

**Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«ИНСТИТУТ КОРРЕКЦИОННОЙ ПЕДАГОГИКИ»**

*На правах рукописи*



**Скляднева Веселина Михайловна**

**КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА  
С МЛАДЕНЦАМИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ  
В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Специальность 5.8.3 – Коррекционная педагогика

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата педагогических наук

Научный руководитель:  
доктор педагогических наук,  
профессор РАО, член-корреспондент РАО  
**Лазуренко Светлана Борисовна**

Москва – 2025

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ .....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРАКТИКА МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ.....	16
1.1. Современные возможности комплексной реабилитации детей раннего возраста с нарушениями зрения .....	16
1.2. Актуальное научное знание о закономерностях психического развития детей раннего возраста в норме и при нарушениях зрения .....	28
1.3. Система социальной и психолого-педагогической помощи детям с нарушениями зрения .....	45
Выводы .....	57
ГЛАВА 2. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МЛАДЕНЦЕВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ (КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭТАП ИССЛЕДОВАНИЯ).....	59
2.1. Теоретические основы клинико-психолого-педагогического изучения младенцев с нарушениями зрения .....	59
2.2. Организация, методы и методики обследования детей с нарушениями зрения .....	62
2.3. Результаты анализа данных изучения психического развития младенцев с нарушениями зрения (констатирующий этап исследования) .....	67
Выводы .....	92
ГЛАВА 3. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ (ОБУЧАЮЩИЙ ЭТАП ИССЛЕДОВАНИЯ).....	95
3.1. Организация и структура обучающего этапа исследования .....	97
3.2. Дифференцированный подход в проектировании программы коррекционно-педагогической работы с детьми первого года жизни с нарушениями зрения в комплексной реабилитации. ....	100

3.3. Практика проектирования индивидуальной программы развития для детей первого года жизни с нарушениями зрения .....	114
3.4. Динамика психического развития детей первого года жизни с нарушениями зрения, воспитывающихся в разных социальных условиях .....	129
Выводы.....	142
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	146
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ТЕРМИНОВ .....	151
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	152
Приложение А .....	171
Приложение Б.....	183
Приложение В .....	190

## ВВЕДЕНИЕ

### **Актуальность исследования и степень разработанности проблемы**

В соответствии с Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» одной из приоритетных задач государства является создание условий для социализации детей с риском инвалидизации и детей-инвалидов со стойкими ограничениями жизнедеятельности за счет обеспечения доступности образования» [21; 76]. Дети раннего возраста с нарушениями зрения разной степени тяжести являются одной из психолого-педагогических категорий, так как имеют особые образовательные потребности, обусловленные зрительной депривацией (М.И. Земцова, Ю.А. Кулагин, А.Г. Литвак, Л.И. Фильчикова).

В настоящее время, несмотря на технологические возможности медицины и широкое внедрение в практику современных методов хирургической коррекции и симптоматического лечения, число детей-инвалидов по зрению увеличивается (Л.А. Катаргина, А.В. Хватова). Согласно данным статистики в Российской Федерации за 2023 год количество детей с рождения до 14 лет с офтальмологическими заболеваниями составляет 3 190 732 человека. Офтальмологическая патология входит в десять наиболее частых нарушений здоровья у детей с рождения до 4 лет. Причем с возрастом число детей с нарушениями зрения увеличивается, и по данным статистики 2023 года количество детей от рождения до 3 лет составляет 329 398, из них младенцев до 1 года – 99999, у которых офтальмологические заболевания являются прогрессирующими [165].

Ученые указывают, что зрительная патология часто сочетается с другими нарушениями здоровья ребенка и, как правило, возникает вследствие негативного воздействия ряда факторов на незрелую центральную нервную систему и зрительный аппарат в антенатальный и перинатальный периоды (Л.О. Бадалян, М.Э. Бернадская, Т.Б. Круглова, О.В. Парамей, М.С. Петрачкова). Независимо от времени наступления офтальмологической патологии, внутриутробного или постнатального генеза, нарушения зрения могут прогрессировать. Следствием зрительной патологии являются особенности функциональных возможностей зрительного анализатора от полного отсутствия зрительной чувствительности до ограничения зрительного восприятия, что классифицируется как слепота (тотальная; со светоощущением; с остаточным зрением)

или слабовидение (тяжелая, средняя, слабая степень) (А.Г. Литвак, И.С. Моргулис, О.В. Парамей, Л.И. Фильчикова). Интенсивное совершенствование медицинских технологий способствует разработке и внедрению в практику новых эффективных алгоритмов диагностики и лечения, что обеспечивает возможность выявления зрительной патологии, применения методов восстановления зрения в период младенчества и предупреждает возможную инвалидизацию (О.Д. Бабенко, Л.А. Катаргина, Э.И. Сайдашева, Т. Redd, Н.К. Dhillon). Однако современные методы лечения при определенной этиологии и характере течения офтальмологического заболевания не могут в полной мере восстановить функциональные зрительные возможности или предупредить постепенное ухудшение, а также утрату зрения [126; 178; 190; 192]. Наиболее высокая чувствительность и восприимчивость ребенка к сенсорному воздействию отмечается в младенческом возрасте, благодаря чему происходит интенсивное накопление информации об окружающем мире и последовательная социализация (Н.М. Аксарина, Б.Г. Ананьев, А.В. Запорожец, И.П. Павлов, И.М. Сеченов). В связи с этим, согласно распоряжению Правительства РФ от 18 декабря 2021 г. № 3711-р, в комплексной реабилитации (абилитации) используются специальные коррекционно-педагогические технологии для всестороннего воздействия и максимально полного восстановления или компенсации зрительных функций, формирования у ребенка более совершенных способов психологического взаимодействия с людьми, и, как следствие, уменьшения степени ограничения жизнедеятельности и социальной дезадаптации (С.А. Валиуллина, В.З. Кантор, О.А. Карабанова, С.Р. Конова, С.Б. Лазуренко, Э.И. Сайдашева, О.Н. Смолин, Т.А. Соловьева, Т.С. Шалагина). Организация и содержание коррекционно-педагогической работы регламентировано положениями Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации и Федеральной адаптированной образовательной программой дошкольного образования (ФАОП ДО для детей с ОВЗ) [88; 134].

Реализация психического потенциала ребенка с патологией органа зрения зависит от специальных условий обучения и определяется ими (А.В. Запорожец, А.А. Катаева, А.Г. Литвак, Л.И. Солнцева, Л.И. Фильчикова, Л.В. Фомичева и др.). Своевременная коррекционно-педагогическая помощь, включающая специальную предметно-развивающую среду, содержание, методы и приемы обучающего воздействия, позволяет увеличить объем поступающей ребенку сенсорной информации, за счет чего

содействовать развитию зрительной перцепции, активизации имеющихся компенсаторных возможностей. Развитие психических возможностей ребенка с ОВЗ – одна из главных целей воспитания и обучения детей раннего возраста. В соответствии с Приказом Федеральной адаптированной образовательной программы дошкольного образования, специальная психолого-педагогическая помощь детям с ОВЗ, в частности, слепым и слабовидящим, начинает осуществляться с возраста 2-х месяцев с применением специальных педагогических технологий, и является начальной ступенью государственной системы дошкольного образования. В образовательной программе (ФАОП ДО ОВЗ) четко изложены требования к структуре, в которой представлены следующие части: концептуальная, содержательная, процессуальная [134]. Отдельное место в содержательной части ФАОП ДО ОВЗ занимают разделы по развитию зрительного восприятия и компенсаторных механизмов, их содержание отражено в адаптированных компенсаторно-развивающих и коррекционно-развивающих программах. Одним из определяющих успех коррекционно-педагогического воздействия является раздел по работе с семьей, который обобщает формы, методы и содержание деятельности тифлопедагога, способствующее реализации социальной функции семьи в развитии психологического потенциала детей с нарушениями зрения [134].

Проект «Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» предполагает межведомственное и междисциплинарное взаимодействие в процессе восстановления физического и психического здоровья ребенка с ОВЗ и активное участие семьи в реализации индивидуальной программы комплексной реабилитации [141]. Семья представляет для ребенка микросоциум, непосредственно влияющий на ход психического развития и определяющий формирование индивидуальных личностных качеств ребенка, способствующий передаче базовых социальных ценностей от поколения к поколению (О.А. Карабанова, Р.Ж. Мухамедрахимов, О.С. Никольская, Н.Н. Павлова, О.Г. Приходько, Е.А. Стребелева). Стремительно развивающаяся служба ранней помощи семье ребенка с риском нарушения психического развития и детям-инвалидам должна содействовать реализации их психологического и личностного потенциала, повышению педагогической компетенции родителей и оптимизации их взаимодействия с ребенком, а также созданию в домашних условиях предметно-развивающей среды для совершенствования сенсорной чувствительности и зрительного восприятия у детей с

нарушениями зрения (Е.Б. Айвазян, Т.П. Кудрина, Ю.А. Разенкова, Л.В. Фомичева). Примерные требования к организации ранней помощи детям и их семьям ориентируют учителя-дефектолога на индивидуализацию образовательного процесса и реализацию личностно-ориентированного подхода при выборе содержания, методов и средств обучения ребенка с особыми образовательными потребностями. Проектирование педагогического процесса для детей с нарушениями зрения предполагает наличие научно-обоснованной последовательности профессиональных действий междисциплинарной команды при достижении целевых ориентиров образования за счет модификации образовательного процесса с учетом изменений функционирования зрительного анализатора и динамики психического развития [88; 159]. Однако в документе не изложены правила организации межведомственного взаимодействия и реализации коррекционно-педагогической работы, создания специальных условий воспитания и обучения в различных институциональных условиях, в частности в медицинском стационаре в период восстановительного лечения и реабилитации, а затем в семье до зачисления ребенка с нарушениями зрения в образовательную организацию. Существующие методические проблемы объясняют организационные трудности и ограничения в оказании своевременной коррекционно-педагогической помощи младенцам с нарушениями зрения в возрастной период наивысшей чувствительности к внешнему развивающему воздействию (О.В. Парамей, Л.И. Фильчикова). В связи с этим, крайне важно определить алгоритм оказания коррекционно-педагогической помощи, содержание деятельности тифлопедагога в офтальмологическом стационаре, формы организации и показатели коррекционной работы на первом году жизни (В.З. Кантор, Л.А. Катаргина, С.Р. Конова, Г.В. Никулина, Э.И. Сайдашева). Педагогический процесс должен быть спланирован исходя из клинических сведений о ребенке, социальных данных о семье, результатов психолого-педагогической диагностики ребенка с нарушениями зрения, что позволит определить структуру и иерархию особых образовательных потребностях младенца, обусловленных степенью зрелости зрительного и других видов восприятия, а также организацию практической педагогической деятельности тифлопедагога. Моделирование программы комплексной реабилитации и дополнение ее содержанием коррекционно-педагогической работы с детьми раннего возраста с нарушениями зрения обеспечивается единством научных подходов при определении плана восстановительного лечения и специального обучения,

учитывающего изменяющиеся функциональные возможности зрительного анализатора и динамику психического развития. Исходя из того, что проектирование программы коррекционно-педагогической работы есть самостоятельная профессиональная деятельность тифлопедагога, предположительно, она должна состоять в виде последовательно сменяющих друг друга этапов: аналитико-диагностического, проектного (содержательного), организационного (В.П. Беспалько, Т.Н. Винтаева, Е.С. Заир-Бек, В.М. Монахов).

Именно наличие существующих противоречий обуславливает необходимость научного обоснования организации дифференцированных форм коррекционно-педагогической работы с детьми раннего возраста с нарушениями зрения с учетом изменяющихся функциональных возможностей зрительного анализатора, динамики и индивидуальных особенностей психического развития ребенка, что позволяет считать тему настоящего исследования актуальной.

