индивидуальных программ помощи детям.

Методы исследования. Для осуществления задач применялись следующие методы:

- изучение и анализ литературных данных по проблеме исследования;
- проведение педагогического констатирующего эксперимента, направленного на выявление уровней познавательных возможностей

при овладении представлениями об окружающем мире в пределах программных требований дошкольного образовательного учреждения для детей с нарушением зрения и формирующего эксперимента (в форме индивидуальных и подгрупповых занятий коррекционного и общеразвивающего характера);

- врачебно-медицинские методы (анамнез, клинические наблюдения) на базе кафедры педиатрии Челябинской медицинской академии с участием сотрудников вышеуказанной кафедры;

- сравнительный анализ результатов эксперимента.

Практическая значимость работы состоит в том, что впервые разработаны методические рекомендации к организации индивидуального и дифференцированного подходов комплексной медико-педагогической помощи дошкольникам с косоглазием и амблиопией. Разработаны индивидуальные программы воспитания и обучения детей и курсы лечебных мероприятий.

Положения, выносимые на защиту.

- индивидуальный и дифференцированный подходы к организации коррекционной помощи детям с косоглазием и амблиопией могут быть наиболее успешны при условии изучения уровней познавательных возможностей детей и анализа состояния зрения и здоровья;

- эффективность процесса коррекции и компенсации зрительного дефекта у детей с косоглазием и амблиопией возрастает, если разработать типологические характеристики для объединения детей в группы на основе их индивидуальных особенностей;

- разработанная модель организации коррекционно-педагогической и лечебно-восстановительной работы на основе индивидуального и дифференцированного подходов позволяет наибо-

лее эффективно решать проблему комплексной педагогической и медицинской помощи детям данной категории.

Апробация результатов исследования. Результаты исследования докладывались на областной научно - практической конференции (Челябинск, 1998), на семинаре - совещании работников Управления образования (Челябинск, 1999), на семинаре - совещании руководителей дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида (Челябинск, 1998), на курсах повышения квалификации педагогов дошкольных учреждений (Москва, 1997, 1998), на методическом объединении тифлопедагогов (Челябинск, 1998), на медико-педагогических советах дошкольного образовательного учреждения № 138, учебно-воспитательного комплекса № 440 (Челябинск, 1997, 1998), на практических занятиях со студентами педагогического колледжа № 2 (Челябинск, 1999), на научно-практической конференции по проблеме "Педагогическое наследие М.И. Земцовой и современные проблемы тифлопедагогики" (Москва, 1997), Всероссийский научно- практический семинар "Индивидуальный и дифференцированный подходы в психической и физической коррекции детей с косоглазием и амблиопией". (Челябинск, 1999), Всероссийские курсы повышения квалификации тифлопедагогов (Москва, ИКП РАО, 1999).

Глава 1. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ИНДИВИДУАЛЬНОГО И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДОВ КАК ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОЛОГО - ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКЕ

1.1. Понятие индивидуального и дифференцированного подходов к обучению и воспитанию детей.

Одной из наиболее обсуждаемой за последние годы в педагогической науке проблем в свете реформирования современного образования является разработка индивидуального и дифференцированного подходов, как средство преодоления несоответствия между требованиями учебно-воспитательного процесса и реальными возможностями ребенка.

Учет особенностей личности, осуществляемый на всех этапах обучения, является необходимым условием полноценного становления личности ребенка (В.С. Мухина, 1975).

Развитие демократических начал в российском обществе требует от образования обеспечения условий для самопроявления личности сообразно ее психофизическим возможностям, это особенно касается детей с отклонениями в развитии, у которых наблюдаются различные своеобразные проявления и трудности в процессе обучения и воспитания.

Но прежде чем перейти к проблемам детей с нарушением зрения, необходимо рассмотреть индивидуальный и дифференцированный подходы как психолого - педагогическое понятие.

В Российской педагогической энциклопедии дается такое определение: "Индивидуальный подход в воспитании – осуществление педагогического процесса с учетом индивидуальных особенностей учащихся (темперамента и характера, способностей и склонностей, мотивов и интересов и др.) в значительной степени влияющих на поведение в различных жизненных ситуациях. Суть индивидуального подхода составляет гибкое использование педагогом различных форм и методов воспитательного воздействия с целью достижения оптимальных результатов учебно-воспитательского процесса по отношению к каждому ребенку. Индивидуальный подход может при-

меняться для поощрения или подавления тех или иных особенностей поведения и свойств личности конкретного ребенка" (с. 361).

Похожее определение приводится и в психологическом словаре: "Индивидуальный подход – важнейший психолого-педагогический принцип, согласно которому в учебно-воспитательной работе с детьми учитываются индивидуальные особенности каждого ребенка" (с. 135).

Индивидуализация учебной деятельности предусматривает создание всех необходимых условий для того, чтобы обучение не замыкалось, не задерживалось на уже сформированном интеллектуальном уровне ученика, а вызывало те интеллектуальные свойства, которые еще отсутствуют, но для их развития имеются необходимые предпосылки, тогда оно пробуждает и вызывает к жизни целый ряд функций, находящихся в стадии созревания, лежащих в "зоне ближайшего развития" (Л.С. Выготский, 1956, Л.И. Божович, 1968, М.В. Зверева, 1970).

Проблема индивидуального подхода в воспитании имеет длительную историю развития. Еще великий чешский педагог Ян Амос Коменский создал педагогическую систему, в которой разработал дидактические основы (содержание и методы) образования и воспитания. В педагогической системе Коменского учитываются индивидуальные особенности детей и показываются способы их выявления путем систематических наблюдений. Он видел организацию индивидуальной работы в сочетании с коллективной.

Ян Амос Коменский не сводил приспособление содержания, методов и приемов обучения к уровню подготовленности учащихся, а рассматривал его как средство продвижения каждого ученика к новым уровням развития (А.А. Кирсанов, 1982 год). Педагогические

труды Коменского не утратили своей актуальности и в наше время. К.Д. Ушинский развил свою педагогическую систему, в которой большое внимание уделяется индивидуальному подходу и отмечается его творческий характер. Он подчеркивал: "Если педагогика хочет воспитывать человека во всех отношениях, то она должна прежде узнать его тоже во всех отношениях" (с. 237).

До сегодняшних дней идеи К.Д. Ушинского привлекают внимание педагогов, когда обсуждаются сочетания коллективных и индивидуальных форм работы на уроке.

А.С. Макаренко (1977), нацеливаясь на необходимость индивидуального подхода в воспитании, писал: "Мы ожидаем, когда ученик совершит тот или иной проступок, и тогда начинаем его "воспитывать". Ученик, не совершающий проступков, нас не занимает, куда он идет, какой характер развивается в кажущемся его внешнем порядке - мы не знаем и узнавать не умеем" (с. 320). Таким образом он подчеркивал важность знания индивида для прогнозирования пути его развития.

В свете этого весьма значимо высказывание В.А. Сухомлинского (1974) о том, что воспитание – это, прежде всего, человековедение. Без знания особенностей ребенка, его умственных способностей, интересов и склонностей не может быть воспитания.

В 20-е – 30-е годы перед обществом стояла задача осуществления всеобщего обязательного обучения детей, индивидуальный подход рассматривался П.П. Блонским как необходимое условие с учетом своеобразия развития ребенка.

Позднее А.А. Бударный (1965) обосновал необходимость соответствия дидактического содержания с данными индивидуальных

особенностей учащегося для успешного преодоления трудностей в обучении.

В 60-е – 70-е годы в педагогике широко обсуждалась проблема организации самостоятельной работы учащихся, в связи с чем возникла необходимость исследования проблемы индивидуализации обучения с позиций характеристики нервно-психического здоровья и особенностей развития психики ребенка.

В последние годы А.О. Зоткин (1997), рассматривая необходимость изменения педагогической установки на проблему индивидуализации обучения, предложил несколько моделей:

- педагогической поддержки;
- адаптивная модель;
- модель компенсирующего обучения;
- коррекционная модель;
- модель дифференцированного обучения.

Не разделяя в целом такую градацию, остановимся на описании некоторых моделей.

Адаптивная модель учитывает, что требования, которые предъявляет ребенку социальная среда не всегда полностью соответствует его индивидуальным особенностям, склонностям и интересам, поэтому возникает противоречие между индивидуальными особенностями ребенка и социально-педагогическими требованиями, а это вызывает дезадаптивные явления в различных сферах. Наблюдается несколько видов дезадаптации: школьная (по отношению к нормам школьной жизни); дидактическая (противоречие между спецификой познавательных процессов ребенка и методикой обучения); эмоциональная (конфликтное поведение ребенка с окружающими); социальная (неприятие по каким-либо причинам правил общежития).

Данная модель направлена на предупреждение дезадаптивных явлений, предусматривает создание специальных условий по оказанию помощи ребенку при вхождении в какую-либо систему деятельности, в процесс обучения и воспитания адекватно его индивидуальным особенностям (личностно-ориентированная адаптация).

Следующая модель - компенсирующая. Это название взято из дефектологии, что означает восполнение аномальных функций.

Говоря о сущности коррекционной модели, автор указывает, что коррекция в психолого-педагогическом аспекте содержит исправление недостатков характера, поведения, общения. В дидактическом аспекте - недостатков в оперировании понятиями, недостатков развития навыков.

По мнению автора вышеописанные модели позволяют проектировать различные дидактические системы в условиях конкретного учебного заведения. Также возможно сочетание различных моделей.

Для нас представляет интерес последние три модели, которые мы видим как одно целое, так как при нарушении зрения процесс компенсации зрительной недостаточности осуществляется только в условиях специально организованной коррекционной помощи на условиях дифференцированного подхода к детям в зависимости от выраженности дефекта.

Тем более, как пишет И. Унт (1986) в массовой школе не созданы условия для полной индивидуализации, есть относительная индивидуализация или выделение ряда учеников в зависимости от типологии в отдельные группы, что естественно снижает уровень успешности отдельных учащихся.

Рассматривая проблему индивидуального подхода необходимо выделить формы учебной работы: фронтальной, групповой и инди-

видуальной для поиска путей разрешения имеющихся противоречий между необходимостью дать знания ученику и его возможностями.

Педагогические исследования, посвященные этой проблеме, показывают, что педагог приходя к мысли о необходимости индивидуального подхода к детям, находится в поиске способов, которые помогли бы ему решать проблемы каждого обучаемого. Однако взгляды на эту проблему в литературе неоднозначны.

Детально анализируя проблему индивидуального подхода, А.А. Кирсанов (1982) писал, что одними авторами индивидуальный подход рассматривается как знание сильных и слабых сторон развивающейся личности школьника, создание условий для всестороннего развития и преодоления тех слабых сторон, которые мешают ему успешно учиться (Н.А. Алексеев, 1995, Н.К. Акимова, 1992, Ю.К. Бабанский, 1977, И.Э. Унт, 1972, 1986, А.А. Кирсанов, 1982, А.А. Потапчук, 1994 , Е.С. Рабунский, 1975).

Другие имеют в виду такую организацию учебного процесса, при котором преподаватель выбирает способы, приемы, темы обучения, учитывая индивидуальные особенности учащихся, степень развития их способностей к овладению знаниями (И.П. Подласый, 1996, В.Ф.Шаталов, 1980, И.А. Чуриков, 1973, и другие).

А.А. Кирсанов (1982) реализацию принципа индивидуального подхода рассматривает в соответствии деятельности учителя и учащегося, в этапности процесса обучения, в подготовке учащегося к усвоению нового материала, в важности первичного закрепления и дальнейшего применения знаний на практике и при выполнении домашних заданий.

Общим же является убеждение, что индивидуальный подход направлен на личностные особенности учащегося.

Вместе с тем, принцип индивидуального подхода тесно связан с дифференцированным обучением. Один из известных способов дифференциации состоит в распределении детей по классам и школам в соответствии с их возможностями к обучению.

В Российской педагогической энциклопедии дифференцированный подход обозначается как "... целенаправленное воздействие на группу учащихся, которые существуют в сообществе детей как структурные или неформальные объединения или выделяются педагогом по сходным индивидуальным или личностным качествам учащихся, при которых учитываются их склонности, интересы и проявившиеся способности" (с. 276).

Необходимо дать определение двум понятиям: "дифференциация образования" и "дифференцированный подход".

В исследованиях А.А. Кирсанова (1982) установлено, что дифференциация образования – разделение учебных планов, программ, применяемых в специальных школах и классах и на факультативных занятиях в массовой школе. При этом соблюдается единый уровень среднего общего образования. Дифференцированный подход – это особый подход учителя к различным группам учеников или отдельным ученикам, заключающийся в организации учебной работы различной по содержанию, объему сложности, методам и приемам.

Дифференцированное обучение до 1920 года ставило своей целью углубленное изучение учебных предметов, исходя из способностей и интересов учащихся и профилирования их дальнейшего обучения.

Идея дифференцированного обучения начала осуществляться в опытно-показательных школах в 20-е годы по следующим направлениям ее реализации: комплектование классов по принципу однород-

ной обучаемости, введение двухуровневых программ, создание дифференцированных уклонов по различным специальностям, например, по педагогике, медицине, конторскому делу. В 1925 году Наркомпрос принял решение о целесообразности введения дифференцированных профессиональных уклонов в старших классах средней школы.

В дальнейшем дифференциация внедрялась с переменным успехом, то она отклонялась, то снова применялась, но заметных достижений не было (П.М. Теплов, 1961). И только когда в конце 80-х со всей очевидностью выяснилось отставание содержания и методов школьного образования, потребностей общественного развития, положение стало меняться. Идеи дифференцированного обучения получают широкое признание, и возникают новые типы образовательных учреждений: школы и классы с углубленным теоретическим и практическим изучением отдельных предметов, лицеи, гимназии, предназначенные для того, чтобы формировать контингент абитуриентов и будущих студентов, готовить школьников не только к вступительным экзаменам, но и к дальнейшему обучению в ВУЗе, знакомить старшеклассников с будущей профессией и, в конечном счете, начать первый этап формирования будущей профессиональной элиты (В.А. Попков, 1998)

В исследованиях (Х.И. Лийметс, 1975, В. Карамкова, И.Э. Унт, 1986) было показано, что дифференцированное обучение имеет свои формы.

Первая форма – это дифференциация обучения, на основе отдельных особенностей формируется группа для обучения по несколько различным учебным планам (это могут быть школы, классы, группы); вторая форма – это индивидуализация учебной работы

(может быть внутри классной, внутри групповой); третья форма учитывает индивидуально различный темп прохождения учебного курса (убыстренного или замедленного).

В педагогике групповые занятия считают аналогом дифференцированных, когда отдельные группы учащихся выполняют задания разной сложности по одной и той же теме.

Дифференцированная форма обучения имеет свои достоинства, учащиеся контактируют друг с другом, используют взаимопомощь, соревновательность, высказывают свои мысли и точку зрения.

Дифференциация детей в группе или классе, то есть разделение на более или менее однородные подгруппы производится на основании одного или нескольких признаков, зависящих от содержания учебной или воспитательной задачи. Например, при дифференциации по математике, ребенок, одаренный математическими способностями, естественно, попадет в подгруппу отличников (или сильную подгруппу). Тот же ребенок при разделении по физическим данным попадет, скажем, в группу середняков, по умению рисовать попадет в посредственную группу.

Специфика дифференцированного подхода в различных случаях описана во многих литературных источниках: например, дифференцированному подходу в обучении грамоте шестилетних детей посвящена статья А. Евдокимовой (1996). Дети приходят в класс, имея разный уровень дошкольной подготовки: одни уже бегло читают, у других послоговое чтение, а третьи – совсем не знают букв. В этой ситуации учителю необходимо владеть различными методами обучения и знаниями возрастных особенностей детей данного возраста. Условие эффективности обучения – учет исходного уровня знаний и умений детей (В.Л. Поздняков, 1986).

Е.Ю. Никитина (1996) выделяет основные особенности дифференциации, считая, что дифференциация является важнейшим направлением индивидуализации обучения; тесно связана с индивидуальными особенностями учащегося, его обучаемостью, возможностями и способностями. Цели дифференциации обучения с психолого-педагогической точки зрения - индивидуализация обучения на основе создания оптимальных условий для выявления задатков, развития интересов и способностей каждого учащегося; с социальной - целенаправленное воздействие на формирование творческого, интеллектуального, профессионального потенциала общества в целях рационального использования возможностей каждого члена общества в его взаимоотношениях с социумом; с дидактической - решение назревших проблем школы путем создания новой методической системы дифференцированного обучения учащихся, основанная на принципиально новой мотивационной основе.

Методы обучения в условиях дифференциации меняются в соответствии с особенностями учащихся и содержанием обучения. Дифференциация обеспечивает максимальную познавательную активность учащихся на основе сотрудничества с учителем.

А.О. Зоткин (1997) различает прямую и опосредованную дифференциацию. Индивидуальные задания, оценивание, стиль общения - это опосредованная дифференциация. Прямая дифференциация связана с созданием специализированных групп или классов. Далее автор выделяет типы дифференциаций: на основе уровня познавательных (специальных задатков и способностей; на основе свободного выбора - дифференциация по интересам; по темпам психических процессов, самоорганизации в деятельности.

В практике российской школы, делает вывод автор, модель прямого дифференцированного обучения является наиболее распространенной.

Анализируя исследования по организации индивидуального и дифференцированного подходов в обучении и воспитании можно сделать следующие выводы:

- при использовании понятия "индивидуальный подход" имеют в виду принцип обучения, в случае, когда осуществляется данный принцип, согласно которому в работе с детьми учитываются индивидуальные особенности каждого ребенка, который имеет свои формы и методы, говорят об индивидуализации, тогда речь идет об организации учебного процесса с учетом индивидуальных особенностей и создания оптимальных условий для развития каждого ученика;
- индивидуальный подход может быть реализован как при групповом обучении детей с приблизительно одинаковыми особенностями, так и при индивидуальном обучении, когда ребенка невозможно по тем или иным причинам ввести в групповое обучение;
- дифференциация обучения, имея свои формы, должна учитывать индивидуализацию учебной работы внутри класса или группы; и строить темп прохождения учебного материала, сообразно индивидуальным возможностям учащихся;
- дифференциация позволяет объединить в группу детей как по принципу сходства способностей детей, так и по принципу различий для усиления коррекции отдельных негативных проявлений у учащихся.

1.2. Дефектологическая наука о проблеме индивидуального и дифференцированного подходов.

Проблема индивидуального и дифференцированного подходов воспитания и обучения аномальных детей различных категорий является одним из ведущих дефектологических принципов.

Все разделы коррекционной педагогики как науки (сурдопедагогика, тифлопедагогика, олигофренопедагогика, логопедия) построены на определении тех условий воспитания и обучения, которые наиболее адекватно соотносятся с особенностями развития аномального ребенка и максимально способствуют преодолению имеющихся у него отклонений в психофизическом развитии, при подготовке их к жизни и общественно-полезному труду (Т.А. Власова, 1972). В связи с этим ею выделены два основных направления, определяющие содержание и формы индивидуального и дифференцированного подходов к воспитанию и обучению аномальных детей:

■ психолого-педагогическое и клинико-физиологическое изучение закономерностей и особенностей развития аномальных детей, зависящих от того или иного дефекта, что является основой рационального построения лечебно-оздоровительных мероприятий и корригирующего учебно-воспитательного процесса в специальной школе или дошкольном учреждении каждого типа;

■ научное обоснование для каждой категории аномальных детей системы специального воспитания и обучения, обеспечивающей коррекцию и компенсацию имеющихся у этих детей недостатков развития. Сюда включаются проблемы развития сети и обоснования структуры специальных дошкольных и школьных учреждений, определение содержания образования и производственно-трудовой подготовки в них, разработки специальных дидактических систем, приемов и методов воспитания и обучения.

Развитие дефектологии 20-го века predetermined учением Л.С. Выготского, идеи и положения которого стали методологической основой науки для разработки теории и практики обучения детей с отклонениями в развитии.

В положениях и идеях Л.С. Выготского говорится о необходимости ранней коррекции аномального развития, учета зоны актуального и ближайшего развития при диагностике аномальных детей, соотношения первичного дефекта и вторичных отклонений в ходе аномального развития.

Положения Л.С. Выготского привели к новому пониманию проблемы специального, дифференцированного и своевременного обучения и развития аномального ребенка и позволили по-новому понять проблему диагностики и компенсации различных дефектов (Т.А. Власова, 1972, В.И. Коган, 1978, Р.Е. Левина, 1965, 1968, Е.М. Мастюкова, 1992, Н.Г. Морозова, 1969, Л.И. Носкова, 1989, Ж.И. Шиф, 1968, В.А. Феоктистова, 1978).

Исследования Л.С. Выготского были развиты в дальнейшем в работах: Р.М. Боскис (1961), Т.А. Власовой (1972), Л.А. Головчиц (1987), М.И. Земцовой (1967), С.А. Зыкова (1962), Ю.А. Кулагина (1969), Р.Е. Левиной (1969), Н.Н. Малофеева (1998), Д.М. Маллаева (1992) и других, позволившие разработать методики, направленные на дифференцированное обучение, воспитание разных категорий аномальных детей (слепых, глухих, умственно отсталых, с речевой патологией).

Для организации дифференцированного индивидуального подходов, необходимо глубокое исследование психофизических особенностей ребенка. Такое исследование должно быть всесторонним,

должно проводиться совместно разными педагогическими и медицинскими специалистами.

В исследованиях К.Т. Багдуевой (1995), Л.П. Григорьевой (1988), М.И. Земцовой (1967), А.И. Каплан (1967), В.А. Кручинина (1996), А.Г. Литвака (1985), В.И. Лубовского (1978), М.С. Певзнер (1967), Б.К. Тупоногова (1998), были изучены и показаны закономерности психофизического развития детей с глубоким нарушением зрения.

В основу изучения детей положен принцип комплексного, всестороннего исследования каждого ребенка в динамике его развития. Такой подход базируется на тщательном изучении анамнеза и результатов объективного обследования, которое позволяет сделать обоснованное заключение об особенностях развития органов зрения и организма в целом. В экспериментальных данных показана роль дифференцированного обучения в развитии психических процессов, памяти, речи, мышления у детей с нарушением зрения. В результате чего были выделены следующие группы детей по степени тяжести нарушения зрения: в первую подгруппу выделили детей, которые при восприятии и ориентации пользуются осязательно-слуховым способом; ко второй группе отнесли частично видящих детей с остротой центрального зрения до 0,04 с коррекцией на лучше видящем глазу, при восприятии и ориентации пользуются зрительно-осязательно-слуховым способом; в третью группу вошли дети слабо-видящие с остротой центрального зрения 0,05 - 0,2 с коррекцией стеклами на лучше видящем глазу. Ведущим в восприятии является зрительный анализатор.

Данная классификация, разработанная М.И. Земцовой (1967), способствовала возникновению дифференцированных форм воспитания и обучения детей с нарушением зрения.

Практическая направленность данного исследования заключалась в разработке дифференцированных форм обучения, способов индивидуального подхода, установление режимов физической и умственной нагрузки. Полученные результаты позволили использовать наиболее рациональные формы и методы дифференцированного обучения и воспитания детей с нарушением зрения и организовать адекватную лечебно-профилактическую работу в образовательном учреждении для детей с нарушением зрения.

При установлении распорядка дня, составлении расписания учебных занятий и пр., Л.П. Григорьева (1990), А.Н. Добромысов (1977), А.И. Каплан (1967) предлагали учитывать не только функциональное состояние поврежденного зрительного анализатора, стадию, течение глазного заболевания, но и общее состояние организма, справедливо обращая внимание на необходимость проведения специальных занятий по гигиене зрения, предусматривающих оказание первой помощи при заболеваниях и повреждениях глаз.

От знания учителем и воспитателем особенностей психофизического развития детей с нарушением зрения, как отмечает М.И. Земцова, зависит успех обучения и воспитания этих детей. Обстоятельный учет этих особенностей позволяет выявить компенсаторные возможности, наметить пути и формы дифференцированного обучения, повысить качество усвоения знаний, определить содержание и методы коррекционно-воспитательной работы по отношению к каждой отдельной личности.

По мере развития тифлопедагогике расширилась и сфера ее исследований: в начале развития предметом ее исследования являлись дети с тяжелыми нарушениями в развитии (слепота). На современном этапе уровень науки позволил изучать детей, которые имеют менее выраженные нарушения (слабовидение, косоглазие и амблиопия). В 1963 году Э.С. Аветисовым была предложена классификация амблиопии, в основе которой лежит степень понижения остроты зрения:

- амблиопия слабой степени при остроте зрения 0,8 – 0,4;
- средней степени при остроте зрения 0,3 – 0,2;
- высокой степени при остроте зрения 0,1 – 0,05;
- очень высокой степени при остроте зрения 0,04 - ...

Среди других глазных патологий косоглазие и амблиопия являются самыми распространенными (Э.С. Аветисов, В.И. Ковалевский, 1963, Л.И. Медведь, 1976).

В связи с этим, расширяется сеть дошкольных учреждений для детей с нарушением зрения. Возникает необходимость введения в общепринятую классификацию подгруппы детей, страдающих амблиопией и косоглазием (Л.И.Плаксина, 1978).

Детально анализируя характер зрительной патологии, клинические формы проявления, различные компенсаторные возможности развития, коррекции и восстановления функций зрительной системы, Л.И. Плаксина (1998) представила дифференцированную комплексную модель медико-психолого-педагогической коррекционной помощи детям с косоглазием и амблиопией.

Л.И. Плаксина указывает, что структура дефекта, степень его выраженности определяет и характер его влияния на общее психофизическое развитие ребенка, предопределяя своеобразие развития,

обучения, воспитания и лечения детей. При этом Л.И. Плаксина (1998) дает общую картину психофизического развития детей с косоглазием и амблиопией.

Результаты исследования тифлопедагогов (А.М. Витковской, 1997, Л.В. Рудаковой, 1986, И.В. Новичковой, 1997, Л.С. Сековец, 1984, Л.И. Плаксиной, 1998, Ю.В. Павловым, 1988, Е.В. Селезневой, 1995, Е.Н. Подколзиной, 1999 и др.) раскрыли специфические особенности в развитии детей данной категории.

Знания этих детей о предметном мире носят частичный, неполный и фрагментарный характер, а трудность соотнесения признака предмета со словом обусловлена недостаточностью знаний детьми с косоглазием и амблиопией признаков реальных объектов и обедненностью словарного запаса, замечает И.В. Новичкова (1998).

В исследовании Е.В. Селезневой (1995) показано, что детям с косоглазием и амблиопией недостает представлений о собственных возможностях зрительного анализатора, что и ведет к недостаточности самосознания своих возможностей. Они не умеют пользоваться сохранными анализаторами для восполнения недостаточности зрительной информации. В работах Е.Н. Подколзиной (1999) определены трудности предметно-практической ориентировки у детей 3 - 4 лет, что сдерживает формирование образа пространства.

Л.И. Плаксина (1998) выделяет отклонения в эмоционально-волевой сфере детей с косоглазием и амблиопией. Не всегда дети бывают активны, не проявляют желания организовывать, участвовать в игре, труде, в занятиях, часто предпочитают играть в одиночку. Автор объясняет это явление не только имеющимся зрительным дефектом, но и негативным влиянием лечебного процесса на психо-

эмоциональное состояние детей, а также некоторым разрывом между ребенком и окружающей средой.

Детально анализируя содержание и методы коррекционной работы, учитывая общие и специфические закономерности детей с нарушением зрения, Л.И. Плаксина разработала ряд принципов коррекционной работы. Одним из которых является принцип дифференцированного подхода в организации коррекционной помощи детям, которая должна учитывать состояние зрения, степень выраженности зрительного дефекта, характера зрения и особенности познавательного развития.

Другой принцип – это принцип единства педагога и ребенка, где обязательным является внимательное изучение ребенка в процессе деятельности, а весь процесс воздействия строится на основе учета интересов, склонностей и психических возможностей последнего.

Сочетание педагогического и лечебного воздействия является существенным специфическим принципом работы в специализированном дошкольном учреждении. Это позволяет, с одной стороны, извлекать лечебный эффект из самих общеобразовательных занятий, а с другой – проводить лечебное воздействие без ущерба для учебно-воспитательной работы (Т.П. Кащенко, Л.А. Григорян 1994).

Для эффективности лечебного процесса Л.А. Григорян разработала идею включения в этот процесс педагогических мероприятий – это использование игровой деятельности, детского труда, занятий познавательного цикла.

Большое практическое значение имеет разработка доступных для детей зрительных нагрузок, целью которых является повышение зрительных функций амблиопичного глаза. Зрительные нагрузки распределены по остроте, характеру зрения, ориентации, виду косо-

глазия, определены отличительные особенности нагрузки при разном виде косоглазия и характере зрения. Также дана характеристика учебно-наглядным пособиям (по цвету, размеру и форме).

Таким образом, система зрительных нагрузок одновременно отвечает и педагогическим, и лечебно-офтальмологическим требованиям, а также способствует применению индивидуального и дифференцированного подходов к детям с косоглазием и амблиопией.

Л.А. Григорян (1982) отмечает, что все задания и упражнения по развитию зрения строятся на индивидуальном подходе к ребенку, при этом необходимо учитывать разрешающие возможности зрения, требования восстановительного лечения.

Л.И. Плаксина (1998) логично обосновывает, расширяет и уточняет данный подход, при разработке содержания общеразвивающих и коррекционных занятий большое внимание уделяется коррекции и активизации зрения. А во всех видах деятельности предусматривается учет зрительных нагрузок, индивидуальные и дифференцированные подходы к проведению отдельных занятий с детьми согласно этапам восстановительного лечения зрения и общего состояния здоровья.

В контексте данной работы нас интересуют не только индивидуальные особенности ребенка, но и принципы объединения их в группы по признакам общности каких-то проявлений: по клинике различных заболеваний или по уровню познавательных возможностей. Литературных данных по этой тематике недостаточно, поэтому необходимо рассмотрение работы по следующим направлениям:

- для организации индивидуального и дифференцированного подходов необходимо всестороннее педагогическое и медицинское исследование ребенка, что позволит рационально определить и ис-

пользовать формы и методы воспитания и обучения детей с нарушениями зрения, а также организовать адекватную лечебно-профилактическую работу в образовательном учреждении;

- реализация индивидуального и дифференцированного подходов в воспитании и обучении детей с косоглазием и амблиопией опирается на принципы коррекционной работы - дифференцированного подхода с учетом состояния зрения детей, особенностям психофизического развития; принцип единства педагога и ребенка помогает строить образовательный процесс с учетом интересов, склонностей и возможностей ребенка;

- анализ литературы подтверждает важность индивидуальной и дифференцированной помощи детям с отклонениями в развитии и необходимость разработки модели индивидуального и дифференцированного подходов в организации жизнедеятельности ребенка в дошкольном учреждении. Это позволяет рационально и сообразно построить в тесном взаимодействии медико - педагогическую коррекционную помощь детям с косоглазием и амблиопией.

1.3. Проблема изучения состояния зрения и здоровья как основа к организации комплексного лечения.

Всемирная организация здравоохранения определяет понятие здоровье как "состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов"

Кроме данного понятия в настоящее время существует множество других определений здоровья, показывающие наличие определенной классификации, обусловленной основными целями, которые

тот или иной автор ставит перед собой (Э.Н. Вайнер, 1998, Т.Н. Сердюковская, 1972).

Так В.П. Казначеев (1974) считает здоровье процессом сохранения и развития биологических, физиологических и психологических возможностей человека, оптимальной социальной активности при максимальной продолжительности жизни. Следовательно, напоминает о создании определенных условий, которые будут способствовать не только укреплению здоровья, но и его развитию.

По мнению С.Я. Чикина (1979), здоровье представляет собой гармоническое взаимодействие и функционирование всех органов и систем человека при его физическом совершенстве и нормальной психике, что позволяет активно участвовать в общественно-полезном труде.

Определение здоровья по Р.М. Баевскому (1979) звучит следующим образом – это возможность организма человека адаптироваться к изменениям окружающей среды, взаимодействуя с ней свободно, на основе биологической, психической и социальной сущности.

Н.М. Амосов (1987) рассматривает здоровье как способность к проявлению резервов организма.

Р.И. Айзман (1998) справедливо указывает, что определение здоровья является понятием многомерным и динамичным. Многомерность его определяется различными системами, участвующими в поддержании конкретного состояния, уровня здоровья, которые сами по себе также являются целостными, интегрально отражающими какую-либо сторону здоровья.

Далее справедливо указывает, что здоровье следует рассматривать как единое целое, состоящее из взаимосвязанных частей. Все,

что происходит с одной частью, обязательно влияет на все остальные части. С этих позиций он выделяет следующие компоненты (части) здоровья: физическое, психоэмоциональное, интеллектуальное, социальное, личностное и духовное.

Под физическим здоровьем понимается качество функций всех органов и систем организма, учитывается присутствие физических дефектов, заболеваний, в том числе генетических.

Наличие или отсутствие нервно-психических отклонений характеризует психоэмоциональный аспект здоровья.

Под интеллектуальным здоровьем понимается усвоение, накопление и использование нужной информации, которая обеспечивает развитие личности и адаптацию в окружающем мире.

Осознание себя в качестве субъекта мужского или женского пола, о способе общения и отношения с окружающими людьми подразумевает социальный компонент здоровья. Личностный аспект здоровья означает осознание человеком себя в качестве личности, как развивается собственное "я", то есть самоощущение и чувство самореализации.

Духовный аспект здоровья отражает суть человеческого бытия, те основополагающие жизненные установки, которые обеспечивают целостность личности, ее развитие и ее жизнь в обществе.

Далее Р.И. Айзман (1998) отмечает, что в детском возрасте ведущим является физическое, психоэмоциональное и интеллектуальное здоровье, а в зрелом возрасте – духовное, социальное и личностное становится стержнем, определяющим другие его составляющие.

Ряд исследователей (Д.З. Шибкова 1998, Э.Н. Вайнер 1998 и др.) считают, что несмотря на обилие определений точек зрения на

суть здоровья, до настоящего времени нет единства подходов его определения и оценки.

Однако, Э.Н. Вайнер (1998) дает более полное определение здоровью, говоря, что это такое состояние организма, дающее человеку возможность в максимальной степени реализовать свою генетическую программу в условиях социокультурного бытия данного человека. Здоровье следует рассматривать, как понятие динамическое по крайней мере в трех аспектах – индивидуальном, возрастном, историческом.

Сохранение и укрепление здоровья подрастающего поколения остается одной из главных не решенных проблем разных медицинских специалистов.

Прогноз специалистов таков, что через 20 лет доля здоровых новорожденных снизится до 15 – 20%. Страна быстро стареет, поэтому проблема здоровья детей становится приоритетной национальной проблемой (В.Н. Чумаков, 1997).

Назрела острая необходимость дать оценку состоянию здоровья детей на современном этапе. Уровень заболеваемости детей дошкольного возраста по данным исследования А.А. Баранова (1995) вызывает тревогу. Только за период с 1990 года частота онкологических заболеваний у детей увеличилась на 13 %, эндокринных болезней и расстройств питания на 29,5 %, болезней крови на 35,4 %, бронхиальной астмы на 40 %, болезней органов пищеварения на 21,6%.

Статистические данные по городу Челябинску, что только 7 - 8 % дошкольников здоровы, 35-40% составляют группу риска, примерно 40% - хроники, 90% дошкольников имеют различные нарушения осанки. 80% детей 3 - 7 лет имеют отклонения в развитии и здо-

ровье, из них наибольший процент детей - с нарушением опорно-двигательного аппарата. В этой связи актуальной становится задача обеспечения дошкольного образования и воспитания без потерь здоровья детьми (Т.А. Тарасова, 1997). Современные дети, как отмечает В.Ф. Базарный (1995), в подавляющем большинстве уже изначально физически и психически ослаблены, болезненные. Болезненные от зачатия, от родов, от семьи. А по мере все более широкого распространения всеобуча в мир детства, в общественное сознание, как фатальная неизбежность стали входить такие понятия, как "школьная близорукость", "школьные сколиозы", "школьная неврастения" и др.

В исследованиях Н.П. Вайзмана (1996) указывается на то, что за последнее десятилетие картина здоровья и развития наших школьников резко изменилась к худшему. Больше значится детей с задержкой физического развития, поздним половым созреванием. Двигательные качества подростков 90-х годов значительно ниже, чем у сверстников 60-х годов.

Далее автор исследования приводит следующие данные: 5 - 15 % первоклассников без признаков умственной отсталости функционально не готовы к школьному обучению. Они не усваивают программу или овладевают ею с перенапряжением и ухудшением состояния здоровья, при этом установлено, что 15 % учащихся первого класса имеют хроническую патологию (3 - 4 группа здоровья), а у 80 % - морфо - функциональные отклонения (2 группа здоровья), 30 % школьников имеют нервно - психические отклонения.

Успешность обучения и адаптации в школе зависят от биологического возраста ребенка, состояния его здоровья и школьной зрелости. Причинами этого могут быть поражения головного мозга во внутриутробном развитии, родовые травмы или послеродовые моз-

говые инфекции, травмы и интоксикации (Г.Е. Сухарева, 1959, В.И. Гарбузов, 1977, В.В. Ковалев, 1979). При этом, как отмечал Н.П. Вайзман (1998), поражение центральной нервной системы у новорожденного проявляется в повышенной возбудимости, двигательном беспокойстве. У ребенка нарушен сон, имеют место желудочно - кишечные расстройства, отмечается тремор, нистагм, непостоянное косоглазие.

Установлено, что на 2 - 3 году жизни последствия раннего органического поражения центральной нервной системы проявляются в двигательной расторможенности, дети не могут сосредоточиться на предмете, отвлекаемы, отмечается задержка речевого и моторного развития, соматовегетативные расстройства. (Е.А. Стребелева, 1994).

У детей 5- 6 лет недостаточно развито внимание, обнаруживаются затруднения в рисовании. А при поступлении в школу детям трудно усваивать навыки письма, чтения, счета. В ряде исследований (В.В. Ковалев,1979; Г.Е. Сухарева, 1959, Н.П. Вайзман, 1996) указывается, что у детей школьного возраста с диагнозом последствия раннего органического поражения центральной нервной системы отмечаются нарушения восприятия, памяти и внимания, недоразвитие эмоциональной, волевой сферы, дети испытывают трудности в обучении. На электроэнцефалограмме признаки органического поражения мозга.

Статистические данные по г. Челябинску о состоянии здоровья школьников таковы:

- заболеванием иммунной системы страдают 53%;
- аллергопатология отмечается у 53%;
- нарушения опорно-двигательного аппарата у 78%;

- неврологические нарушения у 51%;
- заболевания желудочно-кишечного тракта у 42%;
- ЛОР-патология у 31%.

Эти данные относятся к детям, посещающим общеобразовательные учреждения.

Проблема здоровья приобретает еще более выраженный характер, когда речь идет о детях с глазной патологией - это слепые, слабовидящие и дети с косоглазием и амблиопией.

Н.И. Кудряшова (1995) разводит понятия понижение остроты зрения и болезнь глаза. Болезни глаз возникают как результат патологических изменений в различных частях глаза вследствие нарушения как самого глаза, так и других органов. Близорукость, дальнозоркость и так далее - это плохое зрение, катаракта, глаукома и так далее - это болезнь глаз.

Детально анализируя состояние зрения и здоровья слепых и слабовидящих детей А.И. Каплан (1964) отмечает, что нередко заболевания и аномалии развития органа зрения являются частью системного поражения организма. Так, например, одна из основных клинических форм слепоты - атрофия зрительного нерва у ряда учащихся школ слепых бывает только одним из проявлений поражения центральной нервной системы различной этиологии как врожденного, так и приобретенного характера.

Более полное и углубленное исследование состояния здоровья детей были проведены группой ученых под руководством И.М. Самченко (1976) в школах для слепых и слабовидящих детей.

Результаты исследования показали, что глазные болезни, нарушения нервно - психического здоровья часто сочетаются с отклонениями в состоянии опорно-двигательного аппарата, нервной сис-

темы, лор-органов, несколько реже в сердечно-сосудистой, мочевыводящей, дыхательной, эндокринной системах. Наиболее часто встречается поражение органа зрения в совокупности с дефектами опорно-двигательного аппарата.

Автор данного исследования отмечает необходимость применения в процессе обучения слепых и слабовидящих лечебной и корригирующей гимнастики, массажа с целью коррекции выявления дефектов и компенсации нарушенных функций.

Наряду с этим отмечается необходимость постоянного медицинского контроля, осуществление комплексного лечения выявленных у учащихся отклонений в состоянии зрения и здоровья. Нарушения со стороны центральной нервной системы приводят к патологическому формированию личности у детей с врожденными нарушениями зрения, одной из форм которой является нервно-психическое расстройство.

Н.Б. Лурье (1975) выделяет три стадии в клинической динамике патологического формирования личности.

Развитие детей 5 - 9 -летнего возраста обусловлено церебростенией и переживанием своей ущербности. Отмечается плаксивость, раздражительность, плохое самочувствие, соматовегетативные расстройства. Ярко выражены такие черты характера, как настороженность, замкнутость, склонность к фантазированию. В 10-12 лет эти черты гипертрофируются, что влечет за собой трудности в социальной адаптации. У детей постарше (13 - 16 лет) обострено чувство собственной недостаточности, повышенной ранимости и неуверенности в себе. Дети замкнуты, подвержены частой смене настроения.

Подобное исследование позволило успешнее решить проблемы восстановления и коррекции зрения посредством повышения эффек-

тивности медико - педагогических воздействий в условиях школьного обучения слепых и слабовидящих детей.

Как отмечала А.Н. Гнеушева (1976), что многие слепые и слабовидящие дети соматически ослаблены. Прослеживая состояние здоровья детей с нормальным зрением и с нарушенным, у последних чаще выявляются изменения со стороны других органов и систем, у отдельных детей зрительный дефект сочетается с различными отклонениями в нервно - психической сфере.

Таким образом, детально проанализировав состояние здоровья слепых и слабовидящих детей А.Н. Гнеушева пришла к выводу, что дети данной категории представляют сложную и разнообразную группу, их можно различить по степени снижения зрительных функций, зрительной патологии, по течению и степени прогрессирования заболевания глаз, по своим зрительным возможностям, общему состоянию здоровья, выраженности вторичных отклонений.

Таким образом, знание зрительного дефекта при косоглазии и специфики восстановления зрительных функций, требует от нас описания трудностей, которые возникают у детей на фоне данной глазной патологии.

1.4. Изучение психофизического развития детей с косоглазием и амблиопией как основа индивидуального и дифференцированного подходов

Дети с косоглазием и амблиопией при некоторой их общности с психофизическим развитием слепых и слабовидящих детей имеют свои специфические особенности в развитии (Л.И. Плаксина, 1998).

Детально анализируя своеобразие монокулярного видения, что характерно для данной категории, автор уточняет, что в связи с его

наличием страдает точность, полнота зрительного восприятия, наблюдается неспособность глаза выделять точное местоположение объекта в пространстве, его удаленность, выделение объемных признаков предметов, дифференциация направлений.

В работах тифлопедагогов (Л.С. Сековец, 1984, Е.Н. Подколзиной, 1999, Л.И. Плаксиной, 1998, И.В. Новичковой, 1998, Е.В. Селезневой, 1995 и др.) представлена общая картина психолого-педагогического развития детей с косоглазием и амблиопией.

Изучив практические действия детей с нарушением зрения Л.И. Плаксина (1998) делает вывод о том, что освоение предметного мира, развитие предметных действий, где требуется зрительный контроль и анализ у детей с косоглазием и амблиопией происходит сложнее, они носят замедленный характер. Далее автор отмечает затруднения в работе с объемными материалами детей с косоглазием и амблиопией и желание непосредственного контактирования с объектами.

В ряде исследований Л.И. Плаксина отмечает общую обедненность предметных представлений и снижение уровня чувственного опыта детей за счет неточности, фрагментарности, замедленности зрительно-пространственной ориентировки.

Детально анализируя особенности формирования ориентировки в пространстве у детей с нарушением зрения 3 - 4-х лет Е.Н. Подколзина (1999) отмечает, что у детей с косоглазием и амблиопией из-за ограничения чувственного опыта возникают значительные затруднения предметно-практической и словесной ориентировки в пространстве.

За счет монокулярного видения пространства у детей с косоглазием и амблиопией затрудняется ориентация в пространстве на уров-

не предметно-практических действий, так как многие из признаков зрительно не воспринимаются.

У детей с нарушением зрения отсутствуют четкие представления о своем теле и связи между пространственным расположением парно-противоположных направлений своего тела с их словесными обозначениями, отмечается неустойчивость и фрагментарность пространственных представлений о своем теле, а это, в свою очередь, делает невозможным практическую ориентировку "на себе" и перенос действий в конкретные предметно-пространственные ситуации.

Исследования И.В. Новичковой (1998) представляют особенности развития речи у детей с косоглазием и амблиопией старшего дошкольного возраста.

Овладение обобщающими словами и уровень выделения общих признаков предметов у детей с косоглазием и амблиопией, в сравнении с детьми с нормальным зрением, значительно снижен, а это, в свою очередь, затрудняет формирование предметно-практических действий сравнения, классификации и сериации предметов по общим или отдельным признакам. Далее автор отмечает, что процесс формирования умения строить описательный рассказ сдерживается из-за недостаточности зрительно-сенсорного опыта, трудностей анализа зрительных признаков в изображении и понимания смысла изображений.

Изучение детей старшего дошкольного возраста (6 - 7 лет) показало, что у них существуют трудности ориентации в признаках и свойствах предметов окружающего мира, при этом собственные сенсорные возможности детьми не осознаются (Е.В. Селезнева, 1995). В результате исследования автором установлено, что у детей с косоглазием и амблиопией наблюдаются бессистемные неточные сведе-

ния о собственных сенсорно-перцептивных возможностях, о внешних признаках, строении, функциональном назначении органов чувств, что не позволяет ребенку с патологией зрения активно включиться в процесс компенсации собственного дефекта. Далее автор уточняет, что в процессе сенсорной ориентации дети с косоглазием и амблиопией без специального обучения полностью доверяются поступающей зрительной информации. Лишь отдельные дошкольники осознают необходимость использования сохранных органов чувств, отдавая при этом предпочтение осязанию и слуху. Почти отсутствует ориентация на обоняние и вкусовые ощущения. При этом у детей практически отсутствует планомерное обследование предметов как зрением, так и сохранными анализаторами, снижена их перцептивная активность.

Л.С. Сековец (1984), М.А. Мишин (1997) показали наличие отклонений в развитии двигательной сферы детей, их мобильность, связанные с монокулярным видением пространства, которая характеризуется возможностью анализа таких признаков пространства, как протяженность, удаленность, глубина, объемность (Л.И. Плаксина, 1998).

Косоглазие и амблиопия как сложный зрительный дефект обуславливает появление отклонений в развитии двигательной сферы ребенка, приводит к снижению двигательной активности, сложностям ориентировки в пространстве и овладения движениями (Л.С. Сековец, 1985). При этом автор отмечает, что овладение основными движениями (ходьбой, бегом, метанием, прыжками, лазанием) во многом определяется состоянием и характером зрения, уровнем зрительно-пространственной ориентации. Дети с косоглазием и амблиопией за счет снижения остроты зрения и монокулярном его характе-

ре затрудняются в видении предметов и объектов в пространстве, в выделении расстояния и глубины пространства. Поэтому во время ходьбы и бега дети затрудняются в сохранении дистанции, наталкиваются друг на друга, протягивают вперед руку при движении в пространстве. Продолжая говорить о недостатках развития детей с косоглазием и амблиопией Л.С. Сековец установила, что качество прыжков детей характеризуется несогласованностью рук и ног, приземлении на одну ногу, отсутствии отталкивания, слабой силой толчка за счет сложности видения глубины, удаленности объектов при монокулярном зрении.

При метании у детей наблюдается отсутствие прослеживания взором предмета и действий бросающей руки, снижение быстроты восприятия действий метания.

В ряде исследований по выявлению особенностей психофизического развития детей с косоглазием и амблиопией отмечено, что спонтанное развитие выявленных отклонений будет протекать медленно или совсем не произойдет, необходима организация психолого-педагогической коррекционной помощи детям.

Вышеуказанными авторами представлена общая картина психофизического развития детей с косоглазием и амблиопией, а применительно к индивидууму и описанию своеобразия конкретного ребенка мы не обнаружили в литературе никаких данных.

Вместе с тем нас интересует, как идет социальная адаптация детей с косоглазием и амблиопией к отдельным видам деятельности и как на основе типологических общностей объединять детей в группы в процессе обучения, воспитания и коррекционных занятий. Для этого нам необходимы данные о состоянии зрения, здоровья и уровнях познавательных возможностей детей.

Глава 2. ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С КОСОГЛАЗИЕМ И АМБЛИОПИЕЙ

Состояние зрения тесно связано с общим состоянием организма. Зрительная система подчиняется основным законам жизнедеятельности организма, будучи здоровыми или больными (Е.М. Белостоцкая, Г.Л. Старков, 1972). Поэтому необходимо всестороннее клиническое обследование детей с косоглазием и амблиопией, посредством которого предоставится возможность дать рекомендации педагогам по организации и проведению коррекционно - развивающих мероприятий в детском саду с учетом медицинских показаний и рекомендаций. Медицинские данные позволят иметь полную картину соматического состояния каждого ребенка, чтобы соответственно подойти к лечению.

Для этого разными медицинскими специалистами в дошкольном образовательном учреждении был проведен углубленный осмотр детей. Диагнозы устанавливались на основании анамнестических данных, жалоб, лабораторных и клинических исследований (электро-энцефалограмма, электро-кардиограмма, ЭХО-грамма, ультразвуковое исследование, рентгенография позвоночника и черепа). Обследованию подлежали 50 детей с косоглазием и амблиопией и 50 детей с нормальным зрением.

Необходимо было составить общее представление о состоянии зрения и здоровья детей.

2.1. Состояние зрения детей

Для правильной организации и содержания коррекционной работы педагогам необходимо владеть основами медицинских (оф-

тальмологических) знаний и уметь применять их в отношении каждого ребенка.

Остановимся кратко на том, что такое косоглазие и амблиопия и представим результаты обследования наших испытуемых по состоянию зрения.

Косоглазие - заболевание с нарушением бинокулярного зрения, в результате отклонения одного из глаз от общей точки фиксации. Косоглазие - это не только косметический дефект, а тяжелый функциональный недостаток. При несогласованности работы мышц глаза развивается косоглазие. Чаще всего это начинается в 2 - 3 года, когда наиболее активно формируется совместная деятельность обоих глаз. Причиной нарушения взаимодействия глаз могут быть заболевания и травмы центральной нервной системы и органа зрения.

Анализируя состояние зрения детей с косоглазием и амблиопией Э.С. Аветисов (1963), Л.А. Григорян (1978), Е.И. Ковалевский (1995), R. Sachsenweger (1959) выделили следующие клинические виды косоглазия:

- содружественное косоглазие;
- сходящееся косоглазие и амблиопия различной степени;
- расходящееся косоглазие с разной структурой дефекта: при нормальной остроте зрения, при гиперметропии с дальнорезким астигматизмом, при миопии, при амблиопии различной степени.

Сходящееся косоглазие развивается в раннем детстве и часто бывает не постоянным, а периодическим. Со временем косоглазие приобретает стойкий характер, так как зрительная система ребенка перестраивается и приспособляется к асимметричному положению глаз, нарушается бинокулярное зрение.

Расходящееся косоглазие постепенно усиливается с возрастом или остается неизменным, а возникает оно в более позднем возрасте.

Исследования показывают, что у 70% детей со сходящимся косоглазием наблюдается гиперметропия (дальнозоркость), а у 60% при расходящемся косоглазии миопия (близорукость) (В.Т. Абрамов, 1993).

При этом в зависимости от состояния аккомодационного аппарата выделены:

- аккомодационное косоглазие;
- частично-аккомодационное косоглазие;
- неаккомодационное косоглазие.

При косоглазии косящий глаз практически бездействует, в зрении участвует только один глаз. Постепенно это приводит к стойкому понижению зрения косящего глаза, амблиопии.

Под амблиопией понимают понижение остроты зрения, обусловленное функциональными расстройствами зрительного анализатора, не сопровождающиеся видимыми анатомическими изменениями (Л.А. Григорян, 1978, S. Karpowiz, 1962).

Различают следующие виды амблиопии:

- рефракционная;
- дисбинокулярная;
- обскурационная;
- истерическая.

Причиной возникновения рефракционной амблиопии является длительное и постоянное проецирование на сетчатку глаза неясного

изображения предметов внешнего мира при высокой дальнозоркости и астигматизме.

Данный вид амблиопии возникает вследствие аномалии рефракции, которые в данный момент не поддаются коррекции.

При ношении правильно подобранных очков острота зрения постепенно может повыситься вплоть до нормального.

Причиной возникновения дисбинокулярной амблиопии является расстройство бинокулярного зрения. Понижение центрального зрения ведет к расстройству зрительной фиксации и появлению нецентральной фиксации. Точная оценка местоположения видимого предмета затруднена. Таким образом, дисбинокулярная амблиопия подразделяется на две группы: амблиопия с правильной фиксацией и амблиопия с неправильной фиксацией, которая встречается в 70 - 75 % случаев.

Амблиопия данного вида, как правило, односторонняя и встречается при монолатеральном косоглазии. При центральной фиксации своевременное лечение приводит к повышению остроты зрения. При нецентральной фиксации это удается не всегда.

Причиной возникновения абскурационной амблиопии является врожденное или раноприобретенное помутнение хрусталика.

Понижение зрения при данном виде амблиопии обусловлено не только функциональными, но и анатомическими причинами, поэтому на значительное улучшение зрения нельзя рассчитывать.

Истерическая форма амблиопии встречается редко и может возникнуть после психической травмы. Происходит понижение остроты центрального зрения, сужение поля зрения, наблюдается спазм

аккомодации и конвергенции. Ведущую роль в лечении данного вида амблиопии занимает психотерапевт.

Нарушение бинокулярного зрения при косоглазии и амблиопии может и должно быть устранено в ходе интенсивных тренировок и применения специальных методов лечения (Л.И. Плаксина, 1998).

В исследовании состояния зрения детей с косоглазием и амблиопией, проведенном врачом-офтальмологом в дошкольном учреждении № 138 г. Челябинска, отмечается, что из 50 детей у 43 косоглазие возникло в возрасте до трех лет.

Амблиопия без наличия косоглазия отмечена у двух детей; при сходящемся содружественном косоглазии из 24 детей у 20 отмечена амблиопия разной степени тяжести; косоглазие расходящееся содружественное имели 6 детей, при этом у 4 была отмечена амблиопия разной степени тяжести; детей с врожденной катарактой оказалось 2 при наличии амблиопии; последствия перенесенного внутриутробного увеита было отмечено у 4 детей при наличии амблиопии; у 9 детей был выставлен диагноз гиперметропический астигматизм, который сочетался с амблиопией; миопия врожденная была отмечена у 3 детей при наличии амблиопии.

Итак, всего было осмотрено 50 детей, у 44 была отмечена амблиопия разной степени тяжести. В соответствии с имеющимися данными дети были разделены на подгруппы:

■ в первую подгруппу вошли дети с высокой степенью амблиопии - 32% ;

■ ко второй подгруппе отнесены дети с амблиопией средней степени тяжести - 26% ;

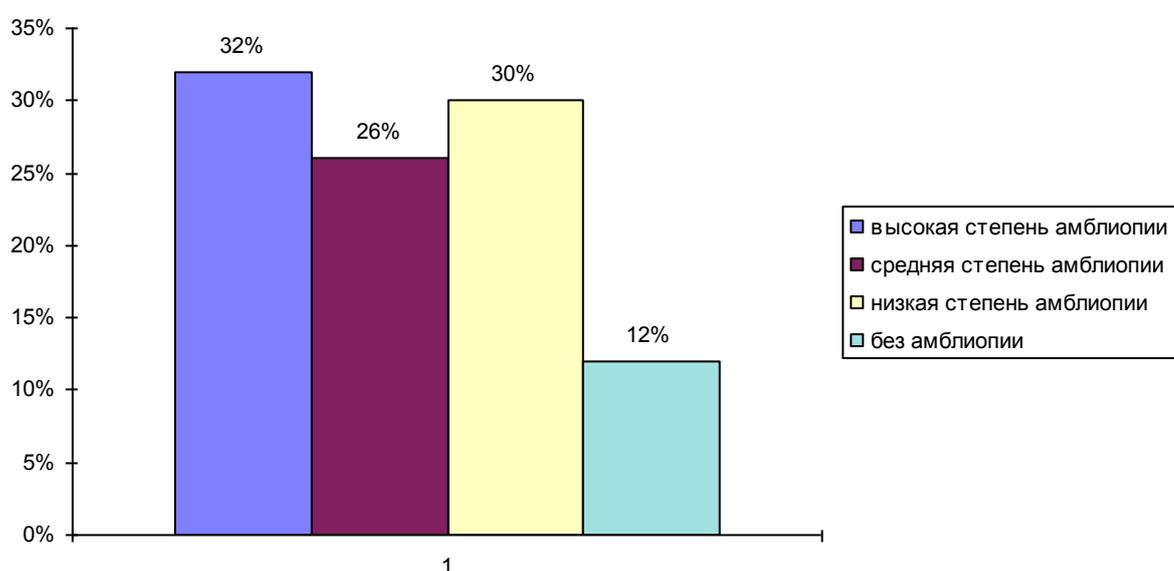
■ в третью подгруппу вошли дети с амблиопией слабой степени тяжести - 30% ;

■ к четвертой подгруппе были отнесены дети без амблиопии - 12%.

Все дети с монокулярным характером зрения в основном находятся в условиях окклюзионного лечения, когда из акта зрения выключается лучше видящий глаз.

Диаграмма № 1

Данные обследования врача офтальмолога



Л.И. Плаксина (1998) подчеркивает, что для организации медицинской и психолого-педагогической коррекционной работы необходимо понимать не только структуру зрительного дефекта, знать систему лечения зрения, но и знать состояние здоровья в целом, чтобы решать проблему комплексной лечебно-восстановительной работы.

2.2. Характеристика нервно-психического статуса

В.М. Остапов (1991), В.И. Гарбузов (1990), А.О. Дробинская (1998), С.С. Мнухин (1968) к нервно-психическим расстройствам относит чрезмерную возбудимость, раздражительность, плаксивость, впечатлительность, нарушение сна, а также невропатию и невроз.

По данным исследования психоневролога детей дошкольного возраста с косоглазием и амблиопией выявлено семь видов нервно - психических нарушений центральной нервной системы, причинами которых являлись поражения головного мозга во внутриутробном периоде - это интоксикация, инфекции, гипоксия; родовые травмы черепа, вследствие затяжных или быстрых родов, асфиксия новорожденных, энцефалопатия; послеродовые мозговые инфекции, травмы и интоксикации.

Выявленные нервно-психические расстройства:

- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с неврозоподобным синдромом (28% обследованных детей);
- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с невротическим и астеноневротическим синдромом (10 % обследованных детей);
- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с гипердинамическим синдромом (6% обследованных детей);
- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с эпилептиформным синдромом (4% обследованных детей);
- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с церебростеническим синдромом (12% обследованных детей);

- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с гидроцефальным синдромом (6% обследованных детей);
- последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с псевдоаутизмом (2% обследованных детей).

В основе вышеуказанных нервно-психических проявлений лежат нарушения функций центральной нервной системы, среди которых преобладают нерезко выраженные и обратимые формы нарушений при условии соответствующей медицинской помощи. Рассмотрим характер каждого синдрома, так как это необходимо знать специалистам разного профиля для организации индивидуального и дифференцированного подходов в воспитании и лечении детей с косоглазием и амблиопией.

- при неврозоподобном синдроме ребенок характеризуется аффективными нарушениями: понижением настроения в сочетании с капризностью, ребенок склонен к монотонному плачу, часто испытывает тревогу. Наблюдаются неврозоподобные расстройства в виде:

- упорного, стойкого, частого ночного энуреза, иногда мочеиспускание происходит во время дневного сна, что обычно связано с соматическими заболеваниями, физическим переутомлением, эмоциональным напряжением и нарушением водного режима;

- неврозоподобные страхи: ребенок боится громких непонятных звуков, неизвестных предметов, героев сказок, темноты, высоты и т.д., дети неуверены в себе и своих действиях, несамостоятельны, ребенок плохо ориентируется в окружающем мире. В.И. Гарбузов, врач, говорит: "Чего ребенок не понимает - того он и боится". Во время приступов страха возможно присоединение вегетативных расстройств, ребенок испытывает тягостные телесные ощущения: холо-

деют руки и ноги, ему не хватает воздуха, испытывает ощущение "остановки" сердца, тахикардия, повышенное артериальное давление, сухость во рту, бледность, а затем покраснение кожных покровов, одышка;

- часто встречаются неврозоподобные тики: частое мигание, подергивание носом, щекой, передергивание плечами, покашливание. Движения возникают исподволь, дети их не замечают;

- наблюдаются нарушения сна и аппетита.

Дети с неврозоподобным синдромом не осознают своего состояния. Данные параклинических исследований подтверждают наличие расстройств по органическому типу (электроэнцефалограмма, ЭХО-грамма, рентгенография черепа).

Приведем пример, ЮЛЯ К., частичный альбинизм, смешанный астигматизм, рефракционная амблиопия, острота зрения OD-0,5, OS-0.5, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с неврозоподобным синдромом, дискинезия желчевыводящих путей, плоскостопие. Девочка тревожная, ночью долго не может уснуть, боится громких шорохов и звуков, засыпает только после того, как мама приложит ее к груди (почти до 5 лет). Днем неуверена в себе и в своих действиях. В кругу знакомых сверстников общительна. Эпизоды ночного энуреза отмечались до 4,5 лет, жалобы на срыва стула и расстройства желудочно-кишечного тракта. Отмечаются двигательные навязчивости: передергивание носом. Бесконечно поднимает и мнет подол платья в руках. Боится всего нового, неуверена в ответе, когда ее спрашивают на занятии краснеет и смущается, выступают слезы на глазах. На ЭЭГ диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с органическими стигмами.

Невротический и астеноневротический синдром характерен быстрой истощаемостью и утомлением от любого вида деятельности, при этом наблюдается:

- повышенная чувствительность к шуму, громкому голосу, ребенок плохо переносит жару, вследствие этого начинается головная боль. Ребенок часто плачет, становится раздражительным, что осложняет его отношения со сверстниками, его внимание становится рассеянным, память ухудшается;

- на фоне утомления и истощения нервной системы иногда нарушается чувствительность глаз (глаза краснеют, ребенок начинает часто моргать или щуриться);

- отмечаются нарушения сна и бодрствования; сон ребенка поверхностный, он трудно засыпает, а ночью часто пробуждается со страхами и опасениями, иногда говорит и ходит во сне;

- возможны вегетативные нарушения: расстройства пищеварения, аппетита, сердцебиение;

- появляются патологические привычки: сосание пальца, накручивание волос на палец.

Ребенок ощущает себя нездоровым, тяжело переносит свое состояние.

Дети с астеноневротическим синдромом - это дети часто и длительно болеющие. В их медицинской карточке значатся такие болезни, как хронический тонзиллит, синусит, острые респираторные заболевания, острые респираторные вирусные инфекции, острый и хронический отит, бронхит, аллергические заболевания. Болезни носят затяжной характер. После недолгого посещения детского сада дети вновь заболевают, так как организм ребенка ослаблен. Данные параклинического исследования подтверждают наличие расстрой-

ства по органическому типу (данные электроэнцефалограммы, ЭХО-граммы, рентгенографии).

Приведем пример. АНЯ Б., непостоянное расходящееся косоглазие $< - 15^\circ$, острота зрения OD-0.9, OS-1.0, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с астено-невротическим синдромом, дисбактериоз, нарушение осанки (кругло-вогнутая спина), девочка соматически ослаблена, подвержена частым простудным заболеваниям, часто хандрит, вечерами температурит. После болезни долгое время со сверстниками обидчива и раздражительна, быстро утомляется и истощается, жалуется на головные боли. Плохой аппетит. Во время дневного сна долго не может уснуть, вечером трудно уложить спать, сон поверхностный, тревожный. Несколько раз за ночь приходит в комнату к родителям и просит разрешения остаться с ними. Присутствуют навязчивые движения в виде покашливания. На электроэнцефалограмме диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга по органическому типу.

Гипердинамический синдром характеризуется повышенной двигательной активностью, неусидчивостью, множеством нецеленаправленных движений и действий:

- дети возбуждены, не могут сконцентрировать свое внимание на чем-либо, если сосредотачиваются, то на очень короткое время, что затрудняет проведение воспитательной и лечебной работы;
- дети легко вступают в конфликты со сверстниками, могут быть агрессивными, проявляют негативизм, наблюдается частая перемена настроения;

- отмечаются трудности при засыпании (в постели играют, ба- луются, засыпают, стоя на коленях и локтях);
- на занятиях ребенку трудно усидеть на месте, обязательно будет вертеть какой-то предмет в руках, ерзать на стуле, ме- шать товарищам; одни дети особенно возбудимы с утра, дру- гие - к вечеру.

Педагогам необходимо знать, что именно гипердинамичный ребенок чаще других может оказаться в нежелательной ситуации (залезть в яму, взять без спросу колющие предметы, опрокинуть чайник с кипятком и т.д.) (В.И. Гарбузов, 1990).

Приведем пример: СЕРЕЖА 3., гиперметропия, астигматизм, рефракционная амблиопия, острота зрения OD-0.4, OS-0.4, последст- вия раннего органического поражения центральной нервной системы с гипердинамическим синдромом, гастродуоденит, плоскостопие. Мальчик соматически здоров, общителен, претендует на лидерство среди сверстников. Чрезмерно активен, непоседлив, ему трудно со- сосредоточиться в течение короткого времени при выполнении зада- ний, постоянно что-то вертит в руках, отвлекает других детей. Про- воцирует детей на недоброжелательные поступки ("подойди и отбе- ри игрушку у Коли" или "стукни Ваню"). Трудно засыпает во время дневного сна, ерзает, крутится, мешает другим детям. Эмоционально заряжен с утра. На занятиях требует частой смены деятельности.

Эпилептиформный синдром сопровождается нарушениями в эмоционально-волевых и двигательных расстройствах. Иногда со- стояние детей характеризуется как двигательная буря. Сильное воз- буждение и расторможенность сменяется апатией и безразличием, быстрой сменой настроений:

- у детей затруднены переключения движений, страдает речевая и мелкая моторика, им трудно рисовать и лепить мелкие детали, шнуровать обувь и застегивать пуговицы;

- необходимо отметить вялость, пассивность, инертность ребенка;

- у большинства снижена память, дети затрудняются в сосредоточении внимания на объекте и переключения его;

- наблюдаются различного характера судорожные и бессудорожные параксизмы.

Данные параклинических исследований подтверждают наличие расстройств по органическому типу (электроэнцефалограмма, ЭХО-грамма, рентгенография черепа).

Приведем пример: СВЕТА Ч., врожденный нистагм, гиперметропия, астигматизм, вторичное расходящееся косоглазие, слабослышание, острота зрения OD-0.1, OS-0.15, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с эпилептиформным синдромом, остаточные явления детского церебрального паралича, дискинезия желчевыводящих путей, пролапс митрального клапана I степени без регургитации, транзиторная миокардиодистрофия, сколиоз. Девочка соматически ослаблена, часто болеет. Со слов мамы дома возбудима и раздражительна, подчиняет всех взрослых, поведение характерно двигательной буре (громко хлопает дверьми, кидает табуретки, может ударить бабушку, истерически визжит и требует, чтобы все было исполнено так, как хочет она). В детском саду спокойна, общительна со сверстниками, на занятиях инертная, пассивная, трудно сосредотачивается на задании и переключении с одного вида деятельности на другой, раздражительна, может прикрикнуть на ребят. Наблюдаются остаточные явления детского цереб-

рального паралича, судорожный синдром, эпилептические припадки до 5 лет, до сих пор получает профилактическое противосудорожное лечение. На электроэнцефалограмме грубые органические изменения с судорожной готовностью и параксизмальными знаками в правой теменно-височной области.

Церебростенический синдром характеризуется быстрой утомляемостью и снижением работоспособности при любой интеллектуальной нагрузке. У детей наблюдаются:

- эмоциональные нарушения, выражающиеся с одной стороны в ранимости, обидчивости, плаксивости, вспыльчивости, с другой - пассивностью, утомляемостью, вялостью, истощаемостью психических процессов, которые более обострены, чем при астеническом синдроме;

- нарушения психических функций в виде: памяти (становится трудным запомнить материал, сохранить его в памяти и воспроизвести); нарушение зрительного восприятия (дети не могут определить фон и изображенные фигуры);

- трудности пространственной ориентировки;

- расстройства вегетативной и вестибулярной регуляции (тошнота, рвота, головокружение и чувство дурноты во время езды в транспорте), часто страдают головными болями, которые усиливаются во второй половине дня;

- у многих детей недостаточность развития мелкой моторики.

Данные параклинического исследования подтверждают наличие расстройства по органическому типу (электроэнцефалограмма, ЭХО-грамма, рентгенография черепа).

Приведем пример: ЕГОР Ц., косоглазие сходящееся содружественное нецентральной фиксации с вертикальным компонентом

$<+10^\circ$, острота зрения OD-0.5, OS-0.3, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с церебростеническим синдромом, дискинезия желчевыводящих путей, нарушение осанки (плоская спина). Мальчик соматически ослаблен, подвержен частым простудным заболеваниям, со сверстниками находит общий язык, быстро вступает в контакт, делает все очень медленно, много времени уходит на самообслуживание. Быстро устает и истощается при игре, что проявляется в обильном потоотделении, часто возникает желание побыть и играть одному или посидеть в уголке. Материал на занятиях запоминает, рассудителен, память хорошая, но в силу инертности воспроизведение затруднено (для того, чтобы ответить материал необходимо дополнительное время), плохой аппетит. На электроэнцефалограмме диффузные изменения биоэлектрической активности мозга по органическому типу.

Гидроцефальный синдромом характерен неустойчивостью настроения (приподнятое может сменяться слезами, немотивированный гнев - громким смехом). Чаще всего дети капризны, плаксивы и ранимы. К аффективным нарушениям можно добавить вегетативные, дети часто жалуются на головные боли, которые носят приступообразный характер. Детям дискомфортно в духоте, плохо переносят езду в транспорте, им не рекомендуется качаться на качелях и каруселях, так как это может вызвать тошноту и рвоту.

Данные параклинического исследования подтверждают наличие расстройства по органическому типу (электроэнцефалограмма, эхограмма, рентгенография черепа).

Приведем пример: ИГОРЬ А., непостоянное расходящееся косоглазие эксцесс дивергенции, острота зрения OD-0,8, OS-0,8, последствия раннего органического поражения центральной нервной

системы с гидроцефальным синдромом, дискинезия желчевыводящих путей, сколиоз. Мальчик подвержен частым простудным заболеваниям, часто жалуется на боли в голове, просится полежать в постели, плохо переносит езду в транспорте, когда боли отсутствуют активен, общителен со сверстниками и взрослыми, по характеру добрый, покладистый, чувствителен на ласку, очень ранимый (принимает близко к сердцу все обстоятельства и события, связанные с ним). После перенесенной стрессовой ситуации у ребенка наблюдаются частые тики мимической мускулатуры, обидчив. На электроэнцефалограмме диффузные изменения биоэлектрической активности мозга на фоне умеренно выраженной гидроцефалии.

Псевдоаутизм характеризуется отгороженностью детей, снижение потребности в контакте с окружающими людьми, замкнуты (Е.Р. Баенская, 1990). Дети уходят в свой мир переживаний. Их поведение характеризуется отчужденностью от окружающих. Они боятся всего нового, боятся любой перемены, не могут переносить взгляда человека, который с ним разговаривает, ребенок отводит глаза в сторону. Отмечается моторная недостаточность и угловатость. Псевдоаутизм носит обратимый характер при нормализации условий воспитания, подвергается быстрому обратному развитию, оставляя особенности личности и характера.

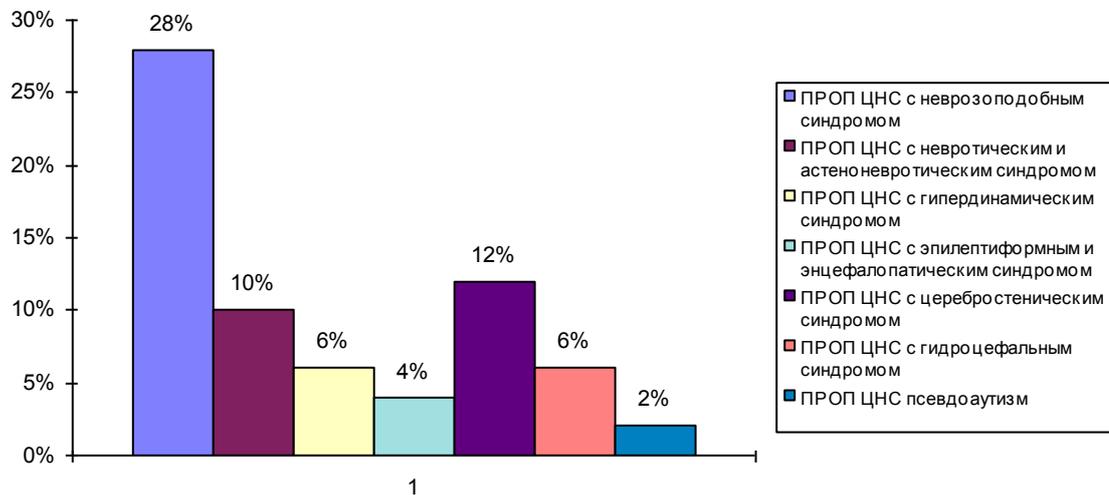
Данные параклинического исследования подтверждают наличие расстройства по органическому типу (электроэнцефалограмма, ЭХО-грамма, рентгенография черепа).

Приведем пример: ГРИША Н., гиперметропия средней степени OS, сходящееся косоглазие, острота зрения OD-1,0, OS-0,9, $<+15^\circ$, последствия раннего органического поражения центральной нервной системы с псевдоаутизмом, дискинезия желчевыводящих путей, нарушение осанки (плоская спина). Мальчик немногословен, предпочитает играть один, со стороны наблюдает за игрой сверстников, не

вступая в речевой контакт. При общении со взрослыми не переносит открытого взгляда, опускает голову или отводит глаза в сторону. На вопросы воспитателя во время занятия может отвечать при наличии определенных условий (похвала, подбадривание). Страдает общая моторика, движения замедленны и угловаты. На электроэнцефалограмме диффузные изменения биоэлектрической активности мозга по органическому типу, явления умеренно выраженной гидроцефалии.

Диаграмма № 2

Данные обследования врача психоневролога



2.3. Состояние желудочно-кишечного тракта Функциональные желудочно-кишечные расстройства той или иной степени выраженности почти неизбежны при невротических, невротоподобных, астеноневротических, гипердинамических и других синдромах. Эти нарушения касаются практически всех органов пищеварения (С.А. Аббакумов, 1996, С.М. Мальцев, С.Я. Волгина, 1996). Поэтому для получения полной картины клинико-физиологического обследования детей в работу был включен врач гастроэнтеролог.

По результатам углубленного осмотра вышеназванного специалиста было выявлено восемь подгрупп детей, страдающих гастроэн-

терологическим заболеваниями. Перечислим, а в дальнейшем остановимся подробно на каждом из них:

- дискинезия желчевыводящих путей по гипотоническому типу (30%);
- гастродуоденит (2%);
- расстройство кишечника (2%);
- энтероколит (6%);
- дисбактериоз (8%);
- лямблиоз (4%);
- лекарственная и пищевая аллергия (14%);
- нервно-артретический диатез (8%).

Остановимся подробно на каждом заболевании.

Причиной **дискинезии желчевыводящих путей** могут быть ранее перенесенные хронические инфекции: гайморит, хронический тонзиллит. Заболевания желчевыводящих путей зависит от различных невротических состояний, от недостаточной физической активности. Ребенок с дискинезией желчевыводящих путей (гипотоническая форма) жалуется на постоянные боли ноющего либо колющего характера в правом подреберье, чувство тяжести в этой области, ощущает горечь во рту, иногда его тошнит и даже бывает рвота. Усиление симптомов бывает при переутомлении, после перенесенных стрессовых ситуаций, болезней, а также после погрешностей в диете. Нельзя употреблять острую, жирную, пряную пищу.

Возникновению **гастродуоденита** у детей способствует нерегулярное питание, в некоторых случаях причиной является непосредственное воздействие различных паразитов (лямблии, глисты) на слизистую оболочку. Ребенок жалуется на боли в верхнем отделе живота, которые усиливаются через 2 - 3 часа после еды или бывают

натошак. Боли могут быть как острыми, так и тупыми. Необходимо отметить изменение аппетита и частую отрыжку. Начало заболевания связано с нарушениями режима питания, психоэмоциональными перегрузками и психотравмирующими факторами.

Гастродуоденит - это воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Чаще всего сопутствуют язвенной болезни, гастриту, панкреатиту, холециститу. Врачами гастроэнтерологами было проведено исследование по определению психоэмоционального состояния детей в стадии обострения хронического гастродуоденита. Было выявлено, что 2/3 больных находились в состоянии тревоги, 1/2 в состоянии утомления и эмоционального стресса, 1/3 пациентов в состоянии напряжения (С.М. Мальцев, С.Я. Волгина, 1996).

Дисбактериоз кишечника - это изменение количественного и качественного состава микрофлоры, возникающее под воздействием различных причин. Дисбактериоз может формироваться после перенесенных острых кишечных инфекций, под влиянием патогенных микроорганизмов на нормофлору; после использования антибактериальных препаратов, что может привести к изменению экологии кишечника. Ребенок жалуется на боли в животе схваткообразные или тупые, это бывает через 2 - 3 часа после еды: наблюдается урчание кишечника, ребенок слышит переливания в животе. Стул неустойчивый, ребенок худеет, у него отсутствует или резко снижен аппетит. Дети, страдающие дисбактериозом, быстро утомляются, часто болеют простудными заболеваниями. Изменение нормальной микрофлоры кишечного тракта при дисбактериозах может привести к нарушению функций кишечника. Нарушаются процессы пищеварения: всасывание питательных веществ и витаминов.

Расстройство кишечника - это самостоятельное функциональное заболевание толстой кишки, у ребенка нарушена привычка ежедневно опорожнять кишечник. Причиной может быть частое подавление позывов к дефекации из-за боязни болевых ощущений при геморрое, трещинах заднего прохода, из-за привычки долго лежать по утрам в постели или из-за увлечения игрой. Возникновению расстройства кишечника способствует однообразное питание, уменьшение в пищевом рационе воды, овощей и фруктов, а также малоподвижный образ жизни. Ребенок, страдающий расстройством кишечника жалуется на вздутие и боли в животе, испытывает страх перед дефекацией, так как она происходит болезненно; всегда ощущает переполнение прямой кишки. Если не обратить внимание и не лечить расстройство кишечника, то может развиваться дисбактериоз, изменяется состав микроорганизмов, обитающих в кишечнике, появляются гнилостные бактерии. Сильное натуживание при дефекации приводит к появлению грыжи, геморроя.

Колит - воспаление толстой кишки, которое вызывается болезнетворными микроорганизмами (дизентерийными бактериями, сальмонеллами, стафилококками, амебами и т.д.). При остром колите у ребенка внезапно появляется диспепсия, он жалуется на боли в животе, бывает рвота, метеоризм, иногда повышается температура.

Лямблиоз - паразитирование в тонком кишечнике, прежде всего в двенадцатиперстной кишке, иногда в желчном пузыре простейших - лямблий. Заражение происходит при употреблении немытых фруктов, ягод, овощей, через грязные руки. Чаще всего болезнь протекает без проявлений и обнаруживают ее только после любого дру-

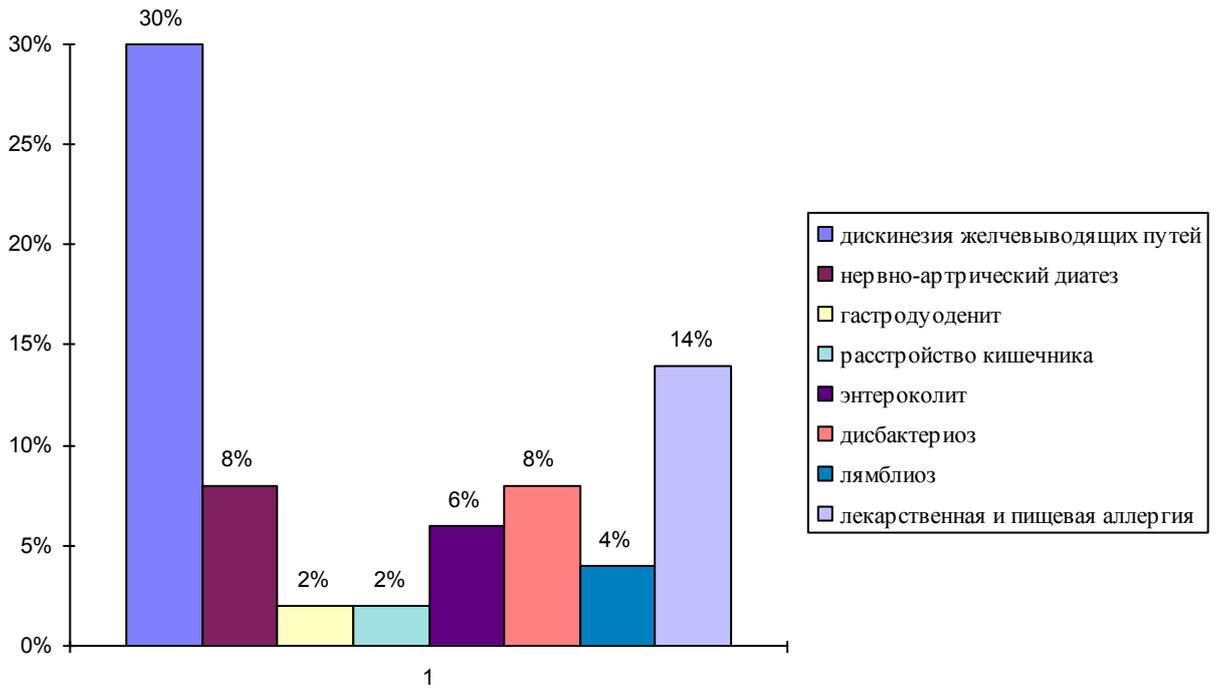
гого перенесенного заболевания. Ребенок жалуется на боли в животе, его вздутии, теряет массу тела.

Пищевая аллергия может протекать как самостоятельное заболевание, а может сочетаться с различной патологией. Общеизвестные аллергены: цитрусовые, шоколад, кофе, какао, мед, клубника, орехи. Аллергенами могут быть продукты повседневного питания: яйца, сахар, яблоки, картофель, морковь, рыба, пшеничная мука, гречневая крупа. Аллергия у детей может проявляться по типу диатеза, гастропроявлений (поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта), могут быть поражения верхних дыхательных путей.

Нервно-артретический диатез - это состояние, при котором происходят изменения со стороны нервной системы, жирового обмена и функций некоторых внутренних органов. Причиной являются наследственные особенности организма, своеобразная реакция на некоторые продукты питания. Дети, страдающие нервно-артретическим диатезом, возбудимы и капризны, у них бывают ночные страхи, тики. Ни в коем случае нельзя перекармливать ребенка, иначе все это закончится неукротимой рвотой. Аппетит у большинства детей снижен. Иногда наблюдаются приступы тахикардии (учащенное сердцебиение), непостоянные аритмии.

Диаграмма № 3

Данные обследования врача гастроэнтеролога



У детей вследствие анатомо-физиологических особенностей заболевания органов пищеварения протекает на начальных этапах малосимптомно. Среди детей 5 - 6 - летнего возраста, когда происходят интенсивные морфофункциональные изменения, наблюдается повышенная распространенность болезней органов пищеварения. Установлено, что 30% выявленных в этот период болезней являются функциональными нарушениями, более половины из которых исчезают бесследно без какого-либо лечения, а значительная часть функциональных нарушений, при условии действия на ребенка факторов внешней среды прогрессирует и переходит в хронические болезни. Таким образом, указанный выше возрастной период с точки зрения формирования болезней органов пищеварения следует рассматривать как критический, что необходимо учитывать в работе с детьми (А.А. Баранов, Е.В. Климанская, И.И. Зинец, 1995). Незнание педагогами и родителями изменений функций желудочно-кишечного тракта ребенка может привести к ухудшению состояния общего здоровья последнего. Необходимо строгое выполнение всех назначений врача

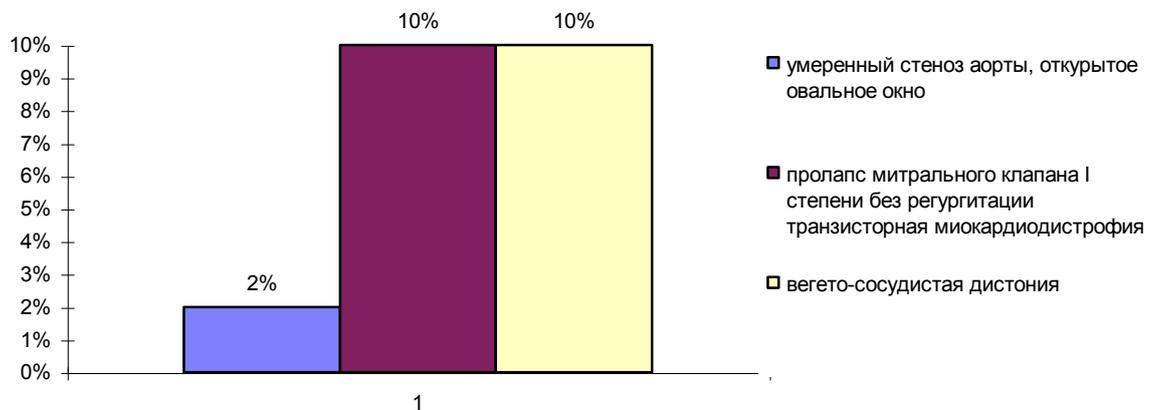
гастроэнтеролога, отслеживание состояния здоровья детей каждые три месяца, о чем мы подробно остановимся в IV главе.

2.4. Нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы

По данным углубленного обследования детей врачом кардиологом было выявлено 3 подгруппы. К первой подгруппе отнесли детей с диагнозом: умеренный стеноз аорты, открытое овальное окно, их оказалось 2%; ко второй подгруппе - детей с диагнозом: пролапс митрального клапана I степени без регургитации, транзиторная миокардиодистрофия, их оказалось 10%; к 3 подгруппе мы отнесли детей с диагнозом вегето-сосудистая дистония, их оказалось 10%.

Диаграмма № 4

Данные обследования врача кардиолога



Кратко остановимся на указанных изменениях со стороны сердечно-сосудистой системы.

Стеноз аорты у детей встречается довольно редко. Длительное время дети могут не предъявлять жалоб. При наступлении декомпенсации порока у ребенка появляется одышка и быстрая утомляемость. Могут быть головные боли, головокружение, появляются боли в сердце, чаще всего отмечается бледность кожных покровов. При

длительной нагрузке умственной или физической у ребенка может начаться сердцебиение.

Дети с диагнозом **пролапс митрального клапана I степени** без регургитации, при наличии транзиторной миокардиодистрофии в начальной стадии жалоб не предъявляют. Только с помощью электрокардиограммы и эхограммы врач может определить наличие заболевания.

У детей с диагнозом **вегето-сосудистая дистония** на электрокардиограмме не наблюдалось изменений, но объективно дети предъявляли жалобы.

В медицинской энциклопедии симптомы **вегето-сосудистой дистонии** охарактеризованы следующим образом. Дети, страдающие данным заболеванием реагируют на перемену погоды, при эмоциональных переживаниях легко бледнеют или краснеют, испытывают сердцебиение, наблюдается повышенная потливость, приступы повышения и понижения кровяного давления, общей слабости. Приступы могут длиться от нескольких минут до 2-3 часов. Переутомление или волнение вызывают учащение приступов.

Врачом кардиологом и тифлопедагогами в детском саду было проведено исследование зависимости работы сердечно-сосудистой системы после аппаратного лечения глаз, посредством электрокардиограммы, данные мероприятия помогли правильно организовать во времени коррекционно-развивающую работу.

В таблице № 1 приведены данные изменений со стороны сердечно-сосудистой системы после аппаратного лечения.

Большее число изменений со стороны сердечно-сосудистой системы произошли после лечения на синоптофоре и засветах, а восстановление функций происходит в течение 2 часов, поэтому детей, получивших вышеназванное лечение на сегодняшний день освобождаем от занятий, предоставляя им возможность поиграть, отдохнуть, заняться любимым делом.

2.5. Характерные отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата

Врачом ортопедом было выявлено, что 96 % детей с косоглазием и амблиопией имеют нарушения осанки. По результатам исследования было выявлено 4 подгруппы детей. К первой подгруппе мы отнесли детей с диагнозом плоская спина (сглаженность всех физиологических изгибов). Их оказалось 26%. Ко второй группе мы отнесли детей с диагнозом кругло-вогнутая спина (увеличение всех физиологических изгибов). Таких детей оказалось 14% .

Таблица № 1

Зависимость работы сердечно-сосудистой системы от аппаратного лечения

	засветы	призмы	амблиотренер	макуло-тестер	синопторфор	иллюзион	монобинокл
без изменений	5	2	4	1	-	2	-

метаболические изменения в миокарде	1	2	-	-	-	2	1
гипоксические изменения в миокарде (вегетососудистая система стала более активной)	9	-	1	3	8	2	-
возникла аритмия (нарушения со стороны ЦНС)	2	-	-	1	-	-	-
возбуждение миокарда	2	-	-	-	-	-	2
результат	19	4	5	5	8	6	3

К третьей подгруппе отнесены дети, страдающие плоскостопием. Их было 30%. Детей с диагнозом сколиоз, которые вошли в четвертую подгруппу было 26%. Первые два нарушения относятся к функциональным расстройствам с нерезко и нестойко выраженным отклонением со стороны позвоночника, устранить которые возможно с применением специальных гимнастических упражнений. Два последних относятся к органическим изменениям в стопе и позвоночнике.

■ Для людей с **плоской спиной** характерно: доскообразная спина, крыловидные лопатки, плоская поясница, уплощенные ягодицы, вялая слаборазвитая мускулатура (Ф.И. Багров, 1963, В.И. Мачинская, 1964, М.А. Робинеску, 1972, А.М. Рейзман, 1963), Плоская спина может являться следствием болезни ребенка, которая повлекла за собой длительный и строгий постельный режим, позднее вставание на ножки, несвоевременное (раннее) сидение ребенка, вынужденное длительное согнутое пребывание во время занятий, слабость

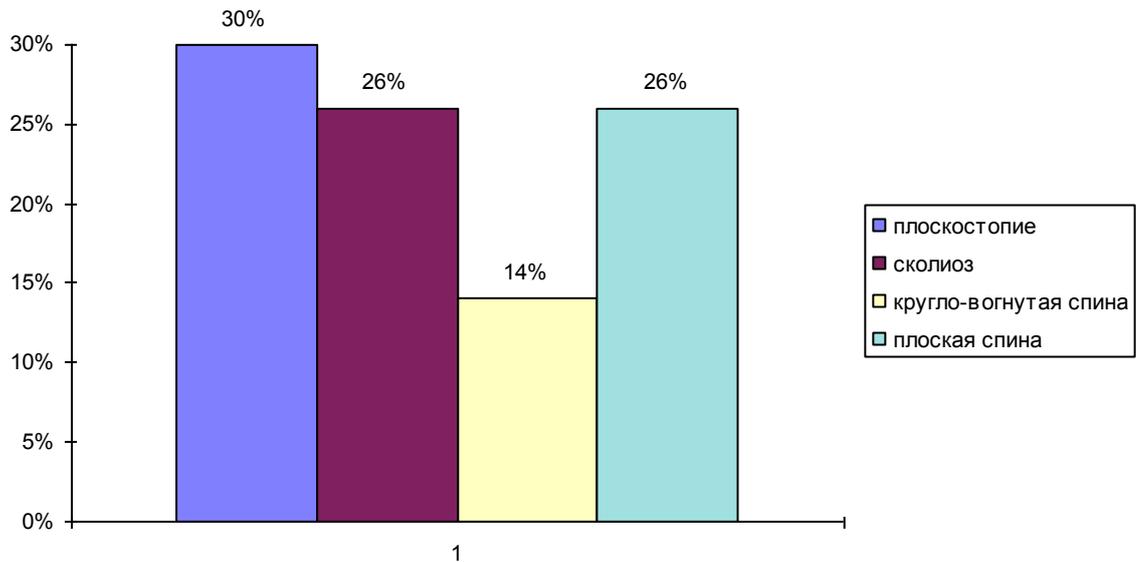
мышц и связок в области позвоночного столба. Подгруппа этих детей подвержена возникновению бокового искривления позвоночника. Слабая мускулатура позвоночника приводит к перегрузке связочного аппарата и вызывает боли в пояснично-крестцовой области.

■ Другим видом нарушения осанки является **кругло-вогнутая спина**, который встречается чаще. При данном отклонении физиологические изгибы позвоночника сильно увеличены. Одной из главных причин формирования кругло-вогнутой спины являются рахитичные изменения организма и последующие за ней слабости костно-мышечной системы (особенно мышц спины и брюшного пресса).

■ **Плоская стопа** - одна из самых распространенных деформаций опорно-двигательного аппарата у детей. Причинами появления плоскостопия могут служить последствия рахита, слабость мышечно-связочного аппарата стопы, ее травмы, результат непосильных физических нагрузок на ребенка. Дети, страдающие данным заболеванием после большой физической нагрузки или длительной ходьбы жалуются на боли в ногах. Особенно во второй половине дня, иногда ночью ребенок может просыпаться от боли (А.Н. Шабанова, 1983).

■ Диагноз - **сколиоз** детям ставят с пятилетнего возраста. Неправильное положение во время рисования, работы с мозаикой, конструктором ведет к неравномерной нагрузке на позвоночник и мышцы спины, что утомляет и ослабляет их. Имеются и другие причины возникновения сколиоза (рахит, травмы позвоночника). При заболевании сколиозом подвижность позвоночника резко уменьшается. Ребенка утомляет любое физическое напряжение, могут возникнуть межреберные боли - невралгии.

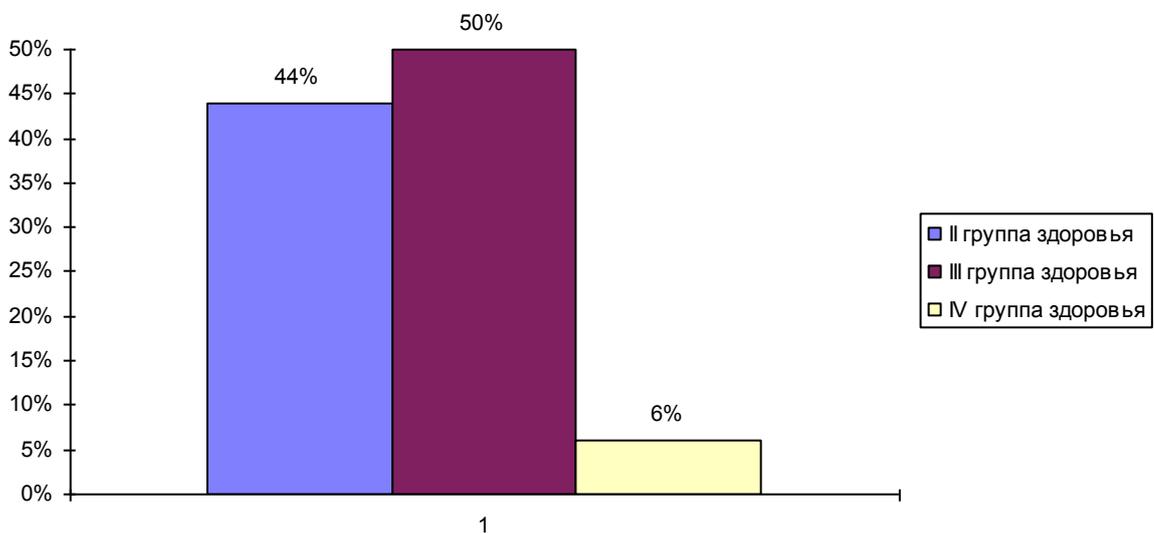
Данные обследования врача ортопеда



Таким образом после обследования детей разными медицинскими специалистами врачом педиатром были определены группы здоровья детей. Результаты распределения детей по группам можно представить на диаграмме:

Диаграмма № 6

Данные обследования врача педиатра



Все вышесказанное позволяет сделать следующий вывод: комплексное обследование разными медицинскими специалистами показало, что у большинства детей с косоглазием и амблиопией отмечаются нарушения в функциях центральной нервной и сердечно-сосудистой системах, наблюдаются изменения со стороны желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата. Это обуславливает необходимость планирования и проведения коррекционно - развивающей работы с учетом медицинских показаний и введение лечебно - восстановительных процедур в распорядок дня детей. Профилактические мероприятия, лечение и оздоровление детей в дошкольном возрасте помогут им предотвратить обострение болезни или возникновение новых, а значит успешно овладеть разными видами деятельности, быть эмоционально благополучными на других ступенях образования.

У детей с нарушением зрения имеется острая потребность в комплексном медицинском воздействии, так как глазные заболевания чаще всего сопровождаются общим ослаблением состояния здоровья. (Л.И. Плаксина, 1998).

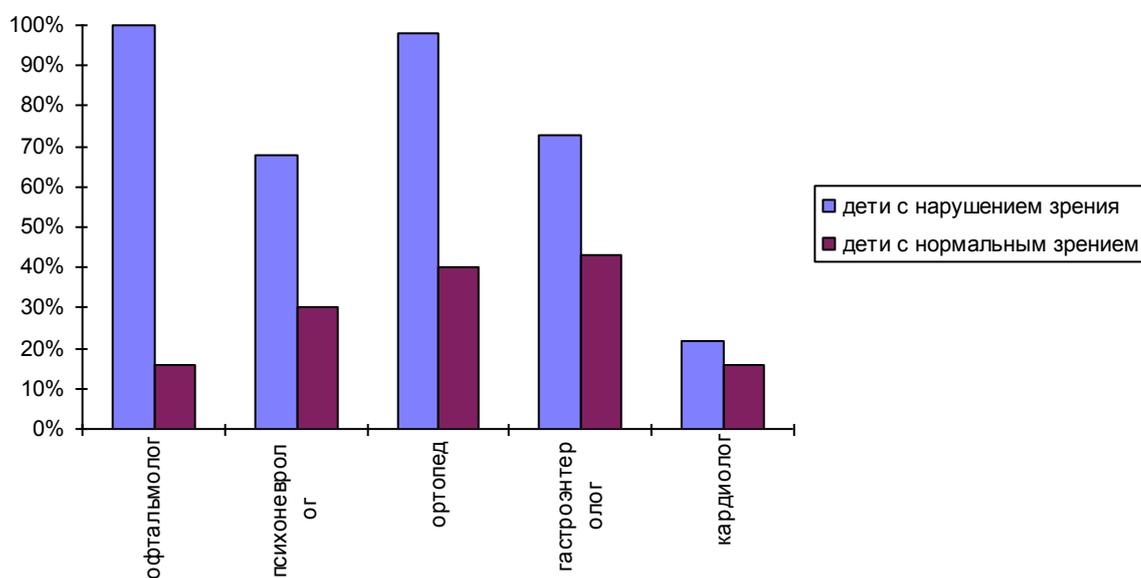
Полученные данные о состоянии зрения и здоровья детей позволили разработать программу комплексной медицинской помощи, на которой остановимся далее.

Параллельно медицинскими специалистами было обследовано состояние здоровья 50 детей с нормальным зрением дошкольного учреждения № 293 г. Челябинска.

Приведем на диаграмме № 7 сравнительные данные состояния здоровья детей с нарушенным и нормальным зрением.

Диаграмма № 7

Сравнительные данные состояния здоровья детей с нарушенным и нормальным зрением



Однако для решения комплексного подхода к индивидуализации и дифференциации коррекционной помощи необходимо изучить некоторые особенности развития детей с косоглазием и амблиопией, понимания их типологических проявлений (уровня разви-