

БИБЛИОТЕЧКА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

**КАК ПОМОЧЬ РЕБЕНКУ ДОШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего профессионального образования
«Челябинский государственный педагогический университет»

**КАК ПОМОЧЬ РЕБЕНКУ ДОШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ**
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Челябинск
2015

УДК 371.9

ББК 74.53

К 16

Как помочь ребенку дошкольного возраста с нарушениями зрения [Текст]: методические рекомендации / сост. Л.А. Дружинина, Л.И. Плаксина. – Челябинск: Изд-во Челяб. гос. пед. ун-та, 2015. – 65 с.

Родителям важно знать, что понимание структуры зрительного дефекта позволяет организовать не только соответствующую медицинскую помощь, но правильно осуществлять психолого-педагогическую коррекционную работу. Но при этом необходимо знать и систему лечения зрения детей, с тем, чтобы способствовать активизации и упражнению нарушенных функций зрения.

Рекомендации особенно будут полезны родителям, дети которых не посещают детский сад. И будут надежным путеводителем для тех мам и пап, дети которых начали ходить в детский сад.

Рецензент: Л.Б. Осипова, канд. пед. наук, доцент

Г.В. Яковлева, канд. пед. наук, доцент

© Издательство Челябинского государственного педагогического университета, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Клиническая характеристика зрительных заболеваний, встречающихся у детей дошкольного возраста	4
Примерные упражнения для глаз	14
Особенности зрительной ориентации при нарушении зрения	24
Особенности зрительно-пространственной ориентировки у детей с монокулярным зрением	30
Особенности овладения речью у детей с нарушением зрения	33
Своеобразие проявления личности при нарушении зрения	37
Планирование развивающей среды для ребенка с нарушениями зрения в домашних условиях	45
Ознакомление с окружающим миром	47
Тезаурус	57
Библиографический список	63

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗРИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В целях понимания родителями особенностей психического и личностного развития детей с нарушением зрения необходимо рассмотреть характер зрительных нарушений и в соответствии с этим проследить зависимость особенностей в развитии ребенка от степени выраженности зрительного дефекта. Недостаточность зрения как биологическое неблагополучие предопределяет процесс взаимодействия ребенка с социальной средой. Если же среда, окружающая ребенка с нарушением зрения, не организовывается сообразно его возможностям, то у ребенка возникают трудности общения с окружающим миром и людьми. При резком снижении зрения или его отсутствии возникают ограничения в знакомстве с окружающим миром, ориентировке в пространстве и окружающей среде, трудности передвижения, общения и обучения.

Таким образом нарушение зрения обуславливает весь ход психофизического развития детей с нарушением зрения.

В дефектологии уже сложилось учение о первичном дефекте и вторичных отклонениях у детей с нарушением в развитии.

Первичный дефект – нарушение зрения – в первую очередь определяет успешность развития весьма тесно связанной с ним психической функции – зрительного восприятия, которое по Л.С. Выготскому называется вторичным дефектом. В дальнейшем в специальной психологии и педагогике вторичный дефект чаще стали обозначать как вторичные отклонения, которые проявляются в становлении всех психических функций ребенка, причем специфичность их недоразвитости уменьшается по мере отдаления от первичного дефекта – нарушения зрения. Важ-

нейшим фактором возникновения вторичных отклонений является фактор социальной депривации – лишение возможности организованных условий психолого-педагогической коррекции недостатков зрительной ориентации наблюдаются вторичные отклонения в развитии познавательной, эмоциональной и личностной сфер ребенка с патологией зрения.

Поэтому чем раньше выявлен первичный дефект – нарушение зрения, тем эффективнее будет коррекционная психолого-педагогическая помощь, которая в этом случае будет носить превентивный (предупреждающий) характер, позволяющий снять трудности социальной адаптации и интеграции, так как ранняя психолого-педагогическая коррекция во многом улучшает прогноз формирования личности и ее социализации.

Категория детей, имеющих зрительный дефект, по состоянию нарушений зрения весьма разнообразна и неоднородна как по остроте центрального зрения, так и по характеру глазных заболеваний. У значительной части детей, *имеющих аномалии рефракции*, понижение остроты зрения корригируется оптическими средствами (очками, контактными линзами). В таких случаях их зрительные возможности не ограничиваются, и не нарушаются процессы нормального развития детей. При отсутствии же постоянной комплексной медико-психолого-педагогической помощи потеря зрения у таких детей может нарастать.

Другая категория детей с нарушением зрения оказывается в условиях частичного восполнения недостатка зрения за счет оптической коррекции или отсутствия таковой при тотальной слепоте. Эта группа детей относится к детям с ограниченными зрительными возможностями, вследствие которых нарушается ход их нормального развития и которым необходима специальная коррекционная психолого-педагогическая помощь.

К таким детям с нарушением зрения относятся:

– слепые с полным отсутствием зрения и дети с остаточным зрением, при котором острота зрения равна 0,05 и ниже на лучше видящем глазу;

– слабовидящие со снижением зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с очковой коррекцией;

– дети с косоглазием и амблиопией.

Слепота – наиболее резко выраженная степень нарушения зрения, когда невозможно или сильно ограничено зрительное восприятие окружающего мира вследствие глубокой потери остроты центрального зрения или сужения поля зрения или нарушение других зрительных функций. Наиболее выраженные с клинической и тифлопедагогической точек зрения формы детской слепоты характеризуются тем, что нарушаются функции различных зрительных структур в результате органических поражений зрения. Раннее наступление слепоты особенно влияет на психофизическое развитие детей.

По степени сохранности остаточного зрения различают абсолютную (тотальную) и практическую слепоту:

– при абсолютной слепоте на оба глаза полностью выключены зрительные ощущения.

– при практической слепоте наблюдается остаточное зрение, при котором наблюдается светоощущение или частичное форменное видение.

При светоощущении слепые дети отличают свет от тьмы. При частичном видении слепые могут посчитать пальцы вблизи лица, воспринимать свет, цвет, контуры, силуэты предметов на близком расстоянии.

Остаточное зрение характеризуется:

– неравнозначностью взаимодействия различных зрительных функций и несоответствия их параметров;

– неустойчивостью зрительных возможностей и снижением скорости и качества переработки информации;

– наступлением быстрого утомления из-за снижения работоспособности зрения.

Слепота у детей бывает врожденной и приобретенной. Врожденная слепота чаще всего является следствием повреждений или заболеваний плода в период внутриутробного развития.

У слепых и слабовидящих детей преобладающей причиной возникновения глазных заболеваний является врожденная патология глаз, недоразвитие зрительной системы на фоне общего соматического ослабления здоровья. Причиной врожденной патологии зрения может быть наследственный фактор, обуславливающий появление катаракты, глаукомы, патологии сетчатки, атрофии зрительного нерва, близорукости и др.; иногда факторов снижения зрения может быть несколько.

Причинами врожденных заболеваний и аномалий развития органа зрения могут быть изменения внешней и внутренней среды: различные заболевания матери во время беременности: грипп, другие вирусные заболевания, обострение хронических болезней.

Определенное место среди причин глубокого нарушения зрения занимают алкогольные, никотиновые интоксикации, авитаминозы. Среди детей с нарушением зрения следует выделить группу недоношенных детей с ретинопатией (атрофией сетчатки) при которой наступает слепота или слепота с остаточным зрением.

Врожденная атрофия зрительного нерва наблюдается как самостоятельное заболевание из-за наследственных или врожденных аномалий. Атрофия зрительного нерва может отмечаться и как сопутствующее патологическое состояние в виде частичной атрофии при различных аномалиях развития и заболеваниях.

При атрофии зрительного нерва нарушения произвольных и непроизвольных движений глаз могут быть связаны с поражением центральной нервной системы (ЦНС). Поражения зрительно-нервного аппарата органа зрения, приводящие к слепоте, проявляются не только вследствие различных заболеваний ЦНС, но и в результате травм, инфекционных и других заболеваний. При атрофии зрительного нерва на лучше видящем глазу сохраняется форменное зрение. Дети, имеющие остроту центрального зрения 0,05-0,08 и более высокую, в процессе обучения могут пользоваться зрением. Однако функциональные воз-

возможности зрения зависят от состояния зрения лучше видящего глаза и других зрительных функций, таких как: цветовое и периферическое зрение, и прежде всего от остроты центрального зрения. Известно, что при атрофии зрительного нерва хуже видящий глаз не принимает участия в акте зрения.

Слабовидение – это значительное снижение остроты зрения, при котором центральное зрение на лучше видящем глазу находится в пределах 0,05–0,2 или выше – 0,3 при использовании оптической коррекции. К слабовидящим относят и тех детей, острота зрения которых может быть и более высокой, если при этом глазное заболевание прогрессирует. Слабовидение возникает вследствие глазных болезней на фоне общего заболевания организма. Чаще всего причиной слабовидения является аномалия рефракции. Наиболее распространенной формой является миопия, затем гиперметропия (дальнозоркость) и астигматизм. *Высокие степени аномалии рефракции* (аметропии) характеризуются разными изменениями размера глазного яблока. При миопии оно увеличено в осевом размере, при гиперметропии – уменьшено. При близорукости (миопии) параллельные лучи преломляются средой так, что фокусируются впереди сетчатки. Изображение бывает расплывчатым и предметы видны неясно. Чем выше близорукость, тем ниже острота зрения. Иногда наблюдается осложненная прогрессирующая близорукость, сопровождающаяся серьезной патологией глаз.

При дальнозоркости (гиперметропии) изображения предметов преломляются средой глаза позади сетчатки, поэтому оно неясное и расплывчатое. При большой дальнозоркости (8,0-10,0D и выше) значительно напряжена аккомодация. В результате такого напряжения аккомодации усиливается утомление во время работы на близком расстоянии (сливаются, становятся неясными буквы, начинаются головные боли).

Одной из причин слабовидения является также *астигматизм* – аномалия преломляющей способности глаза, при которой в одном глазу наблюдается сочетание различных видов ре-

фракции. Астигматизм не всегда корректируется очками, поэтому у детей возникают трудности овладения чтением, письмом и другими видами работ, где необходимо бинокулярное зрение.

Альбинизм как врожденная аномалия характеризуется отсутствием пигмента в глазах в сосудистой и радужной оболочках, ресницах, бровях и коже, что часто обуславливает снижение остроты зрения и появление слабовидения. Часто причиной слабовидения является атрофия сетчатки, зрительного нерва, нистагм и другие глазные заболевания.

При слабовидении так же, как при слепоте, дефекты зрения делятся на *прогрессирующие и стационарные*.

К прогрессирующим дефектам зрения относятся случаи первичной и вторичной глаукомы, частичные атрофии зрительных нервов, пигментная дегенерация сетчатки, злокачественные формы близорукости, отслойка сетчатки и др., к стационарным (пороки развития) – микрофтальм, альбинизм, дальнозоркость, астигматизм высоких степеней, а также не прогрессирующие последствия заболеваний и операций (стойкие помутнения роговицы, катаракта), послеоперационная афакия и др.

У слабовидящих детей, так же, как и у слепых, отмечается *нарушение цветового зрения*. Степени аномалии цветоразличения неодинаковы и зависят от диагноза заболевания органа зрения. Аномалии рефракции чаще всего приводят к легким формам нарушения цветового зрения. При близорукости наблюдается нормальная трихромазия. При изменениях на глазном дне могут быть некоторые нарушения цветоразличения. Заболевания хрусталика чаще всего не приводят к нарушению цветовосприятия. Осложнение цветоразличения характерно для дистрофии сетчатки, при которой нарушение цветового зрения начинается со снижения порога чувствительности между красным и зеленым цветами. Частичная атрофия зрительных нервов иногда приводит к патологии цветового зрения. При врожденной атрофии зрительного нерва наблюдается снижение чувствительности красного, зеленого и синего цветов.

Таким образом, слабовидение характеризуется разнообразием нарушений зрительных функций, уровнем их сохранности, степенью выраженности патологии и возможностью взаимной компенсации. В отличие от остаточного зрения слабовидение дает больше возможностей для использования зрительного анализатора как ведущего в познании окружающего мира. Это главная особенность, отличающая слабовидение от остаточного зрения.

Косоглазие и сопровождающая его дисбинокулярная амблиопия проявляются в нарушении бинокулярного видения, в основе которого лежит поражение различных отделов зрительного анализатора и его сенсорно-двигательных связей. Косоглазие не только приводит к расстройству бинокулярного видения, но и препятствует его формированию. Косоглазие возникает вследствие понижения остроты зрения одного или обоих глаз из-за нарушения рефракции (преломляющей способности глаза), расстройства аккомодации (приспособления глаза к рассматриванию предметов на разных расстояниях) и конвергенции (сведение осей глаз для видения предметов на близком расстоянии). Физиологическим механизмом приспособления глаза к рассматриванию предметов на разных расстояниях является аккомодация, в результате действия которой в норме происходит фокусирование изображения на сетчатке глаза.

Термин «косоглазие» объединяет различные по происхождению и локализации поражения зрительной и глазодвигательной систем, вызывающее периодическое или постоянное отклонение (девиацию) глазного яблока. Различают мнимое, скрытое и истинное косоглазие.

Содружественное косоглазие характеризуется постоянным или периодическим отклонением одного из глаз от совместной точки фиксации и нарушением функции бинокулярного зрения. Подвижность глаз во всех направлениях при этом свободна, угол отклонения правого и левого глаз равен как по величине, так и по направлению: косит чаще один глаз или оба глаза поочередно. В зависимости от того, куда отклонен глаз,

наблюдается внутреннее или сходящееся и наружное или расходящееся косоглазие, а также косоглазие кверху и книзу. В ряде случаев может быть одновременно горизонтальное и вертикальное отклонение глаз.

Сходящееся косоглазие (глаз косит в сторону носа) встречается в 10 раз чаще, чем расходящееся. Оно в 70-80% случаев сочетается с дальнозоркой рефракцией. Поэтому принято считать, что не скорректированная дальнозоркость является фактором, способствующим возникновению сходящегося косоглазия.

Расходящееся косоглазие сопровождается примерно в 60% случаев близорукой рефракцией. Есть основание полагать, что близорукость может быть одним из факторов, способствующих возникновению расходящегося косоглазия.

Косоглазие бывает: *односторонним* (монологатеральным) – косит постоянно один глаз – и *двусторонним* (альтернирующим) – попеременно косят оба глаза. При альтернирующем косоглазии зрение, как правило, достаточно высокое и одинаковое в обоих глазах. Монологатеральное, постоянное косоглазие сложнее альтернирующего (то косит, то не косит), так как при нем в результате постоянного отклонения одного глаза и отсутствия фузии довольно быстро развивается выраженная амблиопия. Поэтому в процессе лечения необходимо «перевести» монологатеральное косоглазие в альтернирующее. Успех в этом случае зависит от времени выявления косоглазия, степени амблиопии и начала восстановительного лечения. Чем раньше оно начато, тем больше возможностей для получения положительных результатов, что, однако, удается сделать весьма нечасто, потому что сами родители не в состоянии заметить дефект. Острота зрения отклоненного глаза понижается, развивается амблиопия этого глаза. Функции зрения выполняет один глаз.

Термином «амблиопия» обозначают такие формы поражения зрения, которые не имеют видимой анатомической или рефракционной основы. Наиболее частой причиной амблиопии у детей бывает косоглазие или страбизм – не параллельность

оптических осей глаза, при этом в 85-90 % случаев косоглазия наблюдается разная степень снижения зрения, т.е. появление амблиопии.

В зависимости от степени понижения остроты зрения различают амблиопию слабой (острота зрения 0,8–0,4), средней (острота зрения 0,3–0,2), высокой (острота зрения 0,1–0,05) и очень высокой (острота зрения 0,04 и ниже) степени (Э.С. Аветисов (1963)).

Различают следующие виды амблиопии: *дисбинокулярная, обскурационная, рефракционная, истерическая.*

Дисбинокулярная амблиопия возникает вследствие расстройства бинокулярного зрения. Понижение зрения развивается вследствие косоглазия. Дисбинокулярная амблиопия может быть двух видов: амблиопия с правильной (центральной) фиксацией (фиксирующий участок – центральная ямка сетчатки) и амблиопия с неправильной (нецентральной) фиксацией (фиксирующим становится любой другой участок сетчатки). Дисбинокулярная амблиопия встречается в 70–75% случаев. Рефракционная амблиопия возникает вследствие аномалий рефракции, которые в данный момент не поддаются коррекции. При ношении правильно подобранных очков постепенно острота зрения может повыситься, вплоть до нормальной. Причиной возникновения этого вида амблиопии является постоянное и длительное проецирование на сетчатку глаза неясного изображения предметов внешнего мира при высокой дальнозоркости и астигматизме.

Анизометропия – неодинаковая рефракция обоих глаз, в результате которой наблюдается неодинаковая величина изображения предметов на сетчатках обоих глаз. Это препятствует слиянию обоих изображений в один зрительный образ.

Обскурационная амблиопия развивается в результате помутнения оптических сред глаза (катаракты, помутнения роговицы), преимущественно врожденных или рано приобретенных. Диагноз ставится, если низкое зрение сохраняется, не

смотря на устранение помутнений и отсутствие анатомических изменений в заднем отделе глаза (после экстракции катаракты).

Истерическая амблиопия возникает внезапно, чаще всего после какого-либо аффекта. Функциональные расстройства на почве истерии могут принимать характер ослабления или потери зрения. Эта форма амблиопии встречается довольно редко.

Амблиопия при содружественном косоглазии встречается более чем в 30 % случаев и является его следствием. Вместе с тем, она сама может быть причиной косоглазия. Это происходит в тех случаях, когда один глаз имеет значительное снижение остроты зрения (до 0,3–0,4 и ниже), при котором невозможно слияние изображений. В этом случае глаз с низкой остротой зрения не участвует в акте зрения, что приводит к его косоглазию.

Столь подобное рассмотрение амблиопии при косоглазии необходимо, потому что данная патология требует принципиально отличающегося от других видов зрительных нарушений. Если другие нарушения зрительного анализатора являются необратимыми и требуют специальных оптических и технических средств коррекции и компенсации, то нарушение бинокулярного зрения при косоглазии и амблиопии в большинстве случаев может и должно быть устранено в ходе интенсивных тренировок и применения специальных методов лечения. При этом следует исключать те виды косоглазия, которые сочетаются с другими глазными патологиями: паралитическое косоглазие, астигматизм и косоглазие, косоглазие и атрофия зрительного нерва и др.

Во время занятий у детей с нарушениями зрения быстро наступает зрительное утомление, поэтому каждые 5–7 минут необходимо делать упражнения для глаз.

ПРИМЕРНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ ДЛЯ ГЛАЗ

1. и.п. – стоя. 1 – отвести согнутые руки назад, соединить лопатки – вдох; 2 – руки вперед, как бы обнять себя – выдох. Повторить 8– 10 раз.

2. и.п. – сидя. Самомассаж глаз в течение 15–20 сек.

3. и.п. – стоя. Закрыть глаза, крепко зажмуриться на 1–2 сек., затем открыть глаза. Повторить 8-10 раз.

4. и.п. – стоя, кисти к плечам. Круговые движения руками в одну и в другую сторону. Повторить по 6-8 раз каждой рукой.

5. и.п. – стоя. Круговые движения глазами в одну и в другую сторону. Повторить по 10–15 раз в каждую сторону.

6. и.п. – стоя ноги врозь. 1–3 – наклоны туловища в сторону; 4 – и.п. повторять 4-6 раз в каждую сторону.

7. и.п. – стоя. Указательный палец правой руки держать перед носом на расстоянии 25–30 см., смотреть на палец в течение 4–5 сек., затем закрыть ладонью левой руки левый глаз на 4–6 сек., смотреть на палец правым глазом, затем открыть левый глаз и смотреть на палец двумя глазами. Прodelать то же, но закрыть правый глаз. Повторить 4–6 раз.

Часто у детей со зрительными нарушениями встречаются функциональные нервно-психические расстройства. Остановимся на описании некоторых из них.

По данным исследования психоневролога детей дошкольного возраста с нарушениями зрения 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; невротическим и астеноневротическим; гипердинамическим; эпилептиформным; церебростеническим; гидроцефальным синдромами.

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 родителям при воспитании и лечении детей с нарушениями зрения.

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: холодеют руки и ноги, ему не хватает воздуха, испытывает ощущение «оста-

новки» 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.

Невротический и астеноневротический синдром характеризуется 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 подтвержда-

ют наличие расстройства по органическому типу (данные электроэнцефалограммы, ЭХО-граммы, рентгенографии).

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, балуются, засыпают, стоя на коленях и локтях);

– на занятиях ребенку трудно усидеть на месте, обязательно будет вертеть какой-то предмет в руках, ерзать на стуле, мешать товарищам;

– одни дети особенно возбудимы с утра, другие – к вечеру.

Родителям 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).

Эпилептиформный синдром сопровождается нарушениями в эмоционально-волевых и двигательных расстройствах. Иногда состояние детей характеризуется как двигательная буря. Сильное возбуждение 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 переключении его;
- наблюдаются различного характера судорожные и бес-судорожные параксизмы.

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);
 - нарушения 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.

Гидроцефальный синдромом характеризуется 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.

Описанные выше нарушения имеют функциональный характер, подлежат коррекции, поэтому остановимся на рекомендациях для родителей в работе с детьми, страдающими нервно-психическими расстройствами.

1. Создание определенных условий:

- создать доброжелательную обстановку в доме;
- рекомендуется частая смена видов деятельности, не допуская переутомления;
- четко определить образовательную и лечебную нагрузку на ребенка;
- продумать для занятий индивидуальные задания с частой их сменой;
- ограждать от стрессовых ситуаций в детском саду и дома;
- не оставлять одного в незнакомой ему обстановке;
- исключить психотравмирующую ситуацию дома и в детском саду.

2. Оказание помощи:

- постоянная поддержка в виде поощрения со стороны родителей и педагогов;
- необходимы закаливающие процедуры;
- рекомендуются занятия лечебной физкультурой и ритмикой;
- предложить заниматься в театральном кружке;
- необходимы отвлекающие мероприятия по преодолению плаксивости и капризности;
- работа с психологом;
- рекомендуется проведение психогимнастики.

3. Методика работы:

– не разговаривать с ребенком громко, все вопросы решать в спокойной доброжелательной форме;

– полноценно отвечать на вопросы ребенка, ориентируя его в неизвестном.

4. Задачи:

– воспитывать уверенность в себе;

– воспитывать умение доводить начатое дело до конца.

Необходимо отметить, что при каждом синдроме существуют индивидуальные рекомендации по работе с ребенком.

Неврозоподобный синдром:

– обратить особое внимание на сервировку стола и подачу пищи, привлекать ребенка к сервировке: предложить разложить хлеб в хлебницу, предварительно понюхав и потрогав его;

– вызвать чувство голода перед приемом пищи с помощью сохранных анализаторов, вовлекать ребенка в процесс приготовления пищи, обговаривать меню, попросить угадать по запаху, что приготовила мама;

– во время дневного засыпания побыть рядом с ребенком, успокаивая его, спеть колыбельную или включить спокойную музыку.

Астеноневротический синдром:

– создать условия в период адаптации в детском саду после длительной болезни, продумывая пребывание близких людей в группе;

– отвлекающие и переключающие занятия по сглаживанию патологических проявлений (слез, обид, тоски и т.д.);

Гипердинамический синдром:

– снять гиперактивность ребенка, создавая условия для спокойных занятий и игр;

– приобщать ребенка к занятиям физкультурой и спортом с применением игр малой подвижности с релаксационными упражнениями;

– в подвижных играх упражнять детей подчинению цели игры;

– учиться понимать и действовать сообразно правилам: «нельзя» и «надо» (В.И. Гарбузов);

– создавать релаксационные условия при отходе к дневному сну;

– чаще привлекать к выполнению трудовых поручений.

Эпилептиформный синдром:

– в моменты возбуждения и двигательных бурь создавать обстановку эмоционального покоя;

– в период апатии и безразличия к окружающим стимулировать ребенка к участию в играх и занятиях;

Церебростенический синдром:

– сочетать задачи по развитию зрительного восприятия и ориентировке в пространстве с упражнениями двигательного характера, не допуская перегрузок как зрения, так и общие интеллектуальных;

– предупреждать утомление, давая отдых во время занятий;

– упражнять память, используя предметно-практические формы организации жизнедеятельности ребенка;

– упражнения для развития мелкой моторики сочетать с развитием целенаправленных умственных усилий на достижение результата.

Гидроцефальный синдром:

– избегать длительного пребывания на солнце, организуя игры в тени;

– исключить упражнения с перегрузками на качелях, каруселях с кружением.

В детском саду для родителей организуют следующие консультации и беседы:

- консультации психолога и беседы с психиатром для снятия напряжения у родителей, связанного с неуверенностью в результатах лечения детей;

- беседы о снятии патологических нервно-психических проявлений у ребенка;

- убеждение в важности благоприятного микроклимата в семье, как первого требования и необходимости для стабилизации здоровья ребенка;

- знакомство родителей с индивидуальными планами коррекционной работы с ребенком, о необходимости продолжения ее в домашних условиях;

- убеждение родителей в необходимости системного лечения и важности исполнения рекомендаций врача психоневролога;

- встречи родителей с психоневрологом и педагогами.

Было обнаружено, что наряду с психо-неврологическими отклонениями у детей имеются заболевания желудочно-кишечного тракта, которые требуют внимания не только со стороны медицины, но и со стороны родителей и педагогов.

Педагогическая коррекция включает ряд медицинских рекомендаций:

- профилактика переутомления детей;

- охрана ребенка от стрессовых ситуаций;

- щадящие и закаливающие мероприятия;

- системный контроль врача гастроэнтеролога за назначением и лечением;

- индивидуально для каждого ребенка с учетом состояния здоровья обеспечить рациональность питания;

- достаточное пребывание на свежем воздухе.

При нарушении опорно-двигательного аппарата врач ортопед предлагает соответствующие рекомендации для работы с детьми, имеющими нарушения осанки:

- правильное освещение рабочего места;
- следить за рабочей позой во время сидения, чаще давать задания работать стоя, лежа;
- дозировать нагрузки на позвоночник;
- соответствующее питание;
- ровная жесткая постель без подушки;
- подвижные игры с упражнениями для позвоночника;
- массаж спины, стопы и голени;
- ходьба босиком по различным поверхностям, массирующим стопу;
- специальная лечебная физкультура.

Для детей с разными видами нарушения осанки разработаны комплексы коррекционных упражнений. Длительность проведения каждого комплекса составляет не менее 1–1,5 месяца, в зависимости от тяжести нарушения осанки и задач коррекции, а так же запущенности данного состояния и деформированности костно-мышечной системы, для исправления которой требуется длительное и систематическое лечение.

Мы рассмотрели состояние здоровья детей с нарушениями зрения и возможности оказания им помощи со стороны родителей и педагогов.

Уважаемые родители, нужно знать и понимать, что зрительный дефект может привести к целому ряду вторичных отклонений, сдерживающих процесс социальной адаптации детей с нарушениями зрения. Поэтому необходимо рассмотреть психолого-педагогическую характеристику дошкольников с нарушениями зрения.

ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ ПРИ НАРУШЕНИИ ЗРЕНИЯ

Источником знаний об окружающей действительности являются ощущения, возникающие в процессе зрительного восприятия признаков и свойств предметов. Для ребенка особенно важно чувственное познание, так как в отличие от процесса познания у взрослого оно является пока единственным средством осмысления мира. Из всех способностей первыми формируются и совершенствуются чувства. Ребенок овладевает азами знаний о предмете как первой книгой жизни. Для успешного освоения знаний об окружающем мире необходимо, чтобы органы чувств ребенка функционировали нормально. При отсутствии или частичном поражении органа чувств ребенок может не получать или получает неполную информацию, поэтому мир его впечатлений становится уже и бледнее.

Слепорожденный не может знать зрительных признаков, глухой от рождения не познает звучащего мира. При частичном поражении наблюдается обедненность зрительных впечатлений. Недостатки в зрительной ориентации затрудняют накопление непосредственного чувственного опыта и обедняют представления ребенка об окружающем мире, что нередко предопределяет и весь ход психофизического развития ребенка с нарушением зрения.

Для понимания возникающих в результате сенсорного дефекта отклонений в развитии ребенка необходимо учитывать, что оно осуществляется по тем же законам, что и в норме. Выпадение тех или иных функциональных звеньев в органическом един-

стве психики приводит к нарушению связей и отношений с окружающим миром, к неадекватному отражению действительности.

В принципе при зрительной ориентации в окружающем мире процессы анализа и синтеза протекают у таких детей также, как и при нормальном зрении. Сначала они выделяют отдельные признаки и свойства, характеризующие предмет, делают попытки к анализу, сравнению их, а затем делают вывод, но на этом и кончается сходство. Дело в том, что при глубоком нарушении зрения у ребенка значительно меньше информации о сенсорных эталонах формы, цвета, величины и пространственных признаках. Из-за низкой остроты зрения они тратят больше времени на рассматривание. Все это и определяет процесс опознания, анализ, синтез и осмысление зрительно воспринимаемой информации.

А если условно поделить процесс чувственного познания на два составных этапа: 1) формирование ориентировочных действий различения, опознания, называния; 2) развитие интеллектуальных умений дифференцированного анализа воспринимаемых признаков и аналитико-синтетической деятельности по контролю над процессом ориентации, то здесь мы выделим своеобразие и особенности, которые характеризуют процесс зрительного восприятия детей с нарушением зрения. Умение рассматривать предмет, наблюдать, выделять его из окружающей обстановки – т.е. процесс саморегуляции зрительного анализа и синтеза в норме начинает складываться к началу старшего дошкольного возраста. У слабовидящих детей целенаправленный процесс зрительного восприятия задерживается в развитии и имеет определенные трудности опознания окружающего мира.

Уважаемые родители, помните, что для полного опознания объекта нужно многократное его предъявление (от 2 до 12 предъявлений) с продолжительностью в два–три раза большей. Количество предъявлений говорит о замедленном развертывании процесса опознания.

Характерные ошибки слабовидящих детей при сличении и осмыслении сходства и различий проявлялись в догадках, уподоблении по одному из – признаков, иногда – не основному. Так, красная лыжа и красная лента при однократном предъявлении воспринимались как одинаковые, так как распознавание их строилось с опорой на цвет и форму, лыжные крепления в первый момент не были выделены. На картинках с изображением идущей и бегущей девочек различий в положении ног и рук увидеть не смогли. Дети в этом случае выделяли только объекты, а различия в движении и пространственном положении тел не смогли проанализировать. Для этого им требовалась специальная помощь педагога при выделении деталей и различий, при этом им требовалось значительно больше времени для рассматривания. Увеличение времени для рассматривания объектов говорит о замедленности развертывания зрительного анализа.

Процесс сличения, нахождения общих и отличительных черт, умение обобщать признаки в зрительно воспринимаемом объекте у слабовидящих детей улучшается при подборе специальной иллюстративной наглядности, при применении поэтапной дифференциации визуальных признаков. Ребенок с нарушением зрения часто во время анализа предметов действует путем угадывания, уподобления, предположения. Поэтапное рассматривание и помощь педагога и родителей в процессе

выделения основных и дополнительных деталей позволяет ребенку понять изображение. Довольно часто при рассматривании незнакомых объектов слабовидящие дети могут оставаться пассивными, у них даже не возникает желания и интереса познать объекты. В этом можно убедиться опытным путем.

Наблюдения показали, что интерес у детей проявляется к знакомым иллюстрациям. Особенно это ярко проявилось у слабовидящих детей. К незнакомым объектам была мгновенная реакция «что такое?». После того, как ребенку становилось ясно, что объект неизвестен, он быстро пролистывал эти иллюстрации.

Такое поведение детей можно объяснить тем, что слабовидящие дети демонстрируют снижение интереса к рассматриванию незнакомых объектов из-за трудностей зрительного восприятия изображений.

При отсутствии специального обучения даже у старших слабовидящих детей наблюдается безразличное отношение к неведомым изображениям.

Уважаемые родители, обратите внимание на то, что продуктивность узнавания реальных объектов у слабовидящих дошкольников несколько ниже, чем у нормально видящих. Для опознания и знакомства с объектом они тратили в 2–3 раза больше времени. Многие из предъявленных предметов быта слабовидящие дети не опознали. Знакомые предметы не вызывали у них трудностей, посмотрев на предмет, они сразу его называли. Опознание бытовых приборов и предметов у слабовидящих детей вызывало трудности. При этом они длительно рассматривают, подносят близко к глазам. В словесном описании возникают трудности в формировании целостности образа.

Дети обращают внимание на отдельные детали в предмете, строят по ним догадки. Так, нож для чистки картофеля никто из слабовидящих детей не смог назвать. У слабовидящих детей в сравнении с нормально видящими детьми значительно меньше имеется информации о предметном мире. Это сказывается на понимании иллюстративного материала. Процесс узнавания у слабовидящих детей цветных, контурный и силуэтных изображений неоднозначен. Из всех трех видов изображений легче всего дети узнают цветные картинки, так как цвет дает им дополнительную информацию к форме изображений. Значительно сложнее они ориентируются в контурных и силуэтных изображениях. Чем сложнее форма предмета и менее приближена к геометрическим фигурам, тем труднее дети опознают объект. При восприятии контурных изображений успешность опознания зависит от четкости, контрастности и толщины линии. Так, линии толщиной в 1,5мм и выполненные черным цветом на белом фоне дети воспринимали быстрее всего. На черном фоне лучше всего дети выделили желтое контурное изображение. Если же контур сливался с фоном, дети с нарушением зрения особенно часто ошибались.

При восприятии силуэтных изображений дети с нарушением зрения затрудняются в анализе и опознании изображений, особенно изображений животных и различных по сложности формы изображений. Слабовидящие в этом случае смогли назвать изображения только после анализа цветных, а затем силуэтных. **Поэтому при глубоком нарушении зрения следует вести работу по чтению изображений, начиная от реальных, цветных и силуэтных изображений, и только потом к контурным изображениям объектов. Здесь важен тот словесный ал-**

горитм, который дает педагог, направляя зрение ребенка на поэтапное выделение основных признаков, а затем и составных деталей, с тем чтобы у ребенка сложился логически правильный образ предмета.

Нарушение бинокулярного видения осложняет формирование представлений не только о форме, величине, но и пространственном положении, отношениях между предметами: удаленность, глубина, высота и т.д. Зрительное запоминание и воспроизведение пространственных отношений между объектами у слабовидящих детей происходит медленнее и носит фрагментарный характер. Все эти сложности зрительно-пространственной ориентации обуславливают недостаточность чувственного опыта пространственной ориентировки слабовидящих детей. Так, например, снижение до определенного уровня остроты зрения приводит к ограничению различительных возможностей восприятия на расстоянии. Нарушение бинокулярного видения (двумя глазами) разрушает стереоскопическое зрение; один глаз не может дифференцировать глубину, удаленность, протяженность пространства. Расстройство глазодвигательных функций обуславливает сужение поля зрения, ограничиваются обзорные возможности зрения.

Родители должны знать о том, что представления о предметном мире у детей с нарушением зрения неполные, неточные, фрагментарные, что значительно обедняет образность мышления, развитие образной памяти и речи.

ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНО-ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОРИЕНТИРОВКИ У ДЕТЕЙ С МОНОКУЛЯРНЫМ ЗРЕНИЕМ

Бинокулярное восприятие пространства осуществляется за счет взаимодействия сенсорных и моторных механизмов двух монокулярных зрительных систем. При монокулярном видении анализ глубины, удаленности, протяженности и объемности пространства затруднен. Обнаруживается так называемая «монокулярная пространственная невосприимчивость», которая затрудняет развитие мобильности и ориентации в пространстве. Это можно заметить при движении детей в колонне друг за другом, где они из-за боязни столкнуться, вытягивают перед собой руки (поза слепых). Большие трудности и дискомфорт вызывают у детей с косоглазием и амблиопией групповой бег враспынную, когда бегут, натываясь друг на друга из-за невозможности зрительного контроля расстояния.

Большие и своеобразные трудности можно обнаружить у детей с монокулярным зрением при фиксации движущихся объектов. Нарушение глазодвигательных функций при косоглазии обуславливает процесс прослеживания и фиксации объектов. В условиях, когда объект восприятия, перемещаясь в пространстве, приближается или удаляется от наблюдателя, прослеживание осуществляется путем конвергенции и дивергенции зрительных осей. Это возможно только при нормальном зрении. В условиях же монокулярного зрения такие акты отсутствуют, действует один глаз, у которого возможность определения точного местоположения осложнена из-за отсутствия оценки удаленности, протяженности, объемности пространства.

Действия детей с монокулярным зрением ограничены и неточны. Руки они чаще всего держат в одном положении, на полет мяча реагируют запоздало, часто мяч их застаёт врасплох, дети не успевают отреагировать на его приближение. Их действия при анализе скорости, направлении и расстояния до мяча, вероятнее всего, плохо фиксируются. Поэтому ошибок может быть особенно много. Положительным результатом может быть только тогда, когда мяч направляется точно в руки ребенка, тогда он может его успешно поймать. Если же мяч уходит несколько вбок, дети не могут протягивать руки в его сторону. При этом с той стороны, где глаз не видит, они вообще не могут фиксировать его полета. Для таких детей характерна поза, в которой они несколько разворачивают лицо в сторону, чтобы ведущим глазом зафиксировать прямо летящий на них мяч. Упражнения, подобно ловле, бросанию, метанию в цель при монокулярном зрении для детей сложны.

Бросание в цель в значительной степени зависит от характера зрения, так как прежде всего ребенок должен выделить и зафиксировать цель, определить расстояние, соизмерить свое предметное действие с данными зрительной информации. Дети с дефектом зрения не могут примериваться, поэтому сразу же бросают мяч в корзину, отчего довольно часто результат является отрицательным. В отличие от них, нормально видящие дети примериваются, контролируют действия руки, следят за полетом мяча, могут проанализировать ошибки, если мяч не попал в цель. При этом нормально видящие дети при отрицательном результате называют причину неудачи: «я плохо прицелился», «дай я еще раз брошу». Такое поведение у детей с монокуляр-

ным зрением чаще всего не наблюдается, а интерес к результату падает.

Так, игры с кеглями, с кольцебросом, прокатывание мяча в ворота и другие, которые очень любят дети, весьма трудны для них из-за трудностей видения. В связи с чем они бросают предмет без прицеливания, а после того, как бросят, бегут смотреть результат, так как на расстоянии увидеть свой результат не могут. При отрицательном результате подчас не желают повторять упражнение. Значительные трудности возникают у детей в заданиях соревновательного характера, так как чаще всего успешность их действий зависит от характера зрительных нарушений при восприятии признаков пространства. Трудности монокулярной ориентации в пространстве характеризуются сложностью фиксации точного положения объекта в пространстве, невозможностью анализировать глубину, удаленность, протяженность и объемность пространства. Этим объясняется скованность при беге, прыжках, передвижении в колонне и других двигательных актов.

Папы и мамы должны знать о том, что трудности зрительно-пространственной ориентации сказываются на формировании пространственного мышления и способности понимать пространственные отношения и определяют характер затруднений движений в пространстве.

В условиях монокулярного видения вероятность появления обедненности информации о предметном мире очевидна. Все это требует проведения специальных коррекционных занятий по развитию зрительного восприятия.

ОСОБЕННОСТИ ОВЛАДЕНИЯ РЕЧЬЮ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Развитие речи у детей с нарушением зрения происходит в основном так же, как и у нормально видящих. Однако динамика ее развития, овладение чувственной ее стороной, смысловой содержательностью у детей с нарушением зрения осуществляется несколько сложнее.

Замедленность формирования речи проявляется в ранние периоды ее развития из-за недостаточности активного взаимодействия детей, имеющих патологию зрения, с окружающими людьми, а также обедненностью предметно-практического опыта детей. В связи с этим наблюдаются специфические особенности формирования речи, проявляющиеся в нарушении словарно-семантической стороны речи, в формализме употребления значительного количества слов с их конкретными чувственными характеристиками. Их употребление детьми бывает слишком узким, когда слово связывается только с одним знакомым ребенку предметом, его признаком, или, наоборот, становится слишком обобщенным, без выделения конкретных признаков предметов и явлений окружающей жизни. Дети с глубокими нарушениями зрения не имеют возможности в полном объеме воспринимать артикуляцию собеседника, не имеют четкого образа движения губ во время разговора, из-за чего они часто допускают ошибки при звуковом анализе слова и его произношении.

Наиболее распространенным дефектом речи при слепоте и слабовидении у дошкольников является нарушения звукопроизношения разного характера от сигматизма (нарушения произношения свистящих и шипящих звуков) до ламбдацизма (нарушения произношения звука «Л») и ротацизма (нарушения

произношения звука «Р»). Трудности, связанные с овладением звуковым составом слова и определением порядков звуков, могут в дальнейшем проявиться и в письменной речи. Нарушения звуковой последовательности при написании слов в значительной степени объясняется отсутствием или неполноценностью зрения. Дети при письме из-за недостаточности звукового анализа слова делают пропуски букв, замены или перестановки.

Недостаточность словарного запаса, непонимание значения и смысла слов делают рассказы детей информативно бедными, им трудно строить последовательный, логичный рассказ из-за снижения количества конкретной информации. Накопление словарного запаса и усвоение грамматического строя языка обуславливает развитие связной речи дошкольников младшего, среднего и старшего возраста. Овладение связной речью детьми с нарушением зрения осуществляется по тем же закономерностям, что и зрячими детьми соответствующего возраста при условии, если связная речь опирается на достаточный запас конкретных представлений. Только в коррекционных условиях дети с нарушением зрения постепенно преодолевают вербальное употребление слов и формализм знаний. Они не всегда планируют свои высказывания. К трудностям развития речи детей со зрительной патологией относятся особенности усвоения и использования неязыковых средств общения – мимики, жеста, интонации, являющихся неотъемлемым компонентом устной речи. Не воспринимая совсем или плохо воспринимая зрительно большое количество мимических движений и жестов, придающих одним и тем же высказываниям самые различные оттенки и значения, и, не пользуясь в своей речи этими средствами, слепые и слабовидящие дети существенно обедняют свою речь, она становится маловыразительной. У этих детей наблюдается снижение внешнего проявления эмоций и ситуативных выразительных движе-

ний, что оказывает влияние на интонационное оформление речи, ее бедность и монотонность. В связи с тем что речевое развитие детей с нарушением зрения не всегда взаимосвязано с чувственной информацией, процесс становления словесной психоречевой регуляции практических действий сдерживается в своем развитии, так как довольно часто они не понимают значения многих слов. Так, при решении задачи, где в тексте говорится: «в одном куске ткани столько-то метров», слепой ребенок восклицает: «Есть кусок хлеба, пирога, но куска ткани не бывает». Вот что говорит слепой мальчик про учебу в школе в первом классе: Да, мне там интересно, но учительница часто говорит неправильно: «Откройте книгу». Но это же дверь можно открыть, а книгу я не знаю, как открывать. Она говорит: «Дети встали», я сижу, и она меня ругает, говорит, чтобы я встал тоже. Учительница просит: «Сидите прямо». А я не знаю, как прямо. Идем по коридору, она кричит: «Вова, уйди влево, ты мешаешь идти тем, кто тебе встречается». Слепые и слабовидящие дети значительно отстают в развитии при описании природы, животных, внешности и деятельности человека. Отставание в овладении описанием как определенным типом речи обусловлено ограниченным запасом представлений об окружающих предметах.

Папы и мамы обратите внимание на то, что общаясь со слепыми и слабовидящими детьми, надо помнить, что словесные методы часто дают им формальные, вербальные знания, поэтому составляемые слепыми детьми рассказы и, особенно, описания ими конкретных предметов, явлений, ситуаций чрезвычайно нуждаются в проверке, их конкретизации. Устная речь детей с глубокой патологией зрения часто отрывочна, непоследовательна и бледна в описании признаков и свойств окружающего мира.

Коррекция с применением наглядных пособий, оптических и тифлотехнических средств, проведение наблюдений и экскур-

сий, а также использование предметно-практических приемов получения информации об окружающем мире во многом могут способствовать преодолению вербализма, недостаточности описательной стороны речи, связности высказываний. Вот почему в процессе общения с ребенком родителям необходимо уделять большое внимание обогащению чувственной стороны речи, формированию соответствия слова и конкретных признаков предметов и явлений окружающей действительности. Для развития речи большое значение имеет наличие у детей реальных представлений об окружающем мире. Поэтому применение средств наглядности осуществляется с учетом своеобразия зрительного восприятия. **Предметы, явления, иллюстрации, игрушки, по которым слабовидящие составляют словесное описание, должны быть зрительно доступны детям.** Изображения на картинках не должны быть перегружены объектами. Для ребенка с нарушением зрения речь окружающих ребенка взрослых должна служить примером и быть образной, выразительной и эмоционально окрашенной. **Художественную литературу для чтения родители отбирают по рекомендации педагогов и с учетом знаний детей и их интеллектуальных возможностей.**

Папы и мамы помните, что нарушение соответствия между словом и образом, вербализм знаний, непонимание смысла слова – весьма характерная черта слепых и слабовидящих и детей с косоглазием и амблиопией, что преодолевается средствами коррекционной работы, ставящей задачу по предотвращению формализма при употреблении слов и развитии образной речи.

СВОЕОБРАЗИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ НАРУШЕНИИ ЗРЕНИЯ

Дефект зрения усложняет взаимодействие детей с окружающей средой, изменяет социальную позицию, провоцирует у слепых и слабовидящих возникновение своеобразных социальных установок и ориентиров. Нарушение или ограничение социальных контактов влечет за собой целый ряд осложнений в формировании личности у слепорожденных и рано утративших зрение. У детей потеря зрения приводит к сдерживанию в формировании активных позиций, снижению уровня самостоятельности, появлению замкнутости, необщительности. При сверхопеке со стороны взрослых наблюдается снижение устремлений ребенка к самопроявлению в элементарных формах самообслуживания, в дальнейшем – осложнений в формировании самостоятельности личности. Недостаток социального опыта, искаженные отношения со стороны окружающих людей способствуют появлению у детей с нарушением зрения отрицательных черт характера: эгоизма, снижению внимания к окружающим, нерешительности, упрямства и др.

Уменьшение контактов с окружающими приводит к замкнутости, необщительности, уходу ребенка в свой внутренний мир. Иногда у слепого или слабовидящего ребенка развиваются вредные привычки – покачивание, надавливание на глаза, щелканье пальцами. Эти привычки могут не только раздражать окружающих, но и расстраивать, даже серьезно влиять на отношения к ребенку. Существует много теорий о том, почему слепые дети долго и упорно следуют своим дурным привычкам. Некоторые говорят, что это происходит из-за недостаточной вестибулярной стимуляции. Последнее означает, что дети недо-

статочно двигаются и поэтому плохо ощущают положение своего тела в пространстве. Есть мнение, что зрительно аномальные дети надавливают на глаза затем, чтобы получать эффект световых вспышек. В другом случае странные привычки могут особенно усилиться во время стресса – когда ребенок загружен трудным захватывающим делом, или если ребенок испытывает страх. Вполне вероятно, что для него странная привычка – средство для снятия стресса, и своеобразного ухода от проблем. Подобные негативные проявления могут сопровождать поведение незрячих во взрослом состоянии, если своевременно не будет оказана соответствующая коррекционная помощь.

Чаще всего указанные своеобразия личности детей со зрительными дефектами обусловлены следующими причинами: недостатком чувственного опыта, трудностями ориентировки в окружающем пространстве (боязнь нового), отсутствием коррекционно-развивающих условий обучения и воспитания, ограничением в деятельности, неудачными попытки наладить контакты со зрячими.

В формировании основных свойств личности играют важную роль социальные факторы, эффективность которых зависит от создания соответствующих условий и содержания воспитания и обучения, вовлечения ребенка в жизненные ситуации на основе формирования у него социально-адаптивных коррекционно-компенсаторных способов ориентации. В этом случае уровень психофизического состояния личности определяется характером социальных воздействий, в первую очередь всего воспитания и обучения, а не наличием или отсутствием зрительной патологии. Другими словами – нарушение зрительных функций не является непреодолимым препятствием для формирования всесторонне развитой личности. И все же необходимо помнить, что отсутствие зрения или глубокое его нарушение

ние существенно изменяют жизнь детей, затрудняют их взаимодействие с окружающей действительностью, снижают его жизненную позицию и активность.

Снижение познавательной активности особенно ярко проявляется в преддошкольном и дошкольном возрасте, главным образом в снижении ориентировочно-поисковой деятельности. Это снижение познавательной потенции вызвано недостаточной стимуляцией извне. Одним из факторов снижения активности слепых и слабовидящих являются отрицательные эмоциональные состояния из-за фрустраций (выпадения из действительности, отрыв от нее), которые обусловлены неадекватной самооценкой и трудностями выполнения различных социальных функций.

Не менее серьезные препятствия для самопроявления наблюдаются у слепых и слабовидящих в общении с окружающими людьми. Зрительные дефекты в зависимости от глубины и времени их проявления могут препятствовать формированию и развитию активной жизненной позиции, стремлению к достижению результатов в деятельности. В дошкольном возрасте межличностные отношения слепых и слабовидящих с социумом складываются трудно. При этом слепые оказываются в наиболее неблагоприятном положении. Они имеют меньшую возможность выбора контактов, находятся в положении изолированности, меньшей мобильности и коммуникативной активности. Это положение в большей степени может изменить взрослый (воспитатель или родитель), который создает условия для общения детей. Недостаточность информации об окружающем мире снижает познавательный интерес, из-за чего происходит нарушение и в эмоционально-поведенческом отношении детей к различным сферам деятельности. Болезненность реакции личности при возникновении трудностей контакта, практически-

го выполнения действий, ведет к повышенной раздражительности, неадекватности реакций, некоторому безразличию к окружению, инертности и пассивности. Все эти негативные проявления могут быть сняты в условиях своевременной и соответствующей коррекционно-компенсаторной помощи детям с патологией зрения.

Папы и мамы должны знать: негативные социально-психологические последствия зрительных дефектов наблюдаются наиболее зримо в условиях, когда окружающие люди недостаточно подготовлены к контактам со слепыми и слабовидящими. В этом случае у детей с нарушением зрения накапливается опыт отрицательных эмоций, изменяется характер потребностей, сужается поле эмоциональных проявлений.

На основе этого в тифлопедагогической науке создаются и изучаются специальные условия воспитания и обучения, позволяющие детям с нарушением зрения успешно развиваться и участвовать в жизни общества.

Многие дети с различными нарушениями зрения посещают дошкольные учреждения, поэтому **мы считаем необходимым познакомить Вас, уважаемые родители, с системой дошкольного воспитания детей с нарушением зрения.** В настоящее время существует сеть специальных дошкольных учреждений комбинированного вида, куда поступают слепые, слабовидящие и дети с косоглазием и амблиопией. Дошкольные учреждения для детей с нарушением зрения работают по специальной программе, построенной с учетом своеобразия развития детей и особенностей формирования их познавательной деятельности, двигательной сферы и качеств личности. Обучение детей с нарушениями зрения в детском саду – одно из средств воспитания слепых, слабовидящих и детей с амблиопией и косоглазием. Оно направлено на всестороннее развитие,

коррекцию и компенсацию имеющихся у детей с нарушением зрения недостатков развития, обусловленных степенью и характером зрительного дефекта. Обучение детей с нарушениями зрения в детском саду осуществляется на занятиях с группой 8 человек слепых и слабовидящих детей или 12 детей с косоглазием и амблиопией. Занятия носят фронтальный, подгрупповой или индивидуальный характер.

Содержание обучения и воспитания детей с нарушением зрения направлено на решение общих и специальных задач формирования знаний, навыков и умений, обеспечивающих слепым, слабовидящим и детям с косоглазием и амблиопией успешное поступление в школу. Специальные программы разработаны на основе программы воспитания в массовом детском саду. Наряду с этим введены специальные разделы по развитию зрительного восприятия и формирования предметных представлений, социальной адаптации и ориентировке в пространстве, развитию осязания, слухового восприятия, лечебной физкультуре, ритмике, коррекции нарушений речи.

Применение специальных методов и приемов направлено на коррекцию зрительного восприятия, предметных представлений, ориентировку в пространстве, преодоление недостатков речевого развития, предметно-практической деятельности и т.д. Важное место в обучении занимает наглядность, которая адаптируется к условиям восприятия (зрительного или осязательного), широко используются оптические средства коррекции зрительного восприятия наглядно-иллюстративного материала. Для преодоления вербализма предметных представлений и расширения чувственного опыта проводится специальная работа по ознакомлению с окружающей действительностью на экскурсиях, при этом важная роль отводится регулирующей роли речи как средства компенсации слепоты и слабовидения.

Для коррекции недостатков развития предметно-практических действий используется метод поэтапного, пооперационного выполнения заданий в ручном труде, конструировании, лепке, аппликации и т.д. В результате комплексного подхода к обучению и воспитанию детей формируется деятельность ребенка и его взаимодействие с окружающей действительностью и людьми. Правильному развитию ребенка способствует организация преемственности между обучением в детском саду и школах-интернатах для детей с нарушением зрения, а также между общественным и семейным воспитанием.

Важное место в педагогическом процессе занимает работа по преемственности и взаимосвязи коррекционно-воспитательной и лечебно-восстановительной работы, по развитию и активизации зрения, его охране, а также по укреплению общего состояния здоровья.

В дошкольные учреждения принимаются дети с 2 до 7 лет. Отбор детей осуществляется на основе медицинского заключения и психолого-педагогического обследования психолого-медико-педагогических комиссий. Методика обследования представляет собой серии игровых заданий, позволяющих выявить уровень психофизического развития ребенка определенного возраста. Решение о зачислении в учреждение, о выводе из него принимаются психолого-медико-педагогической комиссией. Основной целью дошкольных учреждений для детей с нарушением зрения является оказание комплексной медико-психолого-педагогической помощи детям.

Обучение и воспитание включает задачи:

- уточнение уровня психофизического развития и организация соответствующих условий для обучения и воспитания;
- обеспечение общего уровня развития, воспитания и обучения;

– создание коррекционных условий для преодоления отклонений в психофизическом развитии.

Во всех видах детской деятельности предусматривается тренировка, упражнения для активизации зрительных функций. Развитие зрительного восприятия осуществляется на специальных коррекционных занятиях, а также в процессе игры, общеобразовательных занятиях и повседневной жизни. Коррекционные занятия по развитию зрительного восприятия, ориентировке в пространстве, социально-бытовой ориентировки проводятся учителем-дефектологом (тифлопедагогом). Занятия по преодолению недостатков речевого развития проводятся логопедом, при этом дети объединяются в подгруппы в соответствии с уровнем речевого развития, т.е. приблизительно одинаковым состоянием лексики, грамматики, фонетики, связной речи. Кроме того, с детьми проводятся специальные занятия по лечебной физкультуре, ритмике, так как у детей с нарушением зрения наблюдаются отклонения в развитии двигательной сферы. Весь учебно-воспитательный процесс в детском саду строится с учетом требований лечебно-восстановительной работы. Консультативные группы для детей с нарушением зрения, не посещающих дошкольные учреждения, возникли как необходимость оказания помощи семье в воспитании слепых и слабовидящих детей. Данные группы создаются как при государственных, так и при общественных, частных и других дошкольных учреждениях. Комплектование групп осуществляется медико-психолого-педагогическими комиссиями, работающими в системе образования. В группы зачисляются дети с момента выявления первичного дефекта (нарушения зрения). Работа с детьми осуществляется как на базе дошкольного учреждения, так и в условиях семьи.

Основной целью консультативных групп является:

– выявление детей с нарушением зрения, не посещающих дошкольные учреждения и нуждающихся в комплексной медико-психолого-педагогической помощи;

– консультирование родителей по определению своеобразия, особенностей психофизического развития ребенка и разработка совместно с родителями программы его обучения и воспитания;

– обучение родителей методам, средствам и приемам воспитания детей с нарушением зрения в условиях семьи;

– проведение коррекционных занятий тифлопедагогом в присутствии родителей и с их помощью в дошкольном учреждении и домашних условиях;

– изучение успешности в развитии и продвижении ребенка в процессе обучения и воспитания и составление в процессе обследования индивидуальных карт динамики психофизического развития ребенка.

В консультативных группах осуществляется тесная связь между семьей и образовательным учреждением, решаются проблемы индивидуального обучения, с тем чтобы обеспечить ребенку постепенный процесс вхождения в более широкий социум. За последние годы в стране открывается все больше групп для слепых детей, воспитание которых начинается с пребывания в группах краткосрочного пребывания с постепенным включением в группы постоянного посещения.

Папам и мамам необходимо владеть информацией о структуре современной системы специального образования дошкольников с нарушением зрения и знать основные задачи в обучении и воспитания данной категории детей.

ПЛАНИРОВАНИЕ РАЗВИВАЮЩЕЙ СРЕДЫ ДЛЯ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Одним из общих правил организации среды является критерий ее доступности для ребенка. Эффективность функционального воздействия среды зависит от конкретных его запросов. Подбор и размещение мебели, технического оборудования, игрушек определяется необходимостью безбарьерного передвижения и контакта, дозирования информационного поля. Специфика интерьера и размещения предметного окружения требует сохранения стабильности для того чтобы ребенок с нарушениями зрения запомнил условия, для передвижения, порядок хранения различных игрушек, дидактического материала и предметов быта для формирования стереотипов в поведении.

Для развития зрительного восприятия необходимо создать следующие условия: достаточная освещенность помещения, удобное размещение ребенка за столом, расположение наглядного материала на уровне глаз ребенка и на доступном расстоянии, соответствующая длительность зрительных нагрузок, организация во время занятий разнообразных коррекционных упражнений для зрения. Помещение, где находится ребенок, должно быть достаточно освещено. В понятие достаточной освещенности входит: яркость фона, равномерное распределение яркости в поле зрения, ограничение слепящего действия от источников света, устранение резких и глубоких теней, приближение спектра излучения искусственных источников к спектру дневного света. Не рекомендуется закрывать шторами верхнюю часть окна, занавески надо располагать по краям оконных проемов. Мебель должна быть подобрана по росту детей. Родители постоянно смотрят за тем, чтобы дети не снимали очки и не

подглядывали из-за очков, что особенно наблюдается у детей младшего дошкольного возраста.

Для знакомства с предметами и явлениями окружающей жизни следует использовать сами предметы или их реалистичное изображение. Следует учитывать, что дети с нарушениями зрения значительно больше времени тратят на то, чтобы увидеть предметы, узнать их по характерным признакам. Зная особенности зрительного восприятия детей с нарушениями зрения, родители должны способствовать полноценному познанию детьми окружающего мира. Все предметы, с которыми сталкиваются дети, должны быть доступны для всестороннего ознакомления. Надо, чтобы дети рассматривали индивидуальный иллюстративный материал: игрушки, рисунки и другие предметы – на расстоянии не менее 30–35 см от глаз (расстояние от локтя до кончиков пальцев). На таком расстоянии глаза меньше напрягаются и устают.

Для рисования хорошо использовать мольберты, а для рассматривания иллюстраций на столе надо ставить подставку, какую используют в библиотеках для демонстрации книг. Это позволяет ребенку работать, не наклоняясь над столом. Если ребенок рисует дома на доске, то доска должна быть окрашена в темно-зеленый цвет и не иметь бликов. Для снятия блеска ее протирают сразу после покраски и просыхания нашатырным спиртом (столовая ложка на стакан воды). Мел должен быть мягким и хорошего качества; хорошо использовать желтый мел. При показе практических действий (вырезывание, лепка, рисование, конструирование и др.), ребенок должен видеть как выполнять работу. Однако не следует использовать образцы и показ постоянно, так как это может привести к снижению умственной активности и самостоятельности детей. Для улучшения зри-

тельного восприятия и предупреждения быстрого утомления следует помнить о контрастности между фоном, на котором идет демонстрация, и самим демонстрационным материалом. При демонстрации предметов и объектов надо убрать из поля зрения лишние объекты. Следует продумывать условия для снятия зрительного утомления. На 5–7-ой минуте работы на близком для зрения расстоянии проводить физкультурные минутки.

Папы и мамы должны помнить о том, что основные требования к организации безбарьерной среды, порядку размещения и условия хранения игрового и дидактического материала нужно выполнять для комфорта ребенка.

ОЗНАКОМЛЕНИЕ С ОКРУЖАЮЩИМ МИРОМ

Из-за нарушения зрения дети плохо видят и выделяют конкретные признаки и свойства предметов: их форму, величину, цвет и пространственное расположение. **В связи с этим важно в период дошкольного возраста научить их, пользуясь неполноценным зрением, правильно зрительно выделять важные, существенные признаки и свойства.**

Дети должны представлять и конкретно действовать с различными предметами, знать назначение, способы действия и применения их, понимать условия жизни, деятельности человека, его связи с окружающим миром.

Тематикой ознакомления в первую очередь становится близкое окружение ребенка в детском саду и дома. Процесс ознакомления строится по принципу детального изучения предметов с их свойствами и взаимосвязями между собой. В

ходе изучения дети должны научиться последовательному зрительному выделению, анализу основных опознавательных зрительно фиксированных признаков. Там, где невозможно получить зрительную информацию, необходимо активно включать в процесс обследования сохранные анализаторы. Дополнительная информация получается за счет полисенсорных взаимосвязей (слухо-двигательных, тактильно-двигательных, осязательных и др.) и обеспечивает детям с нарушением зрения более полную и точную информацию. В 3–4 года ознакомление с окружающим миром более тесно связано с развитием речи, так как наряду с формированием чувственного опыта детей осуществляется работа по овладению детьми словом, что обеспечивает формирование умений соотносить конкретный признак со словесным его обозначением и создание адекватных образов предметов реального мира.

В 5–7 лет обучения осуществляется работа по расширению и систематизации представлений в определенных связях общественно-ведческих, природоведческих, математических и эстетических знаний.

Основными методами и средствами являются наблюдения на экскурсии за реальными объектами, обучение обследованию объектов, использование дидактических игр для упражнений с натуральными объектами или их изображениями, просмотр видеоматериалов, рассматривание различных картинок игрушек, муляжей, чучел животных и др. На более поздних периодах обучения начинают применяться беседы-воспоминания о прошлом опыте общения с реальным миром. Вместе с тем ведущим в формировании реальных представлений остается использование конкретного материала, активно воспринимаемого детьми.

СОДЕРЖАНИЕ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

Коррекционно-педагогическая работа в дошкольном учреждении осуществляется в двух направлениях:

1) специальные коррекционные занятия по развитию зрительного восприятия, лечебной физкультуре, ритмике, социальной адаптации и пространственной ориентировке, коррекции речевых нарушений;

2) организация коррекционных упражнений на различных занятиях (по математике, рисованию, развитию речи, физической культуре, ручному труду и др.), в играх, бытовой деятельности.

Все виды коррекционной работы пронизаны задачами лечебного процесса, включая задачу снятия побочного влияния медицинских процедур на психику ребенка. Знание зрительных возможностей ребенка позволяет педагогу целенаправленно влиять на развитие зрения, создавать условия для закрепления результатов восстановительного лечения.

Развитие бинокулярного и стереоскопического зрения осуществляется в дидактических играх, на занятиях по рисованию, лепке, физкультуре и др. Решая педагогические задачи по формированию различных знаний и умений, педагоги учат детей способам зрительной ориентации в различении признаков предметного мира. Система упражнений, способствующих активизации зрительного восприятия и познания окружающей действительности, согласуется с врачом-офтальмологом.

В зависимости от наличия или отсутствия зрительной ориентации в содержание коррекционной работы вносятся различные занятия. Для слепых важны занятия по развитию осязания и мелкой моторики, слухового восприятия. Для детей с частичным

нарушением зрения важны занятия по обучению использования зрения и других анализаторов.

Содержание коррекционной работы – это тот фактический материал, который должны усвоить дети, на базе которого они смогут адекватно ориентироваться в окружающей действительности и успешно войти в общеобразовательный процесс. Элементы содержания коррекционной работы направлены на формирование социально-адаптивных знаний, получаемых детьми в результате непосредственного контакта с предметами и явлениями реального мира.

Как важное коррекционное условие программное содержание предусматривает включение большого количества практических заданий и упражнений. В результате в значительной степени расширяется и обогащается чувственный опыт как наглядная тренировка в общении детей с конкретными предметами и явлениями окружающей действительности. При этом у них появляется возможность убеждаться в успешности ориентации и адекватности своих предметно-практических действий, что служит основой для осознания своих потенциальных возможностей.

Перспективными направлениями коррекционной работы являются занятия по развитию зрения и зрительного восприятия, формированию способов сенсорной ориентировки на уровне сохранных анализаторов в их тесной взаимосвязи со зрительной ориентацией. В связи с чем в программе по развитию зрительного восприятия выделен специальный курс – формирование различительных способностей анализаторов и овладение эталонами признаков и свойств, без знания которых

невозможен процесс осознанной ориентировки и познания предметного мира в реальной конкретной деятельности.

Для развития способов и навыков сенсорной ориентации очень важно одновременное формирование у детей представления, знания своих сенсорных возможностей. Для этого в содержании программы по сенсорному воспитанию введен курс, объясняющий детям функциональные возможности анализаторов, где они на практике убеждаются в возможностях своего неполноценного зрения и сохранных анализаторов, обеспечивая тем самым формирование у них навыка замещать недостатки зрительной информации использованием сохранных анализаторов, речи, мышления и памяти. Такое формирование знаний о своих сенсорных возможностях значительно продвигает ребенка в развитии адаптивных способностей при ориентировке в окружающем мире. Достижение определенного уровня коррекционно-компенсаторного развития сенсорной сферы приводит психическое развитие ребенка с нарушением зрения к стабилизации взаимодействия с окружающей средой и обеспечивает решение проблемы преодоления трудностей при обучении и воспитании.

Для преодоления недостатков двигательной сферы разработаны занятия по лечебной физкультуре и ритмике. Лечебная физкультура направлена на лечение заболеваний, профилактику их осложнений, на предупреждение обострений у дошкольников с нарушением зрения. При планировании и проведении занятий должны быть учтены особенности организма детей, их пониженные функциональные возможности, замедленность адаптации к физическим нагрузкам. В зависимости от вида

и глубины заболевания предполагается применение физических упражнений в разной последовательности и дозировке.

В программе в зависимости от возраста и уровня психического развития детей определены требования к формированию пространственных представлений на уровне зрительного и других видов восприятия. При этом важно сочетать зрительную ориентировку со слуховой, тактильно-двигательной и другими видами ориентаций. При формировании пространственной ориентировки важно научить слабовидящих детей опираться на сенсорные эталоны пространственных признаков: формы, цвета, величины и места положения предметов. Важная роль отводится речи как регулятору практических действий детей.

Во всех видах коррекционной работы предусматривается взаимосвязь с лечебной и общеобразовательной работой.

Зная особенности патологии органа зрения, будучи знакомым с принципами воздействия на нее, понимая зрительные возможности ребенка, систематически консультируясь с врачом-офтальмологом тифлопедагог обеспечивает ребенку соответствующие условия для обучения. Поддерживая в ребенке интерес к лечению, убеждая его в процессе практического общения реальным миром в наличии положительного результата, педагоги обеспечивают успешное формирование социально-адаптивного поведения. Коррекционная работа осуществляется в тесной связи с комплексным лечебным восстановительным процессом на основе максимального сближения медицинских и педагогических средств коррекции. Направленное обучение и воспитание строится на основе пропедевтических курсов, предусматривающих формирование навыков и умений пользоваться неполноценным зрением и формирование компенсатор-

ных форм ориентации за счет развития сохранных анализаторов, речи и мышления.

Во все общеобразовательные занятия включаются упражнения для развития зрения и зрительного восприятия (выделение формы, цвета, величины и пространственного положения предметов). В процессе таких упражнений дети учатся сравнению, узнаванию, классификации предметов по их основным признакам. Используются такие дидактические игры, как: «Найди такой же предмет» (по форме, цвету, размеру); «Найди различия в предметах, рисунках», «Подбери одинаковые предметы» (по цвету, размеру); «Что от тебя ближе, что дальше»; «Составь из частей целое». В период плеоптического лечения по восстановлению остроты зрения детям младшего возраста предлагаются игры с матрешками, пирамидками, игрушками-вкладышами, например: «Собери башенку», «Собери пирамидку», «Собери корзинки», «Составь матрешку».

Для усиления стимуляции зрительных функций применяются игрушки со световым и цветовым эффектом, привлекающие детей своей занимательностью. Эти игры увлекают детей и приносят в лечебный процесс элементы неподдельного интереса и занимательности, что усиливает лечебный эффект. При этом глаза упражняются в выделении цветовой насыщенности, контрастности и оттенков цвета.

Важно помнить, что дидактические игры и задания для развития зрения подбираются индивидуально для каждого ребенка в зависимости от состояния зрения и периода восстановительной работы. В этом Вам поможет тифлопедагог. Так, например, при высокой степени амблиопии предметы и изображения для занятий даются более крупные, а по мере повышения

остроты зрения размеры пособий уменьшаются. Самые мелкие предметы не должны быть менее 2 см, так как у детей с нарушением зрения страдает и развитие мелкой моторики рук. Им трудно работать с очень мелким материалом. Например, нанизывание бисера представляет для детей дошкольного возраста большую сложность. Каждый педагог, если ему известно состояние детей и рекомендации врача-офтальмолога, может подбирать индивидуальные задания детям на занятиях. Зная зрительные возможности детей, педагоги могут целенаправленно влиять на развитие зрения, создавать условия в процессе воспитания и обучения детей для закрепления результатов лечебно-восстановительной работы.

Большое значение в организации работы по развитию зрительного восприятия имеют различные наглядные пособия, дидактический материал, которые педагоги используют на занятиях. Иллюстрации, предъявляемые детям, должны быть лаконичны и понятны по содержанию и формам предметов, яркими, контрастными и насыщенными по цветовой окраске. Показ наглядных пособий следует сопровождать четким, ясным и конкретным словесным пояснением, позволяющим детям понять, выделить конкретные визуальные признаки предметов и явлений окружающего мира. Все предлагаемые детям задания должны быть осознанными и целенаправленными на упражнение, активизацию и тренировку зрительных функций.

На занятиях по изобразительной деятельности много внимания уделяется формированию реальных представлений, выделению признаков предметов, чтобы дети затем смогли отобразить это в своих рисунках. Психофизические методы восстановления зрения (светостимуляция, представление изобра-

жений на световом табло и др.) сочетаются с психолого-педагогическими методиками.

На занятиях по математике формируется понятие «широкий-узкий», «длинный-короткий» и т.д. Для этого можно предложить детям в зависимости от величины объекта (машина, гусеница, ослик) нарисовать дорожки соответствующей ширины. Тем детям, которые по состоянию зрения не могут справиться с этим заданием, предлагается выбрать из набора лент, отобрать ленты разной ширины и длины. В таких заданиях активно упражняется глазомер. Большое внимание педагоги уделяют подготовительным упражнениям. Которые они проводят совместно с медицинскими сестрами, особенно перед началом лечения на медицинских аппаратах.

Так, при исправлении косоглазия на ортоптическом приборе «Синаптофор», детей предварительно знакомят с изображениями типа: «Подбери пару», «Наложи одно изображение на другое», «Соедини два изображения в одно», «Подбери к контурному изображению силуэт».

По рекомендации врача-офтальмолога, в зависимости от периода восстановительного лечения, педагоги проводят с детьми различные дидактические игры и упражнения для активизации, стимуляции, упражнения зрительных функций. Например, в период плеоптического лечения, направленного на повышение остроты зрения, врачи-офтальмологи предлагают проводить с детьми занятия по нанизыванию бус, обводку через кальку контурных изображений, выкладывание из мозаики и т.д.

В период ортоптического лечения косоглазия с детьми дошкольного возраста важно провести специальную подготовку к лечению на синоптофоре. Для этого используются такие

упражнения, как накладывание одного изображения на другое. Например, на листе бумаги нарисованы контурные изображения животных, растений и даны вырезанные из цветной или черной бумаги точные копии этих нарисованных изображений. Дети должны наложить их на нарисованные изображения.

В период выработки стереоскопического зрения особенно эффективны настольные игры «Футбол», «Баскетбол», «Бильярд», «Колпачки», «Набрось кольцо», «Попади в обруч», «Прокати шар в ворота», а также игры с различными конструкторами, мозаиками. При игре упражняются глазомерные функции. Дети учатся соизмерять разные по величине предметы, выделять расстояние между предметами и объектами. Большие возможности для упражнения зрительных функций в определении расстояния. Удаленности, протяженности пространства имеются в подвижных играх, включающих элементы поиска. Метание в цель, бег по заданному направлению, перешагивание через препятствие способствуют активизации и формированию стереоскопического видения.

Папы и мамы должны знать: в ходе занятий и игр происходит повышение общей функциональной активности сенсорных органов и особенно различительной чувствительности зрительной системы, идет активнее формирование бинокулярной фиксации, укрепляются глазодвигательные функции. Стимуляция цветоразличения, стереоскопичности видения в условиях изменения насыщенности и интенсивности и размера стимула в играх различного характера дает хорошие результаты в повышении возможностей зрительных функций.

ТЕЗАУРУС

Акт видения – сложный многоэтапный нейрофизиологический процесс, обеспечивающий получение зрительной информации.

Ахроматическое зрение – восприятие белого, серого и черного (всего около 200-300 оттенков).

Абилитация – это система лечебно-профилактических мер, направленных на создание условий для формирования, развития и тренировки рефлекторных, сенсорных, двигательных, психоэмоциональных реакций ребенка в соответствии с возрастом средствами медицины (медикаментозное, физиотерапевтическое лечение, массаж, протезирование и т.д.)

Адаптация – процесс приспособления строения и функций организма, регуляции или другой биологической системы изменившимся условиям существования.

Азбука Брайля – алфавит, созданный незрячим французским тифлопедагогом Луи Брайлем (1809–1852) в 1837 г. В этом алфавите каждая буква представлена в виде определенного набора выпуклых точек. Во время чтения слепые нащупывают их кончиками пальцев. Это основной метод чтения, используемый слепыми и слабовидящими людьми сегодня.

Амблиопия – понижение зрения, обусловленное функциональными расстройствами зрительного анализатора.

Анализатор – нервный аппарат, выполняющий функцию приема, анализа и синтеза раздражителей, исходящих из внешней среды и самого организма.

Анамнез – подробные сведения об условиях возникновения и протекания болезни, об истории развития ребенка на всех

этапах его жизни. А. подразделяется по содержанию на медицинский, психолого-педагогический, социально-психологический.

Аномальное развитие – значительное отклонение от условно-возрастных норм физического и психического развития, вызванное серьезными врожденными или приобретенными дефектами и обуславливающее необходимость специальных условий воспитания, обучения, жизнедеятельности.

Астения – нервно-психическая слабость, проявляющаяся в повышенной утомляемости и истощаемости, сниженном пороге восприятия, неустойчивости настроения, нарушениях сна, аппетита и др. Возникает в результате различных заболеваний, при умственных и физических перегрузках, длительных отрицательных переживаниях и конфликтах, а также функциональной или органической неполноценности мозга (церебрастения).

Бинокулярное зрение – сложный динамический стереотип, зрение двумя глазами с соединением одновременно полученных двух изображений в один зрительный образ. Под нормальным бинокулярным зрением понимают совместную работу сенсорных и моторных систем правого и левого глаза, которая обеспечивает одновременную ориентацию обеих зрительных осей на объект фиксации, формирует пару сходных монокулярных изображений этого объекта в центральных ямках на сетчатке парных глаз, способствует слиянию их в единый зрительный образ.

Глубинное зрение (глубинный глазомер) — способность различить удаленность наблюдаемых предметов, их взаимное расположение в разных направлениях по отношению друг к другу.

Движение руки у лица — самое низкое периферическое зрение (предметное отсутствует), которое характеризуется остротой зрения 0,001.

Дефект зрения — количественная и качественная характеристика нарушенного зрения на фоне органических повреждений (в том числе смешанных) структур зрительного анализатора.

Деадаптация – полярный адаптации и, по существу, деструктивный процесс, в ходе которого развитие психических процессов и поведения индивида приводит не к разрешению проблемных ситуаций в его жизни и деятельности, а к усугублению трудностей существования и неприятных переживаний, их вызывающих. Д. характеризуется поломкой, нарушением сформировавшихся адаптационных механизмов вследствие, например, изменений социальной ситуации индивида или возникших нарушений здоровья.

Декомпенсация – утрата, распад, регресс достигнутого ранее компенсаторного эффекта под влиянием патогенных факторов; недостаточность механизмов восстановления функциональных нарушений и структурных дефектов организма.

Депривация – психическое состояние человека, возникающее в результате длительного ограничения в удовлетворении в достаточной мере потребностей, необходимых для полноценной жизни и развития. Следствием депривации в детском возрасте являются выраженные отклонения в эмоциональном, интеллектуальном, социальном развитии.

Дети-инвалиды – дети, имеющие значительные ограничения в жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Дефект – физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка, подтвер-

жденный психолого-медико-педагогической комиссией в отношении ребенка и медико-социальной экспертной комиссией в отношении взрослого.

Дефект органический – повреждение, отсутствие или недоразвитие какого-либо органа, его части или тканей.

Дефект функциональный – нарушение функций органа или общих функций организма без какого-либо нарушения их материального субстрата (самого органа), например психопатии.

Задержка психического развития (ЗПР) – временное отставание развития психики в целом или отдельных ее функций; нарушение нормального темпа психического развития, в результате чего ребенок, достигший школьного возраста, продолжает оставаться в кругу дошкольных, игровых интересов. При ЗПР дети не могут включаться в школьную деятельность, воспринимать школьные задания и выполнять их. Они ведут себя в классе так же, как в обстановке игры в группе детского сада или в семье.

Интеграция – в широком смысле этого слова понимается как изменение жизнедеятельности окружающих людей, осуществление вкладов и их принятие окружающими и тем самым утверждение своего инобытия в других людях, становление всеобщего. В системе образования интеграция означает возможность минимально ограничивающей альтернативы (т.е. выбора) для лиц со специальными образовательными потребностями: получение образования в специальном (коррекционном) образовательном учреждении или, с равными возможностями, в образовательном учреждении общего назначения (дошкольное образовательное учреждение, школа и пр.).

Интеграция основывается на концепции «нормализации» (Nirje, 1976), в основу которой положена идея о том, что жизнь и

быт людей с ограниченными возможностями должны быть как можно более приближенными к условиям и стилю жизни общества, в котором они живут.

Компенсация – сложный многообразный процесс перестройки функций организма при нарушениях или утрате каких-либо функций вследствие перенесенных заболеваний или травматических повреждений, направленный на исправление нарушений развития на основе замещения, формирования иных способов действий. Компенсация – замещение или перестройка нарушенных или недоразвитых функций организма. Это сложный, многообразный процесс приспособляемости организма вследствие врожденных или приобретенных отклонений. Задача специального организованного обучения и воспитания детей с нарушениями психического развития заключается в том, чтобы найти эффективные пути компенсации нарушенных функций. Компенсация внутрисистемная осуществляется за счет сохраненных нервных элементов пострадавших структур. Компенсация межсистемная осуществляется путем перестройки функционирования системы и включения в работу новых элементов из других структур за счет выполнения не свойственных им ранее функций. Чаще всего наблюдаются оба типа компенсации функций. А. Адлер подчеркивал роль социального фактора. Л.С. Выготский обосновал понимание компенсации как синтеза биологического и социального факторов. Это имело большое значение для развития. В процессы компенсации включаются и биологические и социальные факторы.

Коррекционно-воспитательная работа – представляет систему комплексных мер педагогического воздействия на различные особенности аномального развития личности в целом, поскольку всякий дефект отрицательно влияет не на отдельную

функцию, а снижает социальную полноценность ребенка во всех ее проявлениях.

Коррекция – это система педагогических средств, направленных на исправление или ослабление недостатков физического и психического развития детей. Она строится на основе использования компенсаторных возможностей ребенка.

Косоглазие – отклонение зрительной линии одного из глаз от совместной точки фиксации. При содружественном косоглазии косящий глаз следует за движением другого глаза, но между их зрительными осями остается расхождение, величина которого постоянна (у детей чаще встречается именно эта форма косоглазия). Часто в косящем глазу наблюдается снижение остроты зрения.

Нарушения вторичные, системные – обратимые изменения процесса развития психических функций, непосредственно связанных с первично нарушенной функцией.

Нарушения первичные, ядерные – малообратимые изменения в параметрах работы той или иной функции, вызванные непосредственным воздействием патогенного фактора.

Нарушения третичные – нарушения разных сторон психики, не имеющих непосредственных связей с первично поврежденной функцией.

Онтогенез – процесс закладки, формирования, структурирования, расцвета функций организма с последующим постепенным их увяданием.

БИБЛИОРГАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Брамбринг, М. Воспитание слепого ребенка раннего возраста в семье / Михаэль Брамбринг. – М.: Академа, 2003. – 139 с.
2. Выготский, Л.С. Проблемы дефектологии / Л.С. Выготский. – М.: Просвещение, 1995. – 524 с.
3. Волкова, Л.С. Выявление и коррекция нарушений устной речи у слепых и слабовидящих детей / Л.С. Волкова. – Л., 1982.
4. Дружинина, Л.А. Коррекционная работа в детском саду для детей с нарушением зрения: методическое пособие / Л.А. Дружинина. – М., 2006. – 159 с.
5. Дружинина, Л.А. В помощь тифлопедагогу ДОУ: учебно-методическое пособие для студ-ов высш. педагог. учеб. заведений дефектологических фак-ов / Л.А. Дружинина, Л.Б. Осипова. – Челябинск, 2010. – 252 с.
6. Жохов, В.П. Реабилитация детей, страдающих содружественным косоглазием и амблиопией / В.П. Жохов, Л.И. Плаксина. – М., 1989.
7. Аветисов, Э.С. Охрана зрения детей / Э.С. Аветисов. – М., Медицина, 1975. – 271 с.
8. Плаксина, Л.И. Развитие зрительного восприятия в процессе предметного рисования у детей с нарушением зрения / Л.И. Плаксина. – Развитие. – М., ВЛАДОС, 2007. – 165 с.
9. Плаксина, Л.И. Коррекционно-развивающая среда в дошкольных учреждениях компенсирующего вида / Л.И. Плаксина, Л.С. Сековец. – М.: Кутиц, 2006.
10. Наша любовь и забота о детях, имеющих проблемы со зрением / под ред. Л.И. Плаксиной. – 1998. – 123 с.
11. Плаксина, Л.И. Развитие зрительного восприятия у детей с нарушениями зрения в процессе обучения математике / Л.И. Плаксиной. – Калуга: Адель, – 1998.

12. Плаксина Л.И. Математика в детском саду для детей с нарушением зрения классах / Л.И. Плаксина. – М., 2002. – 60 с.
13. Формирование социально-адаптивного поведения у учащихся с нарушением зрения в начальных классах / под. ред. Л.И. Плаксиной. – Калуга: Адель, 1998.
14. Проблемы воспитания и социальной адаптации детей с нарушением зрения / под ред. Л.И. Плаксиной. – М., 1995.
15. Плаксина, Л.И. Григорян Л.А. Содержание медико-педагогической помощи в дошкольном учреждении для детей с нарушением зрения / Л.И. Плаксина, Л.А. Григорян. – М.: Город, 1998. – 56 с.
16. Сековец, Л.С. Коррекционно-педагогическая работа по физическому воспитанию детей дошкольного возраста с нарушением зрения / Л.С. Сековец, – Н. Новгород, 2001. – 164 с.
17. Сековец, Л.С. Физическое воспитание детей дошкольного возраста с монокулярным зрением / Л.С. Сековец. – Н. Новгород, 2000.– 142 с.
18. Солнцева, Л.И. Введение в тифлопсихологию раннего дошкольного и младшего / Л.И. Солнцева. – М.: Школьная Пресса, 2007.
19. Ремезова, Л.А. Играем с цветом / Л.А. Ремезова. – М.: Школьная пресса, 2004. – 60 с.
20. Ремезова, Л.А. Развитие конструктивной деятельности у старших дошкольников с нарушением зрения / Л.А. Ремезова. – Самара, 2002. – 134 с.
21. Программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений IV вида (для слабовидящих детей) (ясли-сад-начальная школа) / под ред. Л.И. Плаксиной. – М.: Просвещение, 2000.

Учебное издание

**КАК ПОМОЧЬ РЕБЕНКУ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Составители: *Лилия Александровна Дружинина,
Любовь Ивановна Плаксина*

Работа рекомендована РИСом ЧГПУ
Протокол № 3/14, 2015 г.

Редактор *О.В. Максимова*
Издательство ЧГПУ
454080, г. Челябинск, пр. Ленина, 69

Подписано в печать 09.06.2015

Формат 60x84/16

Тираж 100 экз.

Объём 2,8 уч.-изд. л.

Бумага типографская

Заказ №

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии ЧГПУ
454080, г. Челябинск, пр. Ленина, 69