**Цель исследования** заключается в научном обосновании, разработке содержания и апробации алгоритма проектирования коррекционно-педагогической работы с детьми первого года жизни с нарушениями зрения.

**Объект исследования** – процесс коррекционно-педагогической работы с детьми первого года жизни с нарушениями зрения в комплексной реабилитации.

**Предмет исследования** – педагогические условия и коррекционно-педагогические технологии, способствующие реализации компенсаторных возможностей и формированию психологических достижений возраста у младенцев с нарушениями зрения.

**Гипотеза исследования:** предполагается, что в основу проектирования содержания коррекционно-педагогической работы с младенцами с нарушениями зрения в комплексной реабилитации должны быть положены: оценка соотношения актуального уровня и зоны ближайшего психического развития ребенка; оценка степени зрелости зрительного восприятия, как критерия дифференциации содержания коррекционно-педагогических технологий; оценка эффективности ранней стимуляции зрительной чувствительности и восприятия, в том числе слуха, обоняния, осязания, активизации ресурсов двигательной и эмоциональной сферы; степень готовности родителей к применению коррекционно-педагогических технологий в процессе воспитания ребенка.



Продолжительность коррекционно-педагогической работы будет определяться индивидуальной динамикой преобразования потенциальных психологических возможностей ребенка в его актуальные психологические достижения.

В соответствии с целью и гипотезой были определены следующие **задачи исследования.**

1. Провести анализ современных теоретических представлений и научно-методических разработок, посвященных содержательным и организационным аспектам диагностики, организации и содержания коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями зрения.

2. Адаптировать процедуру ранней психолого-педагогической диагностики (Э. Фрухт) и изучить особенности зрительных ощущений и восприятия у детей младенческого возраста с нарушениями зрения.

3. Определить и описать варианты психического развития детей раннего возраста с нарушениями зрения.

4. Выявить факторы, определяющие алгоритм проектирования программы коррекционно-педагогической работы с ребенком с нарушениями зрения в разные периоды раннего возраста.

5. Разработать и апробировать содержание коррекционно-педагогических технологий по развитию зрительного восприятия и осязания у младенцев с нарушениями зрения в программе комплексной реабилитации.

6. Разработать и апробировать алгоритм деятельности тифлопедагога в процессе восстановительного лечения и организацию обучения родителей детей с нарушениями зрения применению коррекционно-педагогических технологий.

7. Определить показатели эффективности коррекционно-педагогической работы с младенцами с нарушениями зрения в комплексной реабилитации.

**Теоретико-методологическую базу исследования составляют:**

- культурно-историческая концепция Л.С. Выготского о развитии психики ребенка, совершенствовании психических процессов, обогащении и усложнении форм познания, о роли взаимодействия биологического и социального (культурного);
- концепция онтогенеза психического развития детей, раскрывающая закономерности совершенствования физиологических возможностей организма под

влиянием социальных и культурных факторов, существующие взаимосвязи (Н.М. Аксарина, Н.М. Щелованов).

- концепция генезиса общения и формирования исследовательского поведения во взаимодействии матери и младенца как условия психического развития ребенка (Л.И. Божович, М.И. Лисина);

- положение о формировании сенсорно-перцептивной организации и «перцепции» как системы чувственного познания младенца, этапности совершенствования зрительных ощущений в период наивысшей чувствительности к стимулам окружающей среды (Б.Г. Ананьев, А.В. Запорожец, М.И. Земцова, А.И. Зотов, Г.В. Никулина, Л.И. Солнцева);

- положение о компенсации зрительного дефекта как результате целенаправленной активизации сохранных анализаторов в процессе коррекционно-развивающего обучения ребенка (Л.С. Выготский, М.И. Земцова, Ю.А. Кулагин, А.Г. Литвак, Г.В. Никулина, Л.И. Солнцева, Л.В. Фомичева и др.);

- положение отечественной научной школы дефектологии о решающем значении ранней комплексной помощи в предупреждении, коррекции и компенсации отклонений в развитии детей с ОВЗ (О.И. Кукушкина, Н.Н. Малофеев, Е.А. Стребелева, Ю.А. Разенкова и др.);

- теория моделирования и педагогического проектирования (Ю.К. Бабанский, В.П. Беспалько, К. Гедель, Е.С. Заир-Бек, В.М. Монахов, Е.И. Казакова).

#### **Методы исследования:**

- теоретические – анализ теоретико-методологических основ обучения детей с нарушениями зрения;

- эмпирические – наблюдение за взаимодействием матери и ребенка; психолого-педагогическое обследование 311 младенцев с нарушениями зрения по методике диагностики нервно-психического развития (Э.Л. Фрухт); специальные диагностические пробы для оценки ориентировочных реакций обонятельного и тактильного анализаторов (Н.М. Щелованов); анализ медицинской документации, изучение социальных условий жизни семьи; беседа и открытое анкетирование «Оценка педагогической позиции матери младенца с нарушениями зрения в отношении воспитательных установок»;

- экспериментальные – констатирующий, обучающий, контрольный этапы исследования, количественный и качественный анализ полученных экспериментальных

данных; статистические методы обработки данных (V Крамера; Краскела-Уоллиса; «F-критерий Фишера»; «критерий Уилкоксона» («критерий Мана-Уитни»).

### **Организация и этапы исследования**

Научно-практическое подтверждение выдвинутой гипотезы и решение поставленных задач осуществлялись в период с 2012 г. по 2023 г. в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Министерства здравоохранения РФ (отделение патологии новорожденных и детей раннего детского возраста с соматической реабилитацией; консультативно-диагностический центр), на базе ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Министерства здравоохранения РФ (отдел патологии глаз у детей); ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики». Исследование проводилось поэтапно:

**Первый этап** (2012 г. – 2015 г.) – аналитический – посвящен анализу научной литературы по вопросам специального образования детей с нарушениями зрения, в частности, методологии и организации ранней помощи, а также модернизации системы образования и реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов в Российской Федерации.

**Второй этап** (2015 г. – 2017 г.): представлен констатирующим экспериментом, в ходе которого были собраны и подверглись качественному, количественному и статистическому анализу психолого-педагогические данные 207 детей в возрасте 3-х месяцев жизни с нарушениями зрения различного генеза, с сохранной слуховой функцией по результатам аудиологического скрининга, с низким риском формирования неврологического заболевания (в том числе ДЦП) по заключению невролога.

**Третий этап** (2018 г. – 2020 г.) исследования: посвящен разработке и апробации содержания и алгоритма проектирования коррекционно-педагогической работы с младенцами с нарушениями зрения в комплексной реабилитации.

**Четвертый этап** (2021 г. – 2022 г.): оценка эффективности применения содержания и алгоритма проектирования коррекционно-педагогической работы с детьми первого года жизни с нарушениями зрения в комплексной реабилитации путем сравнения динамики психического развития 104 детей, из которых 56 детей группы обучения и 48 детей группы контроля. Комплексное медико-психолого-педагогическое обследование осуществлялось в контрольных возрастах (в 3 мес., 6 мес., 9 мес., 12 мес.). Публикация научно-методических материалов.

**Пятый этап** (2022 г. – 2024 г.): обработка данных исследования, обобщение результатов в виде выводов и рекомендаций, оформление текста диссертации.

**Достоверность и научная обоснованность** результатов исследования обеспечивались релевантным выбором теоретико-методологических оснований исследования, применением комплекса исследовательских методов, адекватных объекту, предмету, целям и задачам исследования, данными длительного мониторинга развития детей, качественным и количественным анализом его результатов.

**Научная новизна исследования.** Впервые апробирована процедура психолого-педагогической оценки степени зрелости зрительного восприятия и осязания у младенцев с нарушениями зрения. Представлены клинико-психолого-педагогические характеристики психического развития младенцев с нарушениями зрения, описаны их особые образовательные потребности. Определены критерии и показатели, составляющие основу проектирования коррекционно-педагогической работы в комплексной реабилитации, наполнения предметно-развивающей среды для решения задач по развитию и коррекции восприятия различной модальности и механизмов компенсации. Интегрированы в комплексную реабилитацию детей первого года жизни с нарушениями зрения, разработанные в тифлопедагогике содержательно-методические основы коррекционно-развивающего обучения детей младенческого и раннего возраста. Научно обоснованы параметры оценки динамики психического развития и восприятия у детей первого года жизни с нарушениями зрения. Прослежена динамика формирования механизмов компенсации у младенцев с различной офтальмологической патологией в зависимости от варианта психического развития. Представлена организация психолого-педагогического просвещения родителей в комплексной реабилитации детей с нарушениями зрения.

**Теоретическая значимость исследования.** Расширены представления о потенциальных возможностях психического развития детей с нарушениями зрения в процессе раннего коррекционного обучения в комплексной реабилитации. Уточнен онтогенез зрительного восприятия и осязания у младенцев с нарушениями зрения, выявлены особенности и специфика познавательного развития детей первого года жизни с нарушениями зрения. Обнаружена взаимосвязь этиологии офтальмологического заболевания и динамических изменений функциональных возможностей зрительного анализатора у младенцев. Получены новые данные о динамике формирования

компенсаторных механизмов у младенцев с офтальмологической патологией. Определены теоретические положения проектирования коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями зрения в комплексной реабилитации. Объективизация значения коррекционно-развивающих и компенсаторно-развивающих технологий для детей с различной динамикой совершенствования зрительного восприятия младенцев вносит определенный вклад в теорию тифлопедагогики раннего возраста.

**Практическая значимость исследования.** Внедрена в практику комплексной реабилитации процедура психолого-педагогической диагностики зрительных ощущений и восприятия у детей младенческого возраста с нарушениями зрения. Разработано содержание программы коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями зрения в комплексной реабилитации. Подобран и описан специальный игровой инструментарий для развития зрительного восприятия и осязания у детей с нарушениями зрения на ранних этапах онтогенеза. Определен и апробирован режим педагогических нагрузок и организации развивающих занятий с детьми младенческого возраста с нарушениями зрения. Разработаны рекомендации по созданию сенсорной и предметно-развивающей среды в различных институциональных условиях в соответствии со степенью выраженности нарушений зрения у детей первого года жизни.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. В процессе диагностической процедуры с помощью специальных педагогических приемов удастся определить степень зрелости и зону ближайшего развития зрительной чувствительности и восприятия у младенцев с офтальмологической патологией.

2. Степень отставания психического развития младенцев с нарушениями зрения (легкая, средняя, умеренная, значительная), во многом, обусловлена этиологией, структурой и тяжестью последствий перинатальной патологии.

3. Содержание коррекционно-развивающего обучения определяется на каждом возрастном этапе в соответствии с зоной ближайшего развития ребенка (потенциальными возможностями психического развития). Ориентиром выбора технологии коррекционно-развивающей или компенсаторно-развивающей направленности является степень зрелости зрительного восприятия.

4. Формирование осязания в качестве компенсаторного механизма, накопление практического опыта и знаний об окружающей среде у детей из группы «слепых»

происходит медленнее, чем у детей из группы «слабовидящих» развитие зрительного восприятия.

5. Преобразование потенциальных психических возможностей в актуальные психологические достижения ребенка, возраст появления у него ориентировочно-исследовательских и практических действий, зависят как от динамики психического развития, тяжести последствий перинатальной патологии и степени ограничений функционирования зрительного анализатора, так и от регулярности применения коррекционно-педагогических технологий родителями в процессе воспитания ребенка в семье.

**Апробация и внедрение полученных результатов исследования.** Личный вклад автора состоит: в теоретико-методологическом обосновании основных идей и положений исследуемой проблемы; уточнении онтогенеза зрительного восприятия и системного формирования зрительного восприятия, особенностей и специфики познавательного развития детей первого года жизни с нарушениями зрения; внедрении в практику комплексной реабилитации процедуры проектирования содержания коррекционно-педагогической работы с детьми первого года жизни с нарушениями зрения; публикации научных и учебно-методических работ по теме исследования. Промежуточные результаты исследования докладывались в ходе обсуждений на заседаниях Проблемной комиссии и Ученого совета ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики». Научные материалы использовались на курсах повышения квалификации ординаторов ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России (2022, 2023, 2024 гг.). Полученные результаты нашли применение в практической работе с семьями детей с нарушениями зрения, которая осуществлялась на базе ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Министерства здравоохранения РФ, а также в работе ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Министерства здравоохранения РФ. Промежуточные результаты докладывались: на XVIII, XIX, XI Конгрессах педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (2015, 2016, 2019 гг., Москва); Всероссийской конференции «Развитие системы ранней помощи детям с ОВЗ» (2017 г., Москва); на Международной конференции «Эволюция слепоглухоты и что из этого следует» (2018 г., Москва); в рамках Круглого стола «Современные достижения наук в комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями

здоровья и детей-инвалидов» (2020 г., Москва); IV и V Всероссийской научно-практической конференции «Осенние Филатовские чтения – важные вопросы детского здоровья» (2022 г., Москва; 2023 г., Владимир); III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «ОРФНА-ДА. Редкие болезни: от истоков к перспективам» (2023 г., Москва); на I и III Международной конференции «Психолого-педагогические инновации в педиатрии» (2022 г., 2023 г., Москва); на Всероссийской конференции «Инновации в специальном образовании: путь в инклюзию» (2024 г., Иркутск); на Всероссийской научной конференции офтальмологов с международным участием «Невские горизонты» (2024 г., Санкт-Петербург).

Диссертационное исследование соответствует паспорту научной специальности 5.8.3. Коррекционная педагогика (сурдопедагогика и тифлопедагогика, олигофренопедагогика и логопедия), в частности: п. 8. – Системы раннего (с первых месяцев жизни) выявления, профилактики и коррекционной помощи детям группы риска и детям с выявленными нарушениями развития, обучение семьи развивающему взаимодействию со своим ребенком младенческого и раннего возраста; п. 17 – Содержание, методы, технологии междисциплинарного взаимодействия специалистов в области коррекционной педагогики на разных этапах профессиональной деятельности.

В период с 2012 по 2024 гг. опубликовано 15 работ, общим объемом 28,3 п.л., объем авторского вклада 4 п.л., из них: 4 статьи в изданиях, рекомендованных ВАК РФ; 2 учебно-методических пособия; 3 главы в методических пособиях и руководствах; 3 патента на изобретение; 3 научных статьи в научных и научно методических изданиях, материалах конференций.

**Структура и объем диссертации.** Рукопись диссертации изложена на 195 страницах. Состоит из введения, трех глав, заключения, библиографического списка, включающего 204 источника, из них 17 на английском языке. Диссертация содержит 3 приложения, включающих 4 бланка, 9 таблиц и 11 рисунков.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ПРАКТИКА МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

## 1.1. Современные возможности комплексной реабилитации детей раннего возраста с нарушениями зрения

Реализация государственных программ и проектов в Российской Федерации за последнее десятилетие способствовала повышению качества медицинской помощи, образования и социальной поддержки [28; 71; 150; 156]. Однако ситуация не повлияла в полной мере на динамику показателей состояния здоровья детского населения страны [76; 126; 175]. Положение обусловлено не столько совершенствованием методов инструментальной диагностики и возможностью своевременного выявления нарушений здоровья у детей, сколько негативным влиянием различных социальных факторов (А.А. Баранов, А.С. Галкина, М.С. Петрачкова, Т.А. Соловьева). Медицинская статистика детской заболеваемости показывает, что самые высокие позиции в иерархии заболеваемости у детей в возрасте до 4-х лет занимают болезни органов дыхания (1458,5), затем отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (283,1), третье место – болезни нервной системы (281,5) [1; 14; 165]. Отдельной проблемой педиатрии является рост числа заболеваний органа зрения у детей до 34%, что составляет 3 190 732 зарегистрированных случая [65; 126; 144; 178].

В специальных исследованиях по данной проблеме указывается, что несмотря на технологические возможности медицины и широкое внедрение в практику современных методов хирургической коррекции и симптоматического лечения, основными причинами инвалидности по зрению на сегодняшний день остаются: патология зрительного нерва и сетчатки, врожденные прогрессирующие заболевания глаз (врожденная глаукома, катаракта и другие), травмы, а также ретинопатия недоношенных 4, 5 стадии (Л.А. Катаргина, Э.И. Сайдашева).

Увеличение числа детей с заболеваниями органа зрения в обществе связано с различными патогенными факторами, влияющими на формирование зрительной системы ребенка как внутриутробно, так и в постнатальном периоде, в том числе инфекционные и вирусные заболевания, интоксикации и др. В качестве отдельной



причины указывают наследственную патологию и хромосомные aberrации (перестройки) (Л.А. Дымшиц, Е.И. Ковалевский). По времени возникновения отмечают органическую патологию зрительных функций внутриутробного генеза (врожденные изолированные и сочетанные аномалии развития; наследственные дистрофии сетчатки; атрофия зрительного нерва; х-цепленный ретиношизис) и заболевания постнатального периода (аномалии рефракции; косоглазие; амблиопия; помутнения роговицы; ретинопатии недоношенных; хориоретинит; воспалительные заболевания глаз) (В.Г. Абрамов, Е.С. Либман, О.В. Парамей, Н. Dowdswell).

Общеизвестно, что офтальмологическая патология в структуре ряда генетических заболеваний считается одной из наиболее тяжелых и нередко комбинируется с врожденными пороками развития органа зрения (анофтальмия, колобома, ретролентальная фиброплазия, аниридия, экзофтальм, пороки развития сосудистого тракта глаз и др.) [1; 72; 196]. Многочисленные исследования показывают, что в качестве одного из негативных биологических факторов появления офтальмологической патологии у ребенка выступает возраст родителей старше 40 лет, а также, нарушения обмена веществ у матери, зародыша и плода (болезнь Гоше, диабет и др.), сопровождающиеся разнообразными патологиями и заболеваниями глаз (альбинизм, галактоземия, гарголизм и др.) (Л.И. Кириллова, О.В. Парамей, А.В. Хватова).

Существующие инновационные методы и технологии восстановительного лечения расширяют возможности улучшения зрительных функций у детей на ранних онтогенетических этапах (О.Д. Бабенко, А.И. Каплан, Э.И. Сайдашева). По данным исследований в области медицины, ранняя диагностика и лечение позволяют сохранить функциональные резервы органа зрения и предупредить возможную инвалидизацию (Л.А. Катаргина, Т.Б. Круглова, А.В. Хватова).

Согласно существующему Положению, с целью снижения риска развития офтальмологических заболеваний и слепоты первичный осмотр офтальмолога осуществляется в акушерском стационаре, что регламентировано законодательно утвержденным порядком <sup>1</sup>. В процессе оказания специализированной медицинской помощи особое внимание уделяется диагностике и лечению ретинопатии недоношенных у детей первых месяцев жизни. В этом случае кратность осмотров и объем

---

<sup>1</sup> «Порядок оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты», утвержденному приказом МЗ РФ № 442н от 25.10.2012г (зарегистрирован в Минюсте России 20.12.2012г. № 26208).

реабилитационной помощи увеличивается<sup>2</sup>. С целью профилактики снижения зрения и повышения качества офтальмологической помощи специалисты в практической деятельности пользуются клиническими рекомендациями<sup>3</sup> и проводят осмотры беременных женщин, чтобы определить возможные болезни глаз у развивающегося плода. Существенное значение для раннего выявления офтальмологической патологии у детей имеет междисциплинарное взаимодействие акушеров, неонатологов, педиатров и детских офтальмологов [14; 108; 114; 126]. При отсутствии зрительной патологии осмотры офтальмолога осуществляются в определенные возрастные периоды с целью профилактики возможных офтальмологических заболеваний. Осмотры проводятся в возрасте 1 месяца жизни, затем в 3-летнем возрасте, далее в период начала посещения школы (6-7 лет), затем в 3, 5, 9 и 11-х классах [164]. В методических рекомендациях по ранней диагностике указывается, что с рождением ребенка с риском офтальмологической патологии неонатолог или педиатр, анализируя акушерский анамнез и данные о состоянии здоровья младенца, в частности органа зрения, оперативно решает вопрос о необходимости направления ребенка на консультацию к врачу-офтальмологу (Э.И. Сайдашева, Т.С. Шалагина). Младенцев с заболеваниями органа зрения и недоношенных детей с признаками незрелости глаз и незавершенностью процесса формирования сетчатки (Л.А. Катаргина), которые представляют отдельную категорию, офтальмолог наблюдает регулярно. Протокол ведения наблюдения за детьми с заболеваниями органа зрения предусматривает следующий порядок. Первый осмотр детей со зрительной патологией и детей «группы риска» по ее возникновению осуществляют в первый месяц жизни. Как правило, в этот период выявляются только признаки незрелости глаз ребенка, но могут наблюдаться и первые симптомы ретинопатии недоношенных [65; 126; 178]. Поэтому офтальмолог проводит осмотр младенца каждые 2 недели до полного завершения сосудобразования с целью мониторинга физиологического процесса и профилактики ретинопатии недоношенных. При развитии заболевания осмотры проводятся еженедельно, а при задней агрессивной форме ретинопатии – 2 раза в неделю. Иная тактика ведения пациентов отмечается при других офтальмологических заболеваниях, например

---

<sup>2</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1682н от 29.12.2012г. (зарегистрирован в Минюсте России 1.04.2012г. №27959).

<sup>3</sup> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 103н от 28.02.2019г. (зарегистрирован в Минюсте России 08.04.2019г. № 54588).

при врожденной катаракте, глаукоме, косоглазии, ретинобластоме и других. Как правило, для уточнения диагноза и исключения схожих по клинике заболеваний младенцев направляют в детское офтальмологическое отделение больницы. Причем, если состояние органа зрения имеет положительную динамику, восстановление зрительных функций происходит стремительно [66; 164]. В ином случае, ребенок переводится в группу диспансерного наблюдения, что обеспечивает регулярную оценку состояния органа зрения, формулировку и коррекцию медицинских рекомендаций, выбор тактики лечения [3; 28; 126; 164].

Обследование врача начинается с визуального осмотра глаз ребенка, а также комбинированным методом с использованием офтальмоскопа, щелевой лампы, рефрактометра и других приборов. При необходимости для оценки состояния сетчатки, проводящих путей и корковых зрительных функций в работе используются высокотехнологичные объективные методы исследования зрительной системы: электроретинограмма (ЭРГ) и корковые зрительные вызванные потенциалы (ЗВП). Эти методы позволяют вместе с клиническими проявлениями уточнить диагноз, оценить динамику процесса, результат лечения, а также прогнозировать течение заболевания. Для определения зрительных функций, установления фиксации и прослеживания в первом полугодии жизни врач использует фонарик, яркий предмет или игрушку. В первые 6 месяцев жизни острота зрения младенца устанавливается условно, так как орган зрения, макула и другие отделы глаза продолжают свое созревание, что соответствует возрастной норме (Э.С. Аветисов, Л.А. Дымшиц, Е.И. Ковалевский). Определяется ограничение или отсутствие функционирования органа зрения путем расположения крупного предмета или мягкого светового пучка в поле зрения ребенка. Зрение младенца будет соответствовать возрастной норме, если офтальмолог отмечает наличие светоощущения и/или фиксацию на лице взрослого или игрушке, а также движения глаз в сторону перемещения объекта. В другом случае, когда в ходе инструментальной диагностики обнаружилось наличие патологического процесса в структурах глаза, и при осмотре офтальмолог отмечает своеобразные внешние проявления, такие как: плавающие движения глазных яблок, нистагм, надавливание руками на глаза (симптом Франческети) и др., то ребенка относят к группе риска по слабовидению или слепоте с «низким зрительным прогнозом» [73]. Во втором полугодии жизни зрение ребенка может соответствовать возрастной норме при наличии

предметного зрения и примерной остроте 0,1-0,3 (С.Э. Аветисов). В этом возрастном периоде нарушением зрения будет считаться наличие офтальмологической патологии, светоощущение, снижение остроты зрения и ребенка будут относить к группе риска по слабовидению (причем острота зрения выставляется примерно и также подтверждается инструментальными методами). Офтальмолог может отнести младенца к группе слепых, если во втором полугодии жизни подтверждено офтальмологическое заболевание тяжелого течения, не наблюдается предметного зрения и отсутствует реакция на свет [1; 3; 73]. Позднее, в возрасте 3-х лет, врач-офтальмолог может определить остроту зрения, используя таблицы Орловой или Олейниковой, убедившись в том, что предъявленные на них изображения (силуэты) знакомы малышу, и он может дать ответ. Метод зрительной ориентации в пространстве применим в работе офтальмолога с возраста 1,5 – 2-х лет жизни ребенка и отражает систематическое наблюдение за его поведением, – перемещение в игровой комнате, где создана специальная среда и соблюдены меры безопасности [3; 39; 73].

Специалисты единогласны в том, что своевременно начатое терапевтическое или хирургическое лечение является залогом высоких результатов восстановления функциональных возможностей зрения у ребенка (Э.С. Аветисов, Л.А. Катаргина, А.В. Хватова). При наличии показаний к хирургическому лечению ребенка с офтальмологической патологией определяют в стационар (Г.Г. Демирчоглян, Л.А. Катаргина, Э.И. Сайдашева). После лечения и при отсутствии необходимости дополнительного пребывания в больнице наблюдение осуществляется в детском офтальмологическом кабинете поликлиники в следующем режиме: 2 раза в первый месяц, затем 1 раз в месяц в течение 2-3 месяцев, далее 1 раз в 2 месяца в течение первого года после операции, и 2 раза в год в течение 3 лет и 1 раз в год в последующем. В более старших возрастах у детей, помимо хирургического вмешательства с последующей медикаментозной терапией, рекомендуется включить комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на создание оптимальных условий для развития зрения путем направленного внешнего сенсорного воздействия [72; 145; 193]. В настоящее время в комплексной реабилитации методы оптической коррекции и плеопто-ортоптическое лечение дополняют коррекционно-педагогическую работу, в том числе сенсорной стимуляцией и развитием зрительного восприятия внешним

воздействием различной модальности (А.И. Каплан, О.В. Парамей, Л.В. Фомичева, Л.И. Фильчикова).

В соответствии с «Концепцией развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года», по результатам клинической оценки эффективности восстановительных мероприятий и изменения состояния зрительных функций определяется содержание и методы комплексной реабилитации, в том числе отдельной ее составляющей: коррекционно-педагогического воздействия, которое реализуется в условиях комплексной реабилитации [75; 141]. В настоящее время в Российской Федерации при разработке индивидуальной программы реабилитации детей раннего возраста, выборе содержания и объема методов воздействия, принято руководствоваться рекомендациями международного инструмента «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ)» [58; 197]. С помощью него проводится углубленная оценка функционирования и ограничений жизнедеятельности ребенка на каждом возрастном этапе, определяется сохранность и возможность использования функций органов и систем организма, степень активности и участия в социальной жизни, а также реабилитационный потенциал ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), в частности с нарушениями зрения [58; 197].

Комплексная оценка состояния активности и участия ребенка в социальной жизни позволяет изменить условия окружающей среды так, чтобы содействовать развитию сохранных функций и замещению нарушенных, что в целом положительным образом влияет на психическое развитие и социальную адаптацию ребенка. В МКФ в клинических категориях «функционирование организма» и «структуры организма» оценивается физиологическое состояние и сохранность функций органа зрения. Физиологические параметры используются при оценке зрительных функций: состояние структур, примыкающих к глазу, и характеристика физиологических ощущений органа зрения [58].

Психологические характеристики зрительного восприятия оцениваются по следующим параметрам: реакция на свет, восприятие контуров предметов, опознание визуальных стимулов, дифференциация визуальных стимулов по форме, размеру и цвету. Дополнительно охарактеризовать зрительные возможности ребенка помогают

параметры, представленные в категории «активность и участие». Они содержат критерии оценки мобильности, самообслуживания, общения и коммуникации, результаты обучения, в том числе, использование зрения в процессе выполнения основных видов детской деятельности. Выделяются такие показатели как зрительная фиксация на объекте, который расположен на различном расстоянии от глаза, зрительный контроль за действием рук в процессе усложняющихся действий (простые действия с одним, двумя или более предметами, игра различной степени сложности). Параметры раздела «Функционирование организма» и «структуры организма» позволяют отнести ребенка к группе «слепых» или «слабовидящих», исходя из наличия или отсутствия зрения. Параметры раздела «Активность и участие» уточняют состояние предметного зрения ребенка и ориентирует специалиста на выбор технических средств, содержания и методов обучения. Объединение физиологических и психологических характеристик зрительного восприятия ребенка соотносится с нормативными показателями и ребенок, в соответствии с оценкой потенциальных психофизических способностей относится к группе: сохранено; легкие затруднения; средние затруднения; тяжелые и абсолютные затруднения [58].

По сути, МКФ при оценке физиологической функциональной основы и психологических возможностей зрительного восприятия применяет офтальмологическую шкалу оценки в виде двух параметров: наличие или отсутствие реакции на свет, а затем оценку состояния предметного зрения (фиксация, обследование, опознание). Детальной оценки поэтапного совершенствования зрительного восприятия у детей младенческого возраста в соответствии с онтогенетической последовательностью инструмент не содержит, что снижает его диагностическую ценность в отношении наблюдения за развитием восприятия и оценки эффективности комплексной реабилитации у детей с офтальмологической патологией. Отдельные сложности возникают при реализации диагностической процедуры, в связи с отсутствием подробного описания последовательности действий специалиста в ходе обследования, а также списка диагностических пособий. Отнесение ребенка к группе «слепой» на основании несформированности у него предметного зрения и «слабовидящий», при его наличии, не обеспечивает специалиста сведениями о возможностях использования зрения ребенком младенческого возраста во время общения со взрослыми и выполнения действий с предметами. Отсутствие возрастных

параметров совершенствования зрительного восприятия на первом году жизни у детей не ориентирует специалиста на выбор содержания обучения с учетом возраста и дифференцированной коррекционно-педагогической работы по формированию зрительного и других видов восприятия, механизмов компенсации у слепых и слабовидящих детей (М.И. Земцова, В.П. Ермаков, И.С. Моргулис, Л.И. Солнцева).

В настоящее время широкое распространение получили различные методики для диагностики и отслеживания динамики зрительного восприятия у детей [22; 81; 112; 118; 127; 131; 174]. Для определения содержания обучения тифлопедагоги пользуются отечественными и зарубежными психолого-педагогическими методиками<sup>4</sup> диагностики возможностей зрительного восприятия и возможностей его использования в процессе жизнедеятельности. Каждая из них создана для слепых и слабовидящих детей определенного возраста (младенческий, ранний, дошкольный, школьный). В диагностиках представлена общая информация о качественных параметрах оценки зрительного восприятия, описан инструментарий и показатели оценки каждой диагностической пробы/задания, которые направлены на выявление снижения зрения у детей данного возраста с учетом клинических данных. Процедуру обследования облегчает подробное описание заданий, наличие карточек и пособий для организации игровой ситуации, перечень условий продуктивного эмоционально-развивающего взаимодействия, бланков для фиксации результатов.

Единственной методикой психолого-педагогической оценки зрительного восприятия младенцев и детей раннего возраста до 2-х лет является «Скрининг базовых зрительных функций у детей до 2 лет» (Т.П. Васильева, И.В. Калмыкова, Л.И. Леушина, А.А. Невская). Она включает задания, направленные на изучение способности ребенка фиксировать взгляд на подсвеченном предмете и трехмерных объектах, распознавать мелкие предметы на разном расстоянии до глаз, а также следить за последовательными действиями людей с предметами, расположенными непосредственно перед ним. Результаты, полученные с ее помощью, свидетельствуют о возможностях использования ребенком зрения восприятия в процессе жизнедеятельности и позволяют дать психолого-педагогическую характеристику повседневной активности [22].

---

<sup>4</sup> «Психолого-педагогическое обследование функциональных возможностей нарушенного зрения у детей младенческого и раннего возрастов» (Кудрина Т.П.); «Скрининг базовых зрительных функций у детей до 2-х лет» (Васильева Т.П., Калмыкова И.В., Леушина Л.И., Невская А.А.), «Зрительно-моторный гештальт-тест». (Bender, Laurretta).

Другая психолого-педагогическая методика – «Психолого-педагогическое обследование функциональных возможностей нарушенного зрения у детей младенческого и раннего возрастов» (Т.П. Кудрина), направлена не только на оценку состояния предметного зрения у детей младенческого и раннего возраста, но и на изучение коммуникативных умений матери при взаимодействии с ребенком [81]. В ходе обследования особое внимание уделяется анализу таких зрительных возможностей ребенка, как стабильность взгляда на пространственных объектах и лице матери на разном расстоянии, особенно в процессе эмоционального взаимодействия. Распознавание коммуникативных сигналов ребенка и матери осуществляется по следующим параметрам: интенсивность дыхания, статика движений, социальные действия, мимика и поведение. Отдельно изучается способность следить за предметами различного размера при изменении их положения в пространстве и расстоянии от глаз ребенка. На основании результатов наблюдения и беседы относительно активности ребенка в повседневной жизни, действий в окружающей среде, особенностей взаимодействия с близкими людьми и индивидуальных предпочтений, делают заключение о типе зрительного поведения. Обобщение результатов обследования позволяет специалисту определить необходимые для развития восприятия ребенка технические средства, методы и приемы обучения, которые близкие взрослые могут использовать в ходе эмоционально-развивающего общения со слепым или слабовидящим ребенком [4; 22; 82; 174].

Востребованные педагогической практикой психолого-педагогические методики оценки зрительного восприятия и активности детей с нарушениями зрения кратко излагают последовательность действий специалиста при классификации их в группы развития и выборе содержания на основании полученных в ходе обследования результатов, интеграцию действий тифлопедагога в педагогический процесс и содержание индивидуальной программы развития детей раннего возраста, что является результатом консультации ребенка и важной профессиональной задачей, обеспечивающей точное определение образовательного маршрута при зачислении в образовательную организацию [102; 104; 116; 120; 135].

В настоящее время тифлопедагоги в коррекционно-педагогической работе с детьми с нарушениями зрения ориентируются на содержание методических



рекомендаций<sup>5</sup> и ФАОП ДО для обучающихся с ОВЗ (для слепых и слабовидящих детей) [116]. Получить психолого-педагогическую помощь родители и дети могут в учреждении здравоохранения. Однако при организации комплексной реабилитации тифлопедагоги сталкиваются с различными профессиональными трудностями, в частности, организацией педагогической деятельности, т.к. существующие методические пособия и рекомендации, научная литература не раскрывает алгоритма внедрения содержания коррекционно-педагогической помощи ребенку с нарушениями зрения в программу комплексной реабилитации. Существующие методики оценки зрительного восприятия у детей младенческого и раннего возраста с нарушением зрения не содержат заданий для последовательного выявления степени зрелости зрительной чувствительности и восприятия на этапах раннего онтогенеза, что не позволяет соотнести психологические достижения в сфере зрительного восприятия с показателями возрастного норматива и определить содержание коррекционно-педагогической работы и целевые ориентиры обучения. Такой подход препятствует проектированию образовательного процесса и адаптации ребенка с нарушениями зрения в социуме [24; 172; 183]. В связи с чем происходит упущение времени, т.к. психолого-педагогическая помощь младенцам с нарушениями зрения и родителям в медицинском стационаре, где большинство семей находятся с ребенком в первые 6 месяцев с целью лечения и реабилитации, начинает оказываться в конце раннего возраста [14; 21; 87]. При этом нормативные документы описывают комплексную реабилитацию как процесс реализации восстановительных мероприятий, включающих методы социальной и психолого-педагогической помощи, содействующих социализации детей с нарушениями зрения [141; 156; 182]. Аналогично порядку оказания медицинской помощи в процессе реабилитации реализуется психолого-педагогическое сопровождение на каждом возрастном этапе, что позволяет с учетом изменений функционирования зрительного анализатора, разработать коррекционно-педагогическую программу [109; 179; 180].

---

<sup>5</sup> «Советы родителям по воспитанию детей раннего возраста» (Солнцева Л.И., Хорош С.М.); «Особенности проведения занятий со слепыми детьми в часы коррекции» (Солнцева Л.И.); психолого-педагогическая коррекция психомоторного развития детей первого года жизни с глубокими нарушениями зрения в книге «Нарушения зрения у детей раннего возраста» (Фильчикова Л.И., Вернадская М.Э., Парамей О.В.); «Предупреждение в общении матери и слепого младенца» (Кудрина Т.П.); «Развитие действий с предметами у слепых детей первых лет жизни» (Айвазян Е.Б., Кудрина Т.П.); «Беседы с родителями незрячих детей» (Озеров В.Д.); советы родителям по воспитанию детей с нарушениями зрения в книге «Зрение у детей: нормальное и с нарушениями» (Huuvainen, L); «Воспитание слепого ребенка раннего возраста в семье» (Michael Brambring); «Программа для повышения эффективности зрительного функционирования» (Американская типография для слепых, Inc., Library M.K. Miguel); «Практическое руководство для родителей и учителей в работе с детьми раннего возраста с нарушением зрения» (Sherry Moore); ФАОП ДО для обучающихся с ОВЗ.

Известно, что младенческий и ранний возраст является наиболее сензитивным периодом для накопления информации об окружающем мире благодаря высокой восприимчивости нервной системы и функционирования анализаторов к сенсорному воздействию (Л.О. Бадалян, И.П. Павлов, И.М. Сеченов). Поэтому крайне важно на ранних сроках уточнить степень зрелости зрительного восприятия и осязания, варианты и динамические особенности психического развития детей с заболеваниями органа зрения младенческого возраста, определить алгоритм оказания коррекционно-педагогической помощи, содержание деятельности тифлопедагога в офтальмологическом стационаре, формы организации и показатели коррекционно-педагогической работы на первом году жизни.

Педагогический процесс должен включать синтез теоретических знаний, клинических сведений о ребенке, социальных сведений о семье, анализ результатов психолого-педагогической диагностики психического развития ребенка с нарушениями зрения. Это позволит тифлопедагогу осуществить свою профессиональную деятельность и определить как вариант психического развития ребенка, так и его особые образовательные потребности, на основании чего спланировать организацию обучения [106; 109; 160; 162]. Комплексная реабилитация должна выстраиваться в единую систему на основе медико-психолого-педагогического моделирования, в котором учитываются все этапы: диагностический, обучающий, контрольный (В.М. Монахов, В.Е. Радионов, В.П. Ермаков, В.В. Юдин).

На основании результатов анализа литературных источников можно сделать вывод, что на сегодняшний день существуют высокотехнологичные методы лечения и диагностики зрительных нарушений, тифлопедагогические методы исследования зрительного поведения в окружающем при взаимодействии матери и ребенка младенческого и раннего возраста. Современные методики клинической диагностики способствуют раннему выявлению офтальмологических заболеваний у новорожденных, которые могут возникнуть как внутриутробно, так и после рождения. Это позволяет в наиболее сензитивное для детского организма время начать адекватное лечение и составить план индивидуальной программы реабилитации с участием междисциплинарной команды специалистов. Такой подход в первые 6 месяцев жизни ребенка содействует не только определению прогрессирующей или не прогрессирующей патологии органа зрения, но и предотвращению возможных осложнений

с благоприятным зрительным прогнозом. Значимым является проведение психолого-педагогической диагностики в комплексной реабилитации. Результаты по исследованию состояния предметного зрения у детей младенческого и раннего возраста становятся основой для распределения детей в группы по устоявшейся в тифлопедагогике классификации: «слепой» и «слабовидящий». Так, зрительные возможности ребенка, свидетельствующие о сосредоточении/фиксации взгляда на пространственных объектах и лице матери в процессе эмоционального взаимодействия, а также прослеживании за предметами различного размера при изменении их положения в пространстве и расстоянии от глаз, позволяют отнести ребенка к группе «слабовидящих». Наряду с этим, при отнесении детей к группе «слепых» характерно отсутствие предметного зрения. Безусловно-рефлекторные ответы свидетельствуют о наличии или отсутствии реакции при расположении контрастного светового потока перед глазами: дети жмурятся, меняют интенсивность дыхания при смене света и тьмы. В случае отсутствия реакции на свет слепые младенцы изменяют мимику и двигательную активность в момент взаимодействия с матерью. Поведение младенца, особенности взаимодействия с матерью и близкими людьми, возможность или невозможность пользоваться предметным зрением для познания окружающей действительности, позволяют сделать заключение о степени развития зрительной чувствительности.

Результаты оценки функционального состояния органа зрения и зрительной чувствительности по степени сложности психологических ответов у детей младенческого и раннего возрастов важны для прогнозирования возможности овладения социальными способами познания окружающей среды. Необходимо понимать и учитывать связь биологического и социального факторов при создании специальной организованной предметной среды и реализации способов передачи ребенку социального опыта. Сегодня важно обеспечить такие образовательные условия на ранних этапах развития восприятия ребенка, в которых будет возможно проследить совершенствование психологических взаимоотношений ребенка с внешним миром и оценить появление новых психологических образований.

## **1.2. Актуальное научное знание о закономерностях психического развития детей раннего возраста в норме и при нарушениях зрения**

Проблема развития психики занимает ведущее место в научных исследованиях в области возрастной и специальной психологии, коррекционной педагогики [49; 91; 176; 191]. В работах педагогов и психологов XIX века обобщены аналитические результаты исследования факторов и условий, влияющих на психическое развитие ребенка [2; 23; 77; 88; 90; 100; 184]. Ученые определили последовательность стадий онтогенеза, выделили характерные для каждого возраста психологические достижения и описали различные варианты и маркеры отклонений в развитии (Р.М. Боскис, А. Валлон, В.В. Лебединский, В.И. Лубовский, А.И. Мещеряков, Д.Б. Эльконин). Основопологающими для организации процесса воспитания и обучения ребенка с нарушением развития являются теоретические положения Л.С. Выготского о том, что процесс психического развития ребенка подчиняется общему генетическому закону культурного развития. Ученый доказал, что психика и новые уровни отражения действительности возникают и развиваются у человека только в ходе целенаправленного обучения, и представляют собой социальный феномен, который рождается в процессе взаимодействия людей, а именно взрослого с ребенком в ходе овладения социальными средствами познания окружающей среды. Результатом такого сотрудничества является формирование внутреннего мира ребенка (интериоризация отношений социального порядка). Этот процесс имеет долгий путь преобразований внешних социальных форм во внутреннюю форму индивидуального сознания. Психологические процессы низшего и высшего порядка, а именно, биологические (природные) и социальные (культурные) представляют два плана поведения сливаются воедино, обеспечивая развитие психики как культурной формы, характерной для высшего уровня сознания [27].

Взаимосвязь биологического и социального процессов была обозначена также в трудах отечественных физиологов И.М. Сеченова, В.М. Бехтерева, И.П. Павлова. Согласно концепции Б.Ф. Ломова, В.П. Зинченко, психика есть результат деятельности человеческого мозга. Природные предпосылки в виде физиологического состояния организма, сохранности его функций являются биологической основой психического развития [16; 32; 71]. Общественный опыт – активность ребенка в социальной среде,

характер и объем межличностного взаимодействия, а содержание, методы воспитания и обучения являются источником психического развития ребенка. При правильно организованной и регулярно обновляющейся предметно-развивающей среде эффект педагогического воздействия на психическое состояние ребенка усиливается. Совершенствуются такие психические процессы ребенка как ощущение и восприятие, обеспечивающие эмоциональный контакт ребенка со взрослым и окружающей средой [31; 64; 74]. Именно познание предметной среды является содержательной стороной совместной деятельности взрослого с ребенком, а ее результатом становится самостоятельная социальная созидательная активность ребенка [26; 48; 83].

Онтогенез психического развития и этапы формирования детской личности в раннем возрасте изучали Н.М. Щелованов и его ученики (Н.М. Аксарина, Н.И. Касаткин, Н.И. Красногорский, М.М. Кольцова). В ходе проведенных исследований авторы установили, что функционирование нервной деятельности и развитие организма происходит в процессе жизни при взаимодействии с окружающей средой и за счет усвоения культурных ценностей в общении со взрослым [5; 20; 79].

Значимость влияния условий среды на развитие детского организма отмечена в трудах многих ученых [36; 43; 53; 56; 97; 136; 174; 203]. Результатом взаимосвязи биологического и социального по данным Б.Н. Колосовского становится быстрый темп дифференцировки и роста нервных клеток и нервных связей, что способствует увеличению массы головного мозга ребенка, изменение типа и величины клеточных элементов в постнатальном периоде под воздействием внешних факторов (сенсорного воздействия). Вместе с тем, раннее сенсорное воздействие способствует интенсивному развитию структур головного мозга – коры и подкорковых отделов больших полушарий, объединенную деятельность которых И.П. Павлов назвал «высшей нервной деятельностью» [122].

Известные ученые Л.А. Венгер и А.М. Фонарев считали, что к моменту рождения биологическими факторами, определяющими ход психического развития индивида, являются как индивидуальная генетическая программа, так и физиологическая зрелость новорожденного. По их мнению, данное «природное слияние» определяет ход психического развития, динамику и темп [29; 176]. Совершенствование психологических взаимоотношений ребенка с внешним миром происходит только в условиях направленного сенсорного воздействия, благодаря чему появляются новые психологические образования

[27; 29; 88; 93]. При нарушении или ограничении такого воздействия новые уровни и способы познания действительности у детей возникают значительно позже и отличаются незрелостью. При этом вновь появившиеся психологические достижения возраста становятся основой для образования следующих, увеличения объема и степени сложности социального опыта, появления более совершенных видов деятельности, а также приобретения знаний и умений [19; 86; 99]. С другой стороны (Б.Г. Ананьев), обнаруживается и иная зависимость созревания нервных связей от развития, которая обусловлена ежедневной активностью и условиями жизни ребенка.

Источником развития индивида является культурная (социальная) среда [27]. В ней складывается социальная ситуация развития в условиях специфических для определенного возраста отношений между ребенком и близкими взрослыми (Л.С. Выготский). Состояние психического развития ребенка является ориентиром для внесения качественных изменений во взаимодействие взрослого с ним и преобразования социальной среды [8; 91].

Через обучение и эмоциональное взаимодействие взрослого с ребенком реализуется психическое развитие малыша, «расцветают» новообразования возраста, как отражение состояния и результат определенной динамики. Возникают новые способы отражения действительности, благодаря чему ребенок овладевает более совершенными способами ее познания, что свидетельствует о наступлении более полного этапа своего развития [9; 27; 91; 168].

Потребность во впечатлениях и познании окружающей среды лежит в основе теорий психического развития детей младенческого и раннего возраста Б.Г. Ананьева, Л.А. Венгера, А.В. Запорожца и др. В научных трудах Л.И. Божович показано, что под воздействием внешней среды формируется личность ребенка как целостная структура, значение социальной среды и роли взрослого в ней определяющее. Становление личности в раннем онтогенезе рассматривается с позиции биосоциального. Это сложный двусторонний процесс: сначала ребенок учится существовать в окружающей среде и приспособливаться к ней, а затем начинает активно влиять на нее, что в свою очередь отражается на его собственном развитии через анализ информации об условиях внешней среды и осознании существующих в ней закономерностей. В своих трудах Л.И. Божович описала этапы становления психологических и личностных достижений в онтогенезе в зависимости от динамики формирования качественно новых

психологических структур – высших психических функций (ВПФ), характерных для человека. На органической основе всех психических процессов и линии социального развития, в результате регулярного руководства взрослого деятельностью ребенка, происходит их психофизическое совершенствование и присвоение культурного кода. Младенец приобретает чувственный и практический опыт, осваивает способы социального взаимодействия, накапливает информацию о социальном мире, активно взаимодействуя со средой и близким взрослым. «Первоначально элементарные, непосредственные потребности ребенка, опосредствуясь социально приобретаемым опытом, вступают в определенные связи и отношения с различными психическими функциями, в результате чего возникают совершенно особые психологические новообразования. В их состав входят и аффективные, и познавательные компоненты, что порождает специфичные только для них свойства» [17].

В исследованиях М.И. Лисиной показано как направленное педагогическое воздействие близкого взрослого определяет процесс знакомства и приобщения ребенка к культурному наследию [94]. Материнская эмоциональная забота и практическое участие играют определяющую роль в первые годы жизни ребенка, чем влияние на него других членов семьи (родственников). Материнство совмещает в себе элементы естественных инстинктов (биологических) и социокультурных явлений, становясь одним из определяющих ресурсов передачи культурных ценностей, национальных традиций и правил жизни от одного поколения к другому. При этом межличностный контакт матери и малыша рассматривается как важнейшее условие психического развития. Социальная ситуация развития и содержание воспитания ребенка на первом году жизни в семье, когда доминирующей потребностью младенца является потребность в активности и познании в ходе эмоционально-положительного взаимодействия с матерью, очерчивает, в значительной степени перспективу и траекторию его психического развития и индивидуальные личностные характеристики. К концу первого месяца жизни базовые психологические потребности заключаются в безопасности, комфорте и новизне, которые удовлетворяются взрослым, перестают играть ведущее значение в развитии психики ребенка. Начиная с первых месяцев жизни все больше начинает проявляться и влияет на динамику психического развития ребенка потребность в эмоционально-развивающем общении и удовольствие от продуктивного сотрудничества с близким взрослым в процессе выполнения социальных действий с

предметами: игрушками и орудиями труда. Совершенствование психического развития и способов взаимодействия с близкими людьми и предметным миром требует от взрослого смены формы и содержания общения, исходя из актуальных и потенциальных перспектив развития ребенка [96; 110; 140; 155; 159; 198].

По мнению ряда авторов (Е.Р. Баенская, Г.Ю. Одиноква, Ю.А. Разенкова) при организации взрослым доверительного эмоционально-развивающего общения в диаде «мать и дитя» удастся достичь завершенности и зрелости психологических возрастных достижений на определенном этапе психического развития, в том числе психологического благополучия и позитивного самовосприятия, которые являются базой гармоничного психического и физического здоровья детей независимо от возраста [11; 115; 140]. Постепенно усложняющиеся формы общения ребенка обеспечиваются определенной степенью зрелости восприятия, мышления и самостоятельной активности [50; 92; 95]. Ученые в области специальной психологии (тифлпсихологии) уделяют особое внимание вопросам обучения матерей детей с нарушениями психического развития конгруэнтным возможностям и потребностям ребенка формам межличностного взаимодействия, в том числе обладающих развивающим эффектом для слепого младенца (М.И. Земцова, А.И. Зотов, Л.И. Солнцева, С.М. Хорош и др.). Результаты многолетних научных исследований в этой области показывают, что психическое развитие детей, чьи родители используют технологии коррекционного обучения в процессе воспитания, владеют содержанием и формами коммуникативного поведения в соответствии с биологическими и психологическими потребностями ребенка с тяжелыми нарушениями зрения, отличается гармоничностью и меньшим числом отклонений в поведении [51; 56; 64; 90; 155].

Рассматривая процесс психического развития в период новорожденности в норме, А.А. Люблинская отмечала, что оно имеет разную направленность. С одной стороны взрослый является организатором всех форм активности малыша, с другой, – сам ребенок выступает инициатором взаимодействия, вначале с целью удовлетворения базовых физиологических потребностей (безопасность и комфорт), и, немного позднее, психологических и социальных (впечатления, познания, эмоционально-положительные отношения) [101]. Новорожденный ребенок стремительно адаптируется к условиям среды и уже через несколько недель у него образуются новые способы психологического взаимодействия с близким взрослым, который обеспечивает связь с



социальным миром [12; 67; 124; 142]. Одним из первых сенсорных каналов, обеспечивающих поступление информации об окружающем мире, является зрение.

Механизм накопления визуальной информации – это процесс биологического созревания, а именно, онтогенетического дозревания (Д.А. Фарбер) зрительного анализатора и вместе с тем, психологического аспекта, в котором социальная среда выступает источником познания окружающего мира. С физиологической стороны, акт зрения – это сложный нейрофизиологический процесс, состоящий из четырех последовательных этапов. На начальном – с помощью оптических сред глаза на сетчатке образуется перевернутое изображение предметов. Затем, под воздействием световой энергии в палочках и колбочках происходит сложный фотохимический процесс, в результате которого возникают нервные импульсы, которые проводятся по нервным волокнам к зрительным центрам коры головного мозга. Завершающим этапом считается, когда в корковых центрах энергия нервного импульса превращается в зрительное ощущение и восприятие [1; 39; 72]. Так, визуальные стимулы (лицо взрослого, предметы, а затем иллюстрации как знак, обозначающий предмет) позволяют осуществить практическое знакомство ребенка с окружающей средой. Предметно-развивающая среда становится источником организации и управления познавательной активностью и деятельностью ребенка [27; 92; 133]. Помимо умения видеть объекты, длительно сосредотачивать свой взор на них, младенец с каждым днем учится рассматривать и опознавать лицо взрослого. Именно лицо матери становится для него ярким стимулом и наиболее предпочтительным объектом не только как источник психологического комфорта, но и как наиболее частый положительно окрашенный визуальный стимул (Н.М. Аксарина, М.Ю. Кистяковская, Д. Хьюбел, Л. Хювяринен, А.Л. Ярбус, М.И. Thariq Hussan).

Помимо зрительного восприятия другая весомая роль в первые месяцы жизни отводится слуховой, обонятельной и вкусовой чувствительности. Стимулы окружающей среды (свет, звук, ароматы, прикосновения, вестибулярные ощущения) возбуждают большинство рецепторов и активизируют функционирование нейрофизиологического аппарата анализаторов, обеспечивая безопасность и контакт младенца с внешним миром [43;121]. Время появления психологических достижений у младенца в виде сторожевой реакции на воздействие разной модальности, поиск и исследование объектов, различение его свойств зависит от степени зрелости

восприятия и регулярности сенсорного воздействия [5; 7; 88; 139]. При этом важное значение в развитии восприятия и социальной ориентировки здесь играет обоняние. За счет обоняния младенец ощущает, а позже и узнает запах пищи (грудное молоко, смесь), запах близкого взрослого (мамы), вкусовые рецепторы помогают опознать пищу и определенным образом отреагировать на это воздействие (Н.М. Щелованов). Знакомые ароматы формируют у младенца ситуативное поведение, реакцию оживления и ожидания, например, при приближении знакомого взрослого, развивают дифференцированные эмоции, новые ответные реакции, – настороженность на воздействие незнакомого аромата, стимулируя тем самым развитие общих движений, повороты головы и корпуса к данному предмету или от него в случае получения неудовлетворительного ощущения – аромата. Впоследствии, ребенок учится определять пищу по запаху, находить источник там, где он расположен. Таким образом, информация, полученная с помощью обоняния, является стимулом для активизации движений малыша [15; 70; 101].

Формирование представления о внешнем мире у детей во многом зависит от сенсорного разнообразия. Так, начиная уже с 1-го месяца жизни, здоровый малыш постоянно ощущает и видит движение своих ног, делает это непроизвольно, еще до того, как осознает их частью себя самого и учится управлять ими [10; 32]. Именно совершенствование нервной системы, интенсивное развитие нейронного аппарата и сенсорное воздействие позволяют повысить потребность в новизне, ребенок начинает самостоятельно искать раздражитель в окружающем пространстве (Н.Н. Данилова, А.А. Люблинская, А.Р. Лурия).

На последовательность становления у детей восприятия пространства и ориентировки в нем обращает внимание Б.Г. Ананьев. Он указывает, что особое место для ребенка занимают и тактильные ощущения, поступающие с поверхности рта. С помощью акта сосания малыш может удовлетворить потребность в голоде и получении новых положительных эмоций [7; 101]. Именно регулярное взаимодействие физиологического созревания и внешнего воздействия (в виде раздражителя) приводит к тому, что в течение короткого времени происходит преобразование систем головного мозга, и у младенца появляются новые формы создания и поведения, а также способы взаимодействия со средой (Н.П., Бехтерев, А.Р. Лурия, Н.М. Щелованов). Знакомство с новым происходит и тогда, когда ребенок исследует пространство рукой около себя,

совершает ощупывающие движения ею, наталкивается на предметы, учится исследовать объект, совершать с ним действия захвата и удержания, при этом он еще не готов фиксировать взгляд на руке с игрушкой (Р.Я. Лехтман-Абрамович, Б.Г. Ананьев).

На 2-3-м месяце жизни появляются попытки зрительно-моторной координации, ребенок часто приподнимает руки в поле зрения, сосредотачивает взгляд на кистях, движения ими усложняются, приобретают более дифференцированную направленность в действии с игрушкой [30; 148; 188]. У малыша совершенствуется навык захвата, повышается потребность во внимании и помощи взрослого для овладения социальным движением руки с целью извлечения звука из игрушки, появляется оральное обследование своих кулачков. Взаимосвязь внешних и внутренних факторов приводит к появлению у ребенка новых форм и способов взаимодействия со средой. Он становится способен дифференцировать звуки окружающей среды, новые ароматы, искать лицо матери среди других [139; 187]. Проживая и совершенствуясь на каждой стадии развития, он проходит несколько этапов и осваивает более совершенные формы эмоционального общения с взрослым. Так, в течение первого года жизни от подготовительного этапа общения (эмоционального), который осуществляется за счет движений и обмена взглядами, эмоциональными звуками, ребенок переходит на более сложный – ситуативно-деловой этап, когда фокус общения перемещается со взрослого на предмет, способ и результат действия с ним можно назвать – «общение через предмет» (М.И. Лисина).

Авторы (М.И. Лисина, А.Г. Рузская) отмечают, что в процессе регулярного эмоционального общения со взрослым у здоровых младенцев в течение первого полугодия жизни наблюдается быстрая динамика психического развития: развивается ориентировочная активность, появляются разнообразные выразительные эмоциональные и голосовые реакции, содержащие в себе социальный смысл и направленные на взрослого [12; 56]. При выполнении ребенком обследования игрушки рукой и манипулировании с ней повышается каждый раз визуальное познание и именно в данном периоде закладывается основа для перехода от ощущений к восприятию (Б.Г. Ананьев, Н.А. Бернштейн).

Во втором полугодии жизни наряду с познавательной деятельностью малыша, совершенствуются как общие движения, так и движения руки. Зрение, слух, обоняние

и ощущения, полученные с помощью органов чувств, являются основой и источником развития движений и социальных действий рук (Н.А. Бернштейн, М.Ю. Кистяковская).

Слаженное дифференцированное участие анализаторов повышает двигательную активность, у ребенка появляется стремление изменить положение тела, удерживать новую позу, что формирует чувство равновесия, улучшает координацию и согласование движений рук. Эти достижения рассматриваются как отдельная линия физиологического развития ребенка (Г.В. Пантюхина). Ребенок учится совершать более сложные ориентировочные операции и перемещаться в пространстве, расширяя восприятие и объем сенсорных воздействий. Он находит предметы около себя, ориентируясь на зрительный и слуховой анализатор, начинает тянуться рукой к опознанному объекту, лицу взрослого, погремушке, длительно рассматривать его, захватывать и обследовать, совершать социальное действие для достижения ожидаемого социального результата. Визуализация обеспечивает контроль и улучшает результативность движений рук, а также осознание социальных возможностей руки. Благодаря определенной функциональной зрелости анализаторов и совершенствованию восприятия, в том числе зрительной перцепции, дети учатся перекладывать предмет из руки в руку, манипулировать с ним, совершенствуются мелкие движения пальцев (Н.М. Щелованов). У малыша формируется умение длительного прослеживания за объектами на близком и удаленном расстоянии, захвата тех предметов, которые попадают в поле зрения в статичном положении и при передвижении (Н.Л. Фигурин). На каждом этапе развития возможности рук совершенствуются, происходит накопление и увеличение специфических произвольных действий, появляются предметные действия, требующие постоянного зрительного контроля ситуации (И.М. Сеченов, Н.М. Щелованов). Таким образом, совершенствуются как деятельность ребенка в окружающей среде, так и все ярче проявляются индивидуальные личностные качества. Постепенно, накопленные в памяти образы предметов легко узнаются младенцем (Л.Н. Фонарев). Он использует их при демонстрации предметов близкому взрослому с целью выполнения действия, зрительного и слухового созерцания, получения разнообразных тактильных ощущений [92; 187]. Накопленный объем зрительной информации, позволяет ориентироваться в окружающей среде, что формирует для ребенка условия наиболее благоприятные для овладения навыком произвольного выполнения сложных координированных моторных актов. Он овладевает такими

двигательными навыками как ползание, удержание позы, в положении сидя, вставание, ходьба [69].

Так, визуальный опыт и социальное взаимодействие играют фундаментальную роль в том, как ребенок открывает для себя окружающую действительность. Правильно выстроенная предметно-развивающая среда служит стимулом, который направляет ребенка на исследовательскую активность и способствует накоплению зрительных впечатлений. Рассматривая окружающие объекты, лица родных людей и различные изображения, ребенок активно познает мир через визуальное восприятие и, в меньшей степени, через осязание. В этом сложном процессе параллельно протекают два важных компонента – естественное развитие зрительной системы организма и психологическое становление личности ребенка, овладение определенной системой знаний и способами действия [27; 92; 133].

На втором году жизни у ребенка, как отмечал R.N. Aslin, активно развивается зрительное и слуховое внимание, тактильное восприятие и кинестетический контроль, он овладевает более сложными действиями с игрушками. Теоретическим вопросам развития мелкой моторики, осязания у детей были посвящены работы зарубежных и российских авторов. Российские исследования под авторством Т.О. Гиневской и М.Ю. Кистяковской указывали, что в этом возрастном промежутке у детей появляется готовность к целенаправленному изучению свойств предметов, ориентируясь на информацию, полученную с различных анализаторов и за счет выполнения исследовательских движений рук.

Исследуя психологию общения ребенка и взрослых, Л.И. Божович и М.И. Лисина отмечают, что ребенок на втором году развития переходит на более высокие формы умственного отражения действительности, обучается подражать взрослому, используя длительный визуальный контроль социальных действий и деятельности взрослого. Связь малыша с окружающим миром формируется по единой системе, в которой важное место занимают два процесса – эмоциональные отношения и социальная коммуникация с людьми, которая формируется через желание общения с людьми и действия с предметами, определяющим условием которых является эмоциональная включенности и обучающая роль взрослых [17; 95].

Вместе с тем, на втором году жизни, используя зрительную ориентировку, ребенок готов контролировать качество отдельных операций, позднее объединять их

в более сложные последовательные схемы, не теряя при этом ее практический замысел [184; 204]. Дети демонстрируют элементарные мыслительные операции, когда учитывают внешний вид и сенсорные свойства незнакомых предметов, осуществляя действие с ними (Е.А. Стребелева). Им становятся доступны сложные операции, где самостоятельное воздействие на ситуацию не только с помощью руки, а с помощью других средств – орудий и речи, позволяет получить помощь или положительный эмоциональный отклик в виде одобрения взрослого (Р.Ф. Лехтман-Абрамович). Зрительные возможности помогают соотнести реальный объект с ранее знакомым, объединить их образы между собой, т.е. осуществить операции анализа и дифференцировать, предметы в группы в соответствии с их сенсорными характеристиками или функциональными возможностями [101; 180]. Действие и предмет приобретают словесное обозначение благодаря подражанию ребенка речевым образцам взрослого (М.И. Лисина). Малыш учится пользоваться предметами – орудиями, применять их по назначению: зачерпывать кашу ложкой, пить из чашки, расчесывать волосы расческой. Все действия ребенок совершает под зрительным и тактильным контролем, получая удовольствие от их выполнения, которое, как правило, приносит ему положительный результат [139]. Постоянная визуализация практических действий с обучающей и руководящей помощью взрослого способствует накоплению у ребенка психологических образов предметов (Д.Б. Эльконин).

На третьем году жизни у детей совершенствуются перцептивные процессы и появляются в памяти образы предметов, а также навык зрительной ориентировки в их свойствах и качествах. Ребенок может обозначить словом сенсорный эталон или признак предмета, с помощью предмета-орудия он готов совершить не просто действие орудийного характера, а также он с удовольствием включается в продуктивную деятельность, применяет орудия для реализации собственного творческого замысла (в рисовании, в лепке) (В.П. Зинченко). На данном этапе развития, ребенка мотивирует положительный результат совершенного действия, о котором у него есть определенное, сформированное на основе практического опыта, представление. При этом, мыслительные процессы отражаются и реализуются в речи, которая приобретает осмысленный характер [122; 128]. С ее помощью «ребенок стремится добиться общности взглядов с взрослым» (М.И. Лисина), старается соблюдать социальные нормы и правила поведения, как это делает взрослый, что позволяет понять социальную

сущность человеческих отношений благодаря речевому разъяснению взрослого (Л.С. Выготский, А.И. Зотов).

Поведение ребенка с нарушением зрения на первом месяце жизни отличается от обычного: наблюдается своеобразие эмоциональных ответов на воздействие сенсорных стимулов, периодически возникает негативное отношение к внешним раздражителям, например, к смене положения тела в пространстве, контакту с новым сенсорным источником (Б.Г. Ананьев, Л.М. Зальцман, Т.А. Орусбаева, J. Rosner). Подобные особенности поведения детей обусловлены тем, что малый объем или отсутствие визуальной информации вызывают дефицит зрительных ощущений и невозможность ориентировки в окружающем мире, что усиливает проявление сторожевой реакции и возникновение страха при внешнем сенсорном воздействии (Ю.И. Петров, В.С. Сверлов, Л.И. Фильчикова, L. Nielsen). Малыш конструирует свой мир, получая и анализируя информацию с других анализаторов: слухового, обонятельного, осязательного и вкусового [53; 108; 119]. Сенсорная депривация приводит к тому, что у малышек во втором полугодии жизни отмечается угасание двигательной и психической активности, пассивное отношение к происходящему, обеднение эмоций (М.Ю. Кистяковская, А.Н. Леонтьев). Снижение зрительных возможностей не позволяет младенцу в полном объеме сосредоточиться на объекте, следить за его перемещением в окружающем, менять для этого позу в пространстве, осваивать в полной мере двигательные возможности, в том числе выполнять ощупывающие (исследовательские) движения рукой (А.Г. Литвак). Ребенок не может самостоятельно определить положение и найти предмет в пространстве, рассмотреть и запомнить его свойства, принцип действия (В.П. Ермаков, Т.С. Шалагина).

В исследованиях большинства авторов отмечается ограничение навыка общения и взаимодействия с окружающим миром детей данной категории (Т.А. Орусбаева, Л.И. Солнцева, Сорокина В.А. и др.). Эмоциональный контакт и взаимодействие со взрослым у малышек с нарушениями зрения в первые месяцы жизни характеризуются своеобразием [11; 35; 149]. Отдельные разнообразные звуки, а также звуки гуления дети инициируют редко, как правило, призывая к себе взрослого для удовлетворения физиологических потребностей (пище, комфорте, безопасности). Для этого младенцы используют голос (плач или крик), иногда реагируют повышением двигательной активности (Л.П. Григорьева). Известно, что дети с тяжелой зрительной патологией,

социальными способами коммуникации овладевают длительное время. Социальные мимические проявления возникают после продолжительного (обучения) контакта со взрослым, эмоции еще длительное время отличаются однообразием и не имеют внешней направленности, не согласуются с ситуацией (Ю.А. Кулагин, И.С. Моргулис). Наряду с этим, возникают такие специфические патологические формы поведения, как: частые потряхивания руками, надавливания пальцами на веки, ритмичные покачивания головой или туловищем. Навязчивые движения появляются и нарастают со временем, приобретают устойчивость характер (А.Г. Литвак, Ф. Цех). При тяжелом (прогрессирующем) нарушении зрения, малыш не может увидеть мать, проявления ее эмоций, но регулярность контакта, инициатива близкого, позволяет запомнить ребенку голос и запах близкого взрослого, научиться различать интонацию и тембр, эмоциональную окраску, а также отвечать на эмоциональное взаимодействие комплексом оживления (Т.П. Кудрина). Более совершенные социальные способы контакта у слепых детей появляются только в условиях целенаправленного коррекционно-развивающего обучения, содержание которого должно реализовываться родителями в процессе семейного воспитания [40; 82; 107].

Долгое время звуки окружающей среды не несут в себе смысловой нагрузки и не распознаются ребенком с нарушениями зрения [153; 188]. Этим также объясняется отсутствием у младенцев реакции оживления при появлении матери в непосредственной близости (Л.И. Солнцева, С.М. Хорош). К сожалению, ощущения, поступающие с других сенсорных каналов, менее информативные, уступают по объему и качеству зрительным [37; 154; 173]. Акустическая информация не может отразить основные внешние свойства предмета, сенсорные ощущения, не способны передать целостный образ предмета и воссоздать его на основе тактильного или слухового восприятия (М.И. Земцова). Представления о внешней среде, полученные с помощью слухового восприятия значительно беднее и однообразнее, а их поступление и обработка не позволяют осуществить практическую ориентировку или действия в пространстве (И.С. Моргулис, Ю.И. Петров). Именно поэтому, многие дети с нарушениями зрения перестают использовать остаточное зрение и сохранные перцептивные возможности, что препятствует формированию механизмов компенсации, что облегчило бы процесс познания внешнего мира (Ю.А. Кулагин).



Кроме восприятия и ориентировки на звуки с первых месяцев жизни у детей с нарушениями зрения задерживается формирование двигательной активности [42; 70; 146]. Под влиянием нарушений зрительного анализатора двигательная активность снижается, ограничением становится визуализация объектов окружающего, сужение полей зрения, особенности светоощущения (световосприимчивости) и др. (В.П. Зинченко, В.З. Кантор, Ю.А. Кулагин). Двигательная активность слепого ребенка определяется и зависит от участия взрослого. Слепые младенцы не совершают движений головой и телом до тех пор, пока взрослый не инициирует это [40; 107; 149]. Как правило у таких детей отмечается боязнь пространства, патологические привычки в виде нахождения или предпочтение одних поз другим, нежелание менять положение тела для познания окружающей среды (Т.С. Шалагина, И.С. Моргулис). При попытке матери сменить позу ребенка он может начать резко плакать, визжать и проявлять другие негативные формы поведения. Резкая смена положения, какой-то незнакомый громкий или наоборот тихий звук пугают малыша, провоцируют к мышечным зажимам или «обмяканию» тела, длительному плачу и паническим состояниям из-за страха, который возникает как ответ на ощущение опасности. Во втором полугодии жизни дети отличаются пассивностью, имеют привычку длительно находиться в одном и том же положении, как правило, лежат на спине, в удобной, но не всегда физиологически правильной позе (Е.С. Либман, Солнцева Л.И.). Формирование двигательных навыков, таких как повороты, ползание, сидение, ходьба, у детей с нарушениями зрения происходит медленно и дисгармонично, овладение пространственной ориентировкой (удобное, соответствующее ситуации положение тела, скорость и сила движения, ориентировочные и опознающие действия рук) происходит только в процессе специального обучения [25; 93; 173].

Известно, что формирование ручных операций играет особую роль в становлении умственных действий (Т.О. Гиневская). На первом полугодии у малышек с нарушениями зрения характерно отсутствие интереса к игрушкам и действиям с ними (С.М. Хорош). В норме младенец часто в течение дня разглядывает свои руки, сводит их по центру. Благодаря сочетанию зрительного восприятия и других ощущений, которые возникают во время движения рук, у младенца появляется согласование движений рук и тела, развивается зрительно-моторная координация [73; 104]. У слепого ребенка формирование этих базовых психологических достижений происходит длительно, т.к. требуется значительно больше времени на их образование в условиях

коррекционного обучения (А.Г. Литвак). Самые первые произвольные движения руками, в том числе захват, удержание игрушки у слепых детей удается зафиксировать только при оказании внешнего стимулирующего воздействия (Л.И. Солнцева). Начиная со второго полугодия жизни, дети с остаточным зрением используют зрение и тактильные ощущения, полученные с поверхности руки или рта для осуществления зрительно-практической ориентировки в свойствах и качествах предметов [98; 203]. Со временем ребенок с незначительными зрительными нарушениями становится способен оперировать образами предмета и накапливает знания о способах действия с ним (Г.Н. Журавлева). Слепому ребенку, который ощупывает предмет руками, труднее научиться узнавать его: так как каждый раз он прикасается к разным его частям и целостный образ возникает после совершения огромного числа обследования. В связи с чем, отмечается длительное ощупывание, манипулирование предметом, частое переключивание из руки в руку, оральная ориентировка [45; 101; 172].

Понимание речи взрослого у детей с нарушениями зрения отмечается как ситуативное и отличается малым объемом [60; 97]. О своих требованиях они долгое время сообщают интонированным лепетом, криком, плачем и мимикой обиды, которая сменяет нейтральное выражение лица, т.к. умением отражать мимически свое эмоциональное состояние дети не владеют (Ж. Пиаже, С.М. Хорош). По мере взросления эмоциональные проявления продолжают оставаться скудными (В.П. Зинченко). Лишь к дошкольному возрасту дети начинают осуществлять ориентировку на свое имя, знают названия предметов обихода и поддерживают диалог со взрослыми с помощью простых фраз (О.Г. Болдинова, Л.А. Дружинина, Л.Б. Осипова и др.).

Зависимость от взрослого у ребенка сохраняется вплоть до дошкольного возраста [4; 82]. Низкая двигательная активность не позволяет ему устать физически, в связи с чем отмечаются трудности формирования режима дня, снижение аппетита, что проявляется избирательностью в еде [56; 84]. Обостренная базовая психологическая потребность в безопасности и комфорте становится причиной формирования патологической привычки находиться в знакомых условиях, в связи с чем дети демонстрируют негативизм к новому, страх смены последовательности событий в течение дня (М.И. Земцова, А.Г. Литвак).

Таким образом, отсутствие или ограничение визуальной информации об окружающей среде приводит к тому, что в течение раннего возраста у детей

с нарушениями зрения темп психического развития замедляется и накапливаются патологические формы поведения. Еще одним социальным последствием сенсорной депривации становятся искажение взаимоотношений ребенка с взрослым и социальной средой. Формирование механизмов компенсации у детей с нарушениями зрения осуществляется за счет использования сохранных анализаторов, благодаря которым становится возможным взаимодействие ребенка со средой и близкими взрослыми, происходит преодоление и выравнивание несовершенства восприятия, формирование более целостного образа действительности (Л.А. Запорожец).

Психологические достижения возраста, появление которых зависит от объема визуальной информации: движения кистей рук с целью захвата и действий с игрушкой, а также ориентировка на мимику во время общения со взрослым, формируются с запозданием и искажением [84; 97]. Постепенно исследовательская инициатива и стремление к познанию угасают, интерес к общению с взрослым ослабевает, что влияет на темп освоения речи как средства коммуникации. Речь детей со значительными зрительными ограничениями отличается шаблонностью и стереотипностью, т.е. не соотносится с социальным контекстом, действия с предметами отличаются однообразием и простотой способа выполнения (Л.А. Дружинина, Л.И. Плаксина и др.).

Психологические механизмы восприятия, обеспечивающие интеграцию внешних сигналов (разнообразных ощущений) и их превращение в единый воспринимаемый образ, у слепых детей младенческого и раннего возраста формируются только при развитии чувствительности контактных анализаторов: кожно-мышечного (тактильного), вкусового, температурного, а также дистантных анализаторов: слухового, обонятельного (А.Г. Ананьев). Причем, для целостного формирования зрительного образа у слабовидящих детей специальное обучение направлено на умение анализировать информацию, полученную со зрительного анализатора, благодаря чему происходит совершенствование зрительного восприятия как познавательного психического процесса, а в коррекционно-педагогической работе со слепыми младенцами особое внимание уделяется совершенствованию тактильного восприятия и чувствительности дистантных анализаторов (И.С. Моргулис). Вместе с тем, важным направлением коррекционной работы является обучение матери применению тифлопедагогических методик и правилам межличностного контакта в процессе воспитания ребенка с офтальмологической патологией (В.З. Денискина, Л.И. Солнцева,

С.М. Хорош и др.). Правильно организованное эмоционально-развивающее общение матери и младенца – определяющее условие последовательного формирования у слепого и слабовидящего ребенка более сложных возрастных психологических достижений, совершенствования ориентировки в окружающем с учетом степени зрелости различных видов восприятия, интереса и действий с предметами [82; 107].

В результате исследования литературных источников были получены объективные данные о закономерностях психического развития детей младенческого и раннего возраста в норме и при нарушениях зрения [86; 120]. В процессе активного познания мира через социально обусловленные способы взаимодействия с окружающей средой и целенаправленное обучение, формируется детская психика, обретая более высокие уровни психических проявлений, такие как сенсорно-тактильные способности и восприятие (Б.Ф. Ломов, А.А. Люблинская). Развитие психики у детей с нарушениями зрения следует и подчиняется законам онтогенетического процесса. Особая роль в этом развитии отводится матери, которую необходимо научить использовать технологии коррекционного обучения в процессе воспитания, овладеть содержанием и формами эмоционально-насыщенного и развивающего коммуникативного поведения. Такое взаимодействие крайне важно для формирования психологических достижений и совершенствования психических процессов, в частности ощущения и восприятия у детей с нарушениями зрения [7; 133; 143; 146]. Психологические механизмы восприятия у слепых детей младенческого и раннего возраста формируются только при развитии чувствительности контактных анализаторов, а у слабовидящих – при совершенствовании зрительного восприятия в качестве познавательного процесса. На современном этапе специальная педагогическая (тифлопедагогическая) помощь детям раннего возраста с различной зрительной патологией может реализовываться в рамках медико-психолого-педагогической и социальной помощи ребенку и его семье, что является условием более успешной интеграции ребенка в общество и последующего обучения и развития.

### **1.3. Система социальной и психолого-педагогической помощи детям с нарушениями зрения**

Первые свидетельства внимания и заботы просвещенных деятелей государства о слепых людях относятся ко второму тысячелетию нашей эры [103]. Попытки обучения слепых людей творчеству, трудовым и профессиональным навыкам были впервые инициированы прогрессивными служителями религиозных институтов: приютов, богаделен и церковных приходов Германии, Франции, Австрии в XI-XII веках [103, 152]. Идея обучения слепых и организации для них образовательных учреждений реализовалась лишь в XVIII веке. В период интенсивного экономического роста Д. Дидро, французский педагог В. Гаюи (1745–1822), вдохновленный идеями гуманизма и просвещения, стал основателем первых образовательных учреждений для слепых во Франции, Австрии, Германии и России. Он реализовал на практике мысли пресвященных деятелей эпохи Ренессанса и Просвещения, великих педагогов того времени: Э. Роттердамского (1469–1536) и Я.А. Коменского, которые считали, что формирование характера, мышления и разума человека происходит под воздействием целенаправленного воспитания и созидательного труда [60; 103].

Прогресс признания потенциала обучения детей с нарушениями зрения способствовал разработке первых образовательных методов и совершенствованию форм обучения, которые носили сначала стихийный характер путем вовлечения слепых подростков в трудовую деятельность взрослых (Н.Н. Малофеев).

Одним из первых, значимых результатов реализации педагогических идей стала разработка определенного вида письма в виде выпуклых знаков, предназначенных для тактильного распознавания и чтения (В. Гаюи) слепыми. В дальнейшем в практику обучения были введены учебные материалы, адаптированные для развития осязательного и слухового восприятия, акцент был сделан на развитии аудиальной (слуховой) сферы через устные методы обучения, что позволяло передавать информацию об окружающем мире слепым учащимся, и стало фундаментом для дальнейшего развития образовательных стратегий (Н.Н. Малофеев, Л.И. Фильчикова, Л.В. Фомичева). В практике обучения стали использоваться групповые и индивидуальные формы коррекционно-педагогической работы с детьми разных возрастов. Во многом они определялись национальной системой специального образования и предусматривали обучение трех категорий детей: с нарушением слуха,

зрения и интеллекта. Для детей с нарушениями зрения была выстроена образовательная система специального обучения, разработаны персонализированные учебные программы, которые способствовали не только освоению академических знаний, но и развитию социальных и жизненных навыков [56; 97]. Совершенствование системы обеспечивалось нормативно-правовой базой, регламентирующей организацию специального образования детей с нарушениями зрения и объем ее финансирования [51; 103].

Наряду с расширением сети государственных учреждений, организовывались ассоциации, благотворительные фонды, стимулирующие и контролирующие государственные решения и иницирующие развитие специальных учреждений для детей с нарушениями зрения, работа которых была направлена на коррекционно-педагогические занятия с детьми, начиная с раннего возраста (Н.Н. Малофеев, В.А. Феоктистова).

Система общественного воспитания для детей с нарушением зрения (слепых и слабовидящих, включая детей с косоглазием и амблиопией) от 2 до 7 лет была направлена на гармонизацию психического развития ребенка, использовались новые методы восстановления и развития органа зрения у детей, уделялось внимание не только качеству усвоения обучающимися обычной учебной программы, но и формированию компенсаторных возможностей, активизации работы сохранных анализаторов, а также осуществлялась подготовка воспитанников к обучению в школе [34; 36; 78; 113; 129].

На рубеже XX – XXI в. важное место в педагогическом процессе заняла взаимосвязь коррекционно-воспитательной и лечебно-восстановительной работы, по развитию зрительного восприятия, а также укреплению состояния здоровья в целом. Проводились занятия по активизации чувствительности сохранных анализаторов (слухового, осязательного, обонятельного), стимуляции вестибулярной системы: упