

**В. М. Складнева** **V. M. Sklyadneva**  
Москва, Россия Moscow, Russia

**ВЛИЯНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ  
ПАТОЛОГИИ НА ПСИХИЧЕСКОЕ  
РАЗВИТИЕ МЛАДЕНЦЕВ  
С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ**

**PERINATAL PATHOLOGY  
EFFECT ON MENTAL  
DEVELOPMENT OF VISUALLY  
IMPAIRED INFANTS**

**Аннотация.** В статье представлены результаты сопоставления клинической информации о состоянии здоровья 52 детей с болезнями органов зрения с данными их психолого-педагогического обследования. Изложены методика психолого-педагогической диагностики ориентировочных реакций и анализ сведений об особенностях их становления у данной категории детей. Показано, что младенцы с болезнями органов зрения имеют сочетанные нарушения здоровья, ограниченные возможности восприятия зрительных стимулов и трудности психологического взаимодействия с внешним миром. Сочетание этих негативных факторов обуславливает задержку формирования психологических достижений возраста различной степени выраженности: у детей с сочетанной перинатальной патологией и снижением зрения — на 1—2 возрастных периода (эпикризных срока), у детей с сочетанной перинатальной патологией и остаточным зрением — на 3—4 возрастных периода (эпикризных срока). Наличие у детей сложной структуры вторичных социальных последствий болезни указывает на необходимость применения в стационарах второго и третьего этапов выхаживания коррекционно-педагогической помощи младенцам с целью реализации их потенциальных психических возможностей развития.

**Ключевые слова:** ограниченные возможности здоровья, заболевания органов зрения, психический дизонтогенез, нарушения нервно-психического разви-

**Abstract.** The article presents the results of a comparison of clinical information about the state of health of 52 visually impaired infants with the recorded data about their psychopedagogical observation. The article describes the methods of psychopedagogical diagnostics of orientation response and the analysis of information about its development in visually impaired infants. It demonstrates that visually impaired infants have multiple health problems, limited abilities of perception of visual stimuli and psychological difficulties of communication with the environment. The combination of these negative factors determines a delay in formation of psychological properties of the age, expressed in different degrees: in infants with multiple perinatal pathology and loss of visual acuity — by 1–2 age periods (epicrisis periods); in infants suffering from a combination of perinatal pathology and residual vision — by 3–4 age periods (epicrisis periods). The fact of suffering from the complex structure of secondary social consequences of a disease specifies the necessity of providing psychopedagogical support of infants of the second and third stages of nursing with the aim of realization of their potential psychic abilities of development.

**Key words:** health limitations, ophthalmological diseases, psychic dysontogenesis, neuropsychic development disorders, at-risk infants, special

тия, дети группы риска, особые образовательные потребности, социальная компенсация, ранняя коррекционно-педагогическая помощь.

**Сведения об авторе:** Складнева Веселина Михайловна, педагог-психолог.

*Место работы:* лаборатория специальной психологии и коррекционного обучения, научно-исследовательский институт профилактической педиатрии и восстановительного лечения, федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научный центр здоровья детей».

**Контактная информация:** 119991, Москва, Ломоносовский просп., 2, корп. 1.

*E-mail:* labspiko@gmail.com.

Первый год жизни малыша является самым ответственным и уникальным этапом онтогенеза. Именно в этот период происходит стремительное формирование морфологических и функциональных систем детского организма, в том числе зрительной. Своевременное появление у детей новых, более совершенных психологических достижений определяется не только последовательным развитием организма в соответствии с генетической программой, но и социальными условиями жизни, которые обеспечивают или затрудняют ребенку возможность накопления необходимого сенсорного и практического опыта [3, с. 52—62; 4, с. 56—64]. Общеизвестно, что нормальное функционирование головного мозга, физическое здоровье ребенка, сохранность органов чувств, правильное воспитание и благополучие социальной среды способствуют оптимальному темпу

educational needs, social compensation, early correction-pedagogical aid.

**About the author:** Sklyadneva Veselina Mikhaylovna, Educational Psychologist.

*Place of employment:* Laboratory of Special Psychology and Correctional Education, Research Institute for Preventive Pediatrics and Medical Rehabilitation, Federal State Budget Scientific Institution “Scientific Center of Children’s Health”.

психофизического развития на каждом возрастном этапе [1; 12].

Нарушение здоровья, в том числе патологическое функционирование какого-либо органа или всей системы организма в целом, на ранних этапах онтогенеза затрудняют своевременное становление возрастных психологических новообразований [6, с. 89—99; 7, с. 29—34]. Заболевания органов зрения и слуха, социальным следствием которых становится ограничение объема поступающей информации из внешней среды, вызывают искаженное восприятие объектов, трудности ориентировки в пространстве, снижение контроля качества и результативности движений [3, с. 52—62; 14; 15].

Поскольку зрение играет ведущую роль в развитии детской психики, нарушение работы зрительной системы приводит к сенсорной депривации, что, в свою очередь, препятствует своевремен-

ному, гармоничному приобщению детей к культуре и реализации в социуме [6, с. 89—99; 10; 12].

В последние годы среди новорожденных число детей с последствиями перинатальной патологии достигло 36 %. Более 40 % детей с перинатальным поражением ЦНС имеют нарушения органов зрения, из них у 20 % устанавливается инвалидность по зрению в раннем возрасте. Как правило, зрительная патология сочетается с другими нарушениями здоровья ребенка или возникает вследствие негативного воздействия другого заболевания на незрелую зрительную систему, например, ретинопатии недоношенных. В зависимости от этиологии и особенностей течения болезни зрение ребенка может оставаться стабильным или постепенно снижаться [2; 3, с. 52—62; 13].

Младенцы с нарушениями здоровья и патологией органов зрения первые месяцы жизни чаще всего проводят в стационарах второго и третьего этапа выхаживания. Восстановление их здоровья осуществляется с применением высокотехнологичных видов медицинской помощи, а также немедических методов воздействия (массаж, плавание, лечебная физкультура), при необходимости реализуется многоэтапная комплексная реабилитация [2; 14].

В настоящее время, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской

Федерации, 2011, № 48, ст. 6724), медицинская реабилитация определена как система мероприятий медицинского и психологического характера. В новом законе зафиксировано право одного из родителей или иного члена семьи бесплатно находиться вместе с ребенком до 4 лет в стационаре в течение всего времени его лечения (предоставляется место и питание). Родителям оказывается психологическая помощь, проводится обучение эффективным методам воспитания больного ребенка и приемам ухода за ним.

Однако особенности зрительного восприятия и психологического взаимодействия детей с ограниченными сенсорными возможностями (снижением зрения) требуют максимально раннего, а именно с момента выявления нарушений здоровья, создания специальных развивающих условий среды и применения специальных методов воспитания и обучения [3, с. 52—62; 5; 8]. Данные методы должны быть использованы как в процессе лечения, так и при воспитании ребенка в семье.

Для того чтобы разработать содержание коррекционно-педагогической помощи ребенку, необходимо знать степень тяжести поражения и функциональные возможности анализатора, т. е. способность к зрительному восприятию внешней информации, общее состояние здоровья, актуальные психологические достижения и потенциальные возможности развития [6, с. 89—99; 7, с. 29—34; 11].

### **Материалы исследования.**

Были изучены анамнестические данные и результаты серии психолого-педагогических обследований 52 детей 2,29—3,29 месяцев жизни с патологией органов зрения различной этиологии и степени тяжести (данные установлены при анализе медицинских карт).

В процессе работы использовались следующие **методы**: беседа с родителями с целью изучения социальной ситуации в семье, наблюдение за самостоятельным поведением в период бодрствования, анализ медицинской документации (амбулаторной карты) ребенка и сведений о его здоровье, психолого-педагогическое обследование для оценки и выявления особенностей нервно-психического развития детей первых месяцев жизни (по методике Г. В. Пантюхиной и К. Л. Печоры, Э. Л. Фрухт; «ГНОМ» Г. В. Козловской).

### **Организация обследования**

Диагностическая процедура начиналась с беседы с лечащим врачом относительно общего состояния ребенка, в процессе которой уточнялись данные об оптимальной сенсорной нагрузке и времени стимулирующего воздействия во время педагогического занятия. Также выяснялась необходимость соблюдения определенных условия для того, чтобы не ухудшить соматическое и неврологическое состояние малыша (например, при эпилептических приступах).

Психолого-педагогическое обследование проводилось в утренний или дневной период бодрство-

вания малыша, непосредственно до или сразу после кормления [4, с. 56—64; 5].

Для изучения особенностей формирования психики младенцев с заболеваниями органов зрения в процессе работы нами были адаптированы известные отечественные методики диагностики нервно-психического развития детей первого года жизни. Диагностический инструментарий был дополнен различными сенсорными пособиями, что позволяло зафиксировать безусловно-рефлекторные ответы у детей со зрительными нарушениями [9; 14].

В ходе диагностической процедуры нами использовались мультисенсорные игровые пособия: яркие крупные светящиеся игрушки с различной фактурой и громким звуком, которые позволяли оказать стимулирующее воздействие и вызвать ощущения с нескольких анализаторов одновременно.

Для определения качества реагирования детей на воздействие акустических стимулов применялись погремушки с различной интенсивностью звука. При исследовании зрительного восприятия использовались как обычные игрушки натурального цвета, так и крупные, яркие, контрастные (в том числе черно-белые). Двигательная активность детей вызывалась с помощью фактурных и вибрирующих игрушек, а также путем изменения качества поверхности, на которой лежал ребенок, положения его тела в пространстве. Для диагностики

возможности управления движениями рук были подобраны яркие игрушки с фактурной поверхностью и возникновением звука во время сжатия для удобного захвата детской ладонью.

Эмоциональное состояние ребенка и способы его контакта с близким взрослым фиксировались в ходе наблюдения за взаимодействием диады «мать — дитя» в обычных ситуациях: кормления, купания, пеленания, укладывания спать и т. п. Эти ситуации были выбраны нами в связи с тем, что они создаются близким взрослым и повторяются регулярно. Это позволяет выявить условия становления первых социальных реакций поведения и индивидуальные привычки: эмоциональные взаимоотношения мамы и младенца, способность ребенка узнавать близкого человека посредством контактных и дистантных анализаторов, способы коммуникации.

Сведения о ребенке, полученные в процессе наблюдения, дополнялись информацией, собранной в ходе структурированной беседы с родителями относительно особенностей кормления, формирования режима дня младенца и восприятия внешних стимулов [1; 8].

При анализе медицинской документации (амбулаторных карт) изучались следующие данные:

- протекание беременности (угроза прерывания, токсикоз, интоксикация, болезни матери и плода, методы их лечения и др.),
- особенности родовой деятельности и возможные патологи-

ческие последствия (травма, гипоксия),

- возраст ребенка, состояние здоровья, основной и сопутствующий диагноз, в том числе состояние органа зрения на момент психолого-педагогического обследования;
- сведения о результатах визуальных осмотров врачами-специалистами, а также лабораторной и инструментальной диагностики органов и систем детского организма.

Данные комплексного обследования 52 детей с нарушениями зрения заносились в психолого-педагогическую карту и электронную таблицу.

**Результаты изучения.** Сопоставление клинической и психолого-педагогической информации позволило получить сведения об особенностях поведения и психологических достижений первых месяцев жизни ребенка, а также выявить потенциальные возможности его психического развития, определить особые образовательные потребности, наметить направления психолого-педагогической помощи на 2 этапе выхаживания.

Анализ анамнестических сведений показал, что все 52 ребенка родились недоношенными. Из них 13,4 % (7) детей родились на 26—28 неделях гестации с экстремально низкой массой тела (менее 1000 г.), около половины — 48 % (25) детей — со сроком гестации 29—31 неделя с очень низкой массой тела (от 1001 до 1500 г.), 28,8 % (15) малышей были рождены на 32—35 неделе гестации с массой тела от 1501 до 2000 г., а 9,6 % (5) — на 36—37 не-

деле с весом от 2001 до 2500 г. Все младенцы после рождения имели сочетанные последствия перинатальной патологии в виде различных отклонений в работе органов и систем, в связи с чем были переведены для восстановления здоровья в стационар второго этапа выхаживания.

Анализ клинико-психолого-педагогической информации показал, что по степени снижения зрительного восприятия, особенностям ориентировочных реакций и поведения, отставания актуальных психологических достижений от возрастного норматива дети с сочетанной перинатальной патологией и болезнями органов зрения могут быть объединены в две группы.

I группу составили 63,4 % (33) слабоблудящих детей с отставанием психического развития от возрастного норматива на 1—2 эпикризных срока с учетом скорректированного возраста, балльная оценка которого, согласно методике «ГНОМ», соответствует 40—50 и характеризуется как нарушение. Эти малыши имели различные болезни органов зрения (ретинопатия недоношенных 2—3 степени, амблиопия, помутнение оптических сред глаза) и остроту зрения более 0,06, а также сочетанные последствия перинатальной патологии, в связи с чем они были отнесены ко 2—3 группе здоровья.

II группа объединила в себе 36,5 % (19) детей с остаточным зрением (острота менее 0,05) вследствие ретинопатии недоношенных 4—5 степени или атрофии

зрительного нерва, с сочетанием различных хронических болезней и 4—5 группой здоровья, отставанием психического развития от возрастного норматива на 3—4 эпикризных срока с учетом скорректированного возраста, при котором, согласно методике «ГНОМ», балльная оценка составила 20—25 единиц, т. е. наблюдалось значительное нарушение нервно-психического развития.

С целью подробного изложения медико-психолого-педагогических данных и описания характерных поведенческих реакций детей мы сочли необходимым представить полученные нами сведения по нервно-психическому развитию младенцев каждой из двух групп раздельно.

Дети первой группы проявляли кратковременную ориентировочную активность в период бодрствования. Они совершали поисковые движения головой, пытались обнаружить внешний источник звука или света, но желаемого самостоятельно не достигали. Низкая результативность попыток ориентировки в окружающем объяснялась несколькими причинами: физиологическими (малый объем движений глаз и головы, быстро истощаемая активность) и социальными (отдаленным расположением сенсорных стимулов и низкой интенсивностью их воздействия). Все вышеперечисленное приводило к тому, что психическая активность через 1—2 минуты постепенно угасала, а сами малыши становились пассивными. Повтор-

но вызвать у них интерес к окружающему можно было только путем непосредственного тактильного и эмоционального контакта. Также изменение поведения младенцев можно было наблюдать при предъявлении контрастных тактильных (фактурных, тепловых, вибрационных) и обонятельных раздражителей. Эмоциональный и тактильный контакт, как и воздействие сенсорных стимулов высокой интенсивности, вызывали вздрагивание, зажмуривание, притормаживание, а затем и активизацию движений мимических реакций. К сожалению, с помощью всех вышеперечисленных педагогических приемов: эмоционального и тактильного контакта, воздействия интенсивных зрительных стимулов в виде ярких, больших по размеру контрастных предметов — взрослому не удавалось вызывать фиксацию взгляда ребенка на объекте. Только после применения длительной комплексной сенсорной стимуляции в виде кратковременного (2—3 секунды) воздействия на орган зрения мягким световым потоком с одновременным подкреплением интереса ребенка к внешнему раздражителю с помощью звуковых и тактильных стимулов, а также за счет предъявления подсвеченных предметов под определенным углом зрения специалисту удавалось вызвать фиксацию детского взгляда на подсвеченном предмете или лице взрослого и кратковременные попытки прослеживания взором за движением объекта. Следует отме-

тить, что после длительного сенсорного воздействия у детей этой группы можно было наблюдать мгновенную остановку взора на лице взрослого или крупном ярком предмете уже без применения специальных сенсорных средств и педагогических методов.

Анализ клинической информации о состоянии зрительных органов детей показал, что обнаруженные в ходе психолого-педагогического обследования особенности зрительного восприятия были вызваны снижением зрения вследствие амблиопии, обусловленной косоглазием и ретинопатией недоношенных 2—3 степени, а также помутнением оптических сред глаза.

Положительной отличительной психологической характеристикой детей этой группы стало то, что интенсивная внешняя сенсорная стимуляция вызывала у них положительные эмоции и активизировала потребность во взаимодействии со взрослым. Она проявлялась в виде «комплекса оживления», улыбки в ответ на обращение и отдельных гортанных звуков по типу «гуления».

В ходе эмоционального общения малыши спокойно реагировали на смену положения тела в пространстве. При взятии на руки голову ребенка удерживали не более 1—2 секунд, в связи с чем взрослому нужно было постоянно следить за ее положением, придавать ей и телу малыша удобную позу, так как сам он делать этого не умеет, изменить положение не может, о неудобстве и боли сообщает пла-

чем различной интонации. Задача педагога в этот момент заключалась в том, чтобы побудить ребенка к совершению поисковых движений головой и глазами, нахождению взглядом какого-либо сенсорного стимула. Однако дети сами этого результата не достигали, взгляда на близко расположенных предметах не останавливали. После комплексной сенсорной стимуляции у них можно было наблюдать фиксацию взора и прослеживание за подсвеченной игрушкой. При этом прикосновение игрушки к кулачку не приводило к его раскрытию и движению рук вверх, а вызывало лишь изолированные произвольные движения пальцев. Вложенная взрослым в руку погремушка способствовала активизации движений за счет новых тактильных ощущений, а также мимике сосредоточения и поиску раздражителя глазами без возможности самостоятельного достижения цели.

Аналогичные особенности движений и поведения наблюдались у детей в положении на животе. Все они пытались поднять голову вверх, но тут же опускали на поверхность или запрокидывали назад — самостоятельно принять удобную позу большинство из них не могли. Лишь 7 детям путем многократных попыток удавалось повернуть голову и придать ей удобное положение. Даже после применения длительной комплексной сенсорной стимуляции зрительного сосредоточения у детей в этой позе вызвать не удавалось. Спустя 1 минуту все они начинали

кряхтением и плачем привлекать внимание взрослого, сообщать о том, что испытывают дискомфорт и нуждаются в помощи. Негативное отношение к происходящему не позволяло переключить внимание ребенка и вызвать интерес к внешним сенсорным стимулам. Поведение детей менялось только при взятии их на руки и придании физиологически правильной и удобной позы. На руках у близкого взрослого при отсутствии сенсорного воздействия они быстро успокаивались и продолжали пассивно бодрствовать, редко совершая дискоординированные произвольные движения руками и телом.

Все вышесказанное является свидетельством того, что у ребенка наблюдается отставание психического развития от возрастного норматива (с учетом скорректированного возраста), которое не превышает 1—2 эпикризных срока. При таком варианте формирования психики ребенок набирает 40—50 баллов по методике «ГНОМ», что расценивается как нарушение нервно-психического развития.

Вышеперечисленные особенности первых ориентировочных реакций и поведения изучаемых детей были обусловлены снижением функциональных возможностей организма и, в частности, зрительного анализатора.

Анализ клинической информации о состоянии здоровья детей показал, что все они имели сочетание неврологических и соматических нарушений, число которых у одного ребенка не превышало

5 различных отклонений в здоровье. Так, 100 % детей имели заболевания органов дыхания, 81,8 % — сердечно-сосудистой системы (ВПС, нарушение процесса реполяризации в миокарде желудочков, неполная блокада правой ножки пучка Гиса и др.), 75,7 % — эндокринной системы (гипотиреоз, увеличения поджелудочной железы и др.), 60,6 % — мочеполовой системы (агенезия правой почки, викарная гипертрофия, пиелозктазия и др.), также у 90,9 % отмечались болезни органов пищеварения (гемолитическая болезнь, дисфункция ЖКТ и др.). Последствиями ишемически-геморрагического поражения ЦНС стали: у 86 % — венрикуломегалия, у 30,3 % — вагнезия мозолистого тела, у 100 % — незрелость головного мозга, у 15,1 % — выраженный отек головного мозга, после шунтирования — клиника менингита, у 86,5 % — субэпидемальные псевдокисты с 2 сторон.

Сочетанная перинатальная патология была обусловлена нарушениями здоровья иотягощенным акушерским анамнезом родителей этих детей. При этом отмечалось низкое репродуктивное здоровье у молодых родителей, возраст которых не превышал 35 лет. Все семьи детей со снижением зрения и отставанием психического развития от возрастных нормативов на 1—2 эпикризных срока были полными, а небольшое число (21 % родителей) имели опыт по воспитанию предыдущих детей и уходу за ними. Анализ результатов анкетирования

и беседы с родственниками показал, что все они отмечали у своих младенцев особенности в поведении и психоэмоциональном развитии, переживали по этому поводу и были эмоционально подавлены. Все без исключения родители были заинтересованы в помощи специалиста по развитию психических возможностей ребенка и желали получить индивидуальные психолого-педагогические рекомендации по его воспитанию и обучению. Большинство семей — 76,4 % (25) — активно пытались овладеть педагогическими технологиями и использовали их в период лечения в стационаре 2 этапа выхаживания, понимали важность своей роли в психическом развитии младенца. Другие семьи — 23,5 % (8) — считали, что результат специального обучения полностью зависит от действий специалиста, не стремились овладеть педагогическими приемами, редко применяли их в период бодрствования ребенка, нуждались в постоянном побуждении к созданию развивающих условий среды для ребенка в течение дня, практической демонстрации эффективности именно их эмоционального взаимодействия с младенцем. При этом все без исключения родители понимали важность качественного выполнения ими рекомендаций и назначений врача, прислушивались к его советам и стремились точно выполнять их, внимательно следили за состоянием здоровья ребенка, были полностью ориентированы на лечение, видели в нем ценность.

Иное поведение и социальная ситуация развития были выявлены у детей второй группы. Все они демонстрировали пассивность и стертую, быстро истощаемую потребность во впечатлениях, а также негативное отношение к воздействию новых сенсорных стимулов. Достаточно сильное внезапное внешнее воздействие на кинестетический анализатор ребенка вызывало безусловно-рефлекторный ответ в виде съезживания, вздрагивания, незначительного повышения непроизвольной двигательной активности и нарастания мышечного тонуса. Младенцы нуждались во внимании и присутствии взрослого, но контакта с ним не инициировали, оставались спокойными и безучастными к происходящему. Оставленные одни, они проявляли беспокойство и спустя непродолжительное время резким плачем с быстро нарастающей интенсивностью пытались непременно приблизить к себе взрослого для того, чтобы ощутить себя в безопасности и комфорте. Во время бодрствования двигательная активность малышей была низкой, движения конечностей дискоординированными, проявления мимики — однообразными, малодифференцированными. У 72,7 % (24) детей общий мышечный тонус был повышен, в лежачем положении наблюдалось вынужденное патологическое положение тела, мышечное напряжение и тонус увеличивались в ходе выполнения моторного акта. У 27,2% (9) мышечный тонус был снижен, в лежачем по-

ложении тело было распластаным, движений конечностями дети не совершали, попыток изменить позу не наблюдалось. Малыши раздраженным криком и гримасой недовольства реагировали на смену положения тела в пространстве, группировки конечностей не производили, принять удобную позу на руках у взрослого не могли, лежа на животе голову не приподнимали, повернуть ее вбок не пытались даже после длительной тактильной стимуляции мышц спины. Безопасное и комфортное положение им мог придать только близкий взрослый, чего они от него добивались раздраженным кряхтением и плачем. В удобной позе, которая могла быть создана только взрослым, малыши могли быть включены в общение и осуществить непроизвольный контакт с предметным миром. В связи с этим психолого-педагогическое обследование ребенка осуществлялось на руках у матери. Стало очевидным, что элементарные физиологические ответы на сенсорные раздражители у детей можно наблюдать только при создании специальных условий среды и при использовании сенсорных раздражителей достаточно высокой интенсивности, в том числе света, после неоднократного (3—4 раза) предъявления стимула. Целенаправленное стимулирующее воздействие на кожный и обонятельный анализаторы способствовало появлению сглаженной ориентировочной реакции на новизну: затормаживания двигательной активности, мимики

сосредоточения, движения глазных яблок и головы в сторону раздражителя без попыток его поиска. С помощью поглаживающих движений мягкими кисточками вдоль руки удавалось добиться расслабления кисти и раскрытия кулачка без последующего движения рук вверх. Следует отметить, что вложенную в руку фактурную маленькую, удобную для захвата игрушку младенцы самостоятельно не удерживали, ощупывающих движений пальцами не совершали. На яркий звуковой раздражитель в непосредственной близости от уха у всех детей отмечалась реакция в виде вздрагивания, прекращения сосания, реже — мгновенного затормаживания двигательной активности без остановки взора, но с прекращением плача. Аналогичное поведение наблюдалось в ответ на звучание голоса матери и незнакомого взрослого. Активные попытки близких и педагога вызвать с помощью эмоционального непосредственного общения у детей реакцию сосредоточения взора, изменение мимики и активизацию движений были тщетными и позволяли наблюдать у ребенка лишь генерализованную реакцию сосредоточения.

Вызвать фиксацию взгляда на лице взрослого и предмете обычным диагностическим приемом не удавалось. При создании специальных условий (световых, цветовых, звуковых и тактильных), оказывающих раздражающее воздействие на несколько анализаторных систем одновременно, можно было заметить мгновенную произ-

вольную остановку взора на мягком источнике света у некоторой части детей (48 %). При непосредственном воздействии светового потока на сетчатку глаза у них отмечалось зажмуривание, мгновенная остановка взгляда, зрачковая реакция при смене интенсивности освещения, а также изменение мимики: гримаса недовольства, подъем бровей, сосредоточение. У других малышей (13 %) не были зафиксированы рефлекторные зрительные ответы на световой раздражитель, их поведение в этот момент не менялось. Однако спустя несколько секунд после стимулирующего сенсорного воздействия на зрительный анализатор у них активизировались движения глазных яблок и незначительно повышалась двигательная активность, т. е. появлялось двигательное беспокойство, что можно было охарактеризовать как произвольную двигательную реакцию на воздействие сенсорного стимула на зрительный анализатор. Комплексная сенсорная стимуляция вызывала быстрое утомление, нарастающее беспокойство детей и возбуждение. Эти особенности поведения и функционирования центральной нервной системы требовали ограничения контакта с ребенком, прекращения психолого-педагогического обследования. Матери придавали детям удобную позу, совершали покачивающие движения для их успокоения, похлопывали их по спине, тихо и спокойно говорили с ними. В состоянии покоя по истечении 2—5 минут младенцы начинали издавать отдельные звуки

и небольшой хаотической двигательной активностью пытались привлечь к себе внимание взрослого. Значительное своеобразие психического развития этих детей в соответствии с выбранными нами методиками может быть охарактеризовано как отставание психического развития от возрастного норматива на 3—4 эпикризных срока с учетом скорректированного возраста, при котором балльная оценка составила 20—25 единиц. Данный числовой диапазон в методике определен как нарушение нервно-психического развития.

Необходимо указать на то, что особенности психомоторного развития, в том числе зрительного восприятия, были вызваны сочетанной перинатальной патологией, которая привела к преждевременному рождению детей (26—28 недели гестации), нарушением зрения в силу ретинопатии 4—5 степени и атрофии зрительного нерва. Детям этой группы была присвоена 5 группа здоровья, так как они имели различные по этиологии и степени тяжести отклонения в работе органов и систем: 100 % — заболевания органов дыхания, 94,7% — сердечно-сосудистой системы (нарушение процесса реполяризации в миокарде желудочков, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, ВПС и др.), 94,7 % — эндокринной (гипотериоз, увеличения поджелудочной железы и др.), 100 % — мочеполовой (агенезия правой почки, викарная гипертрофия, пиелоктазия и др.) системы, также 100 % — органов

пищеварения (реактивное состояние печени, гемолитическая болезнь, дисфункция ЖКТ и др.). У всех детей наблюдалось ишемически-геморрагическое поражение ЦНС, следствием чего стали следующие нарушения функционирования центральной нервной системы: амвроз, эпилепсия, внутрижелудочковые кровоизлияния и субэпидемальные псевдокисты, венрикуломегалия, вагенизия мозолистого тела, незрелость головного мозга, гидроцефалия.

Сочетанная перинатальная патология была обусловлена отягощенным анамнезом и возрастом родителей. Все родители были старше 30 лет. Семьи были полными, родители состояли в официальном браке, имели профессию, работу, жилье, в 20 % случаев в семье были другие дети, т. е. родители обладали опытом воспитания и знали нормы развития ребенка раннего возраста. Все семьи были ориентированы на медицинскую помощь, понимали ее значимость, зависимость состояния здоровья ребенка от систематичности и качества ее оказания. Они соблюдали и тщательно выполняли рекомендации врачей, активно овладевали технологиями ухода и восстановления здоровья ребенка. Большая часть родителей — 15 (79 %) — высказывали беспокойство по поводу настоящего и будущего психического развития малыша, интересовались методиками активизации психических возможностей ребенка. Все родители отмечали у своих детей некоторые особенно-

сти поведения, что вызывало у взрослых сильную тревогу, поэтому они прислушивались к советам специалиста и желали получить индивидуальные психолого-педагогические рекомендации по воспитанию и обучению ребенка. 4 (21%) семьи не понимали важности обучения ребенка на данном возрастном этапе. В связи с этим в ходе индивидуальных развивающих занятий с ребенком педагог-дефектолог должен был повышать педагогическую компетентность родителей и разъяснять им важность овладения специальными коррекционно-педагогическими технологиями.

В результате проведенного исследования было установлено, что у детей с сочетанными тяжелыми нарушениями здоровья и значительным ограничением возможностей зрительного анализатора с первых дней жизни контакт со средой вызывает негативизм и дискомфорт при психической активности, в том числе при изменении окружающей обстановки и положения тела в пространстве. Это создает препятствия для реализации врожденной потребности в новизне, познании и психологическом взаимодействии с внешним миром. В силу этого потребность в психологическом взаимодействии постепенно угасает, а формирование новых, более совершенных способов контакта со средой задерживается, как и появление точной ритмики. Без целенаправленного вмешательства специали-

ста — педагога-дефектолога, систематического, специальным образом организованного сенсорного воздействия социализация детей становится затруднительной. В связи с тем, что осуществить систематическое развивающее воздействие на психическое развитие детей в первые месяцы и годы жизни может только мать или другой близкий взрослый, возникает необходимость обучения родителей специальным педагогическим технологиям. Для осознания родителями важности специального обучения в реализации потенциальных психических возможностей ребенка с сочетанными нарушениями здоровья, а также его особых образовательных потребностей следует в медицинских стационарах второго и третьего этапов выхаживания знакомить родителей с методами педагогического воздействия на психическое развитие ребенка и предоставлять им психолого-педагогическую помощь без ограничений. Коррекционно-педагогические технологии должны стать неотъемлемой частью процесса реабилитации/абилитации ребенка. Такая деятельность медицинских стационаров будет способствовать своевременному предоставлению родителям педагогической информации по созданию в семье таких условий воспитания и обучения (социальной ситуации развития), в которых максимально полно реализуются физический, интеллектуальный и эмоциональный потенциалы малыша.

### **Выводы:**

- у малышей с сочетанным перинатальным поражением ЦНС и заболеваниями органов зрения наблюдается своеобразие в становлении здоровья и психики в целом;
- первые безусловно-рефлекторные ответы и ориентировочное поведение при воздействии сенсорных стимулов появляются позже онтогенетического норматива и имеют следующие особенности: сглаженность проявлений, истощаемость, непостоянство;
- существующие методики диагностики нервно-психического развития детей первого года жизни не позволяют выявить актуальные и потенциальные психические возможности младенцев с сочетанными нарушениями здоровья и ограниченными возможностями функционирования анализаторов и должны быть усовершенствованы;
- для регистрации зрительных безусловно-рефлекторных реакций и ориентировочного поведения у детей с сочетанной перинатальной патологией в ходе обследования требуется применять сенсорные раздражители повышенной интенсивности (свет, яркие цвета, контрастный рисунок), а также оказывать стимулирующее воздействие на несколько анализаторов одновременно;
- специальным образом организованное сенсорное воздействие позволяет выявить у младенцев первых месяцев жизни с сочетанной перинатальной патологией ЦНС зону ближайшего развития и определить потенциальные воз-

можности обучения, а также наметить направления коррекционно-педагогической помощи;

- детей с сочетанной перинатальной патологией и заболеваниями органов зрения можно распределить по двум группам в соответствии с качеством и особенностями проявления безусловно-рефлекторных реакций и ориентировочного поведения: одна группа объединяет тех, у кого при комплексном воздействии сенсорных стимулов средней интенсивности удастся зафиксировать быстро истощаемые безусловно-рефлекторные ответы и ориентировочное поведение; вторая группа включает в себя младенцев, у которых при комплексном воздействии сенсорных стимулов высокой интенсивности также наблюдаются быстро истощаемые безусловно-рефлекторные ответы, но ориентировочное поведение отсутствует;

- специфика становления безусловно-рефлекторных реакций и ориентировочного поведения у детей определяется этиологией и тяжестью перинатальной патологии, степенью снижения возможностей зрительного анализатора;

- сочетание нарушений здоровья и психического развития определяет необходимость объединения медицинских и педагогических технологий в процессе восстановительного лечения, что позволит своевременно выявить детей с нарушением темпа психического развития, а также разработать комплексную программу реабилитации, оценить ее эффективность с

помощью клинических и психолого-педагогических методов, определить дальнейший реабилитационный и педагогический маршрут ребенка.

#### Литература

1. Баженова, О. В. Диагностика психического развития детей первого года жизни / О. В. Баженова. — М. : Изд-во МГУ, 1986. — 92 с.

2. Баранов, А. А. Здоровье детей России: состояние и проблемы / А. А. Баранов. — М., 1999. — 273 с.

3. Васильева, М. Ю. Особенности психического развития недоношенных детей первого года жизни / М. Ю. Васильева, А. С. Батуев, Е. А. Вершинина // Психологический журнал. — 2009. — № 3.

4. Денискина, В. З. Особенности зрительного восприятия у слепых, имеющих остаточное зрение / В. З. Денискина // Дефектология. — 2011. — № 5.

5. Журба, Л. Т. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни / Л. Т. Журба, Е. М. Мاستюкова. — М. : Медицина, 1989. — 272 с.

6. Земцова, М. И. Особенности зрительного восприятия при глубоком нарушении зрения у детей / М. И. Земцова // Спец. школа. — 1967. — Вып. 1.

7. Каплан, А. И. Развитие зрительного восприятия у детей с остаточным зрением / А. И. Каплан // Материалы Всесоюз. симпоз. по дошкольному воспитанию детей с нарушениями зрения. — М., 1980.

8. Кобринина, Л. М. Особенности семейного воспитания детей с множественными сенсорными нарушениями / Л. М. Кобринина // Профилактика аномалий развития в пренатальном, натальном и постнатальном периодах : метод. рекомендации для студ. дефект. фак. — Череповец, 1997. — 120 с.

9. Лазуренко, С. Б. Коррекционно-педагогическая работа с недоношенными детьми первого года жизни : автореф. дис. ... канд. пед. наук / Лазуренко С. Б. — М., 2005.

10. Литвак, А. Г. Психология слепых и слабовидящих / А. Г. Литвак. — СПб. : РГПУ им. А. И. Герцена, 1998.

11. Пилюгина, Э. Г. Занятия по сенсорному воспитанию с детьми раннего возраста / Э. Г. Пилюгина. — М. : Просвещение, 1983. — 96 с.

12. Стребелева, Е. А. Специальная дошкольная педагогика / Е. А. Стребелева, А. Л. Венгер, Е. А. Екжанова. — М. : Академия, 2002. — 311 с.

13. Фильчикова, Л. И. Нарушения зрения у детей раннего возраста. Диагностика и коррекция : метод. пособие / Л. И. Фильчикова. — М. : Полиграф Сервис, 2003.

14. Фрухт, Э. Л. Диагностика нервно-психического развития детей 1 года жизни / Э. Л. Фрухт, Г. В. Пантюхина, К. Л. Печора. — М. : ЦОЛИУВ, 1983.

15. Ярбус, А. А. Роль движений глаз в процессе зрения / А. А. Ярбус. — М. : Наука, 1965. — 166 с.

#### Literature

1. Bazhenova, O. V. Diagnostika psikhicheskogo razvitiya detey pervogo goda zhizni / O. V. Bazhenova. — M. : Izd-vo MGU, 1986. — 92 s.

2. Baranov, A. A. Zdorov'e detey Rossii: sostoyanie i problemy / A. A. Baranov. — M., 1999. — 273 s.

3. Vasil'eva, M. Yu. Osobennosti psikhicheskogo razvitiya nedonoshennykh detey pervogo goda zhizni / M. Yu. Vasil'eva, A. S. Batuev, E. A. Vershinina // Psikhologicheskij zhurnal. — 2009. — № 3.

4. Deniskina, V. Z. Osobennosti zritel'nogo vospriyatiya u slepykh, imeyushchikh ostatochnoe zrenie / V. Z. Deniskina // Defektologiya. — 2011. — № 5.

5. Zhurba, L. T. Narushenie psikhomo-tornogo razvitiya detey pervogo goda zhizni / L. T. Zhurba, E. M. Mas-tyukova. — M. : Meditsina, 1989. — 272 s.
6. Zemtsova, M. I. Osobennosti zritel'nogo vospriyatiya pri glubokom narushenii zreniya u detey / M. I. Zemtsova // Spets. shkola. — 1967. — Vyp. 1.
7. Kaplan, A. I. Razvitie zritel'nogo vospriyatiya u detey s ostatocnym zreniem / A. I. Kaplan // Materialy Vsesoyuz. simpoz. po doskol'nomu vospitaniyu detey s narusheniyami zreniya. — M., 1980.
8. Kobrina, L. M. Osobennosti semeynogo vospitaniya detey s mnozhestvennymi sensornymi narusheniyami / L. M. Kobrina // Profilaktika anomalij razvitiya v prenatal'nom, natal'nom i postnatal'nom perio-dakh : metod. rekomendatsii dlya stud. defekt. fak. — Cherepovets, 1997. — 120 s.
9. Lazurenko, S. B. Korrektsionno-pedagogicheskaya rabota s nedonoshennymi det'mi pervogo goda zhizni : avtoref. dis. ... kand. ped. nauk / Lazurenko S. B. — M., 2005.
10. Litvak, A. G. Psikhologiya slepykh i slabovidyashchikh / A. G. Litvak. — SPb. : RGPU im. A. I. Gertsena, 1998.
11. Pilyugina, E. G. Zanyatiya po sensor-nomu vospitaniyu s det'mi rannego vozrasta / E. G. Pilyugina. — M. : Prosveshchenie, 1983. — 96 s.
12. Strebeleva, E. A. Spetsial'naya doskol'naya pedagogika / E. A. Strebeleva, A. L. Venger, E. A. Ekzhanova. — M. : Akademiya, 2002. — 311 s.
13. Fil'chikova, L. I. Narusheniya zreniya u detey rannego vozrasta. Diagnostika i korrektsiya : me-tod.posobie / L. I. Fil'chikova. — M. : Poligraf Servis, 2003.
14. Frukht, E. L. Diagnostika nervno-psikhicheskogo razvitiya detey 1 goda zhizni / E. L. Frukht, G. V. Pantyukhina, K. L. Pechora. — M. : TsOLIUV, 1983.
15. Yarbus, A. A. Rol' dvizheniy glaz v protsesse zreniya / A. A. Yarbus. — M. : Nauka, 1965. — 166 s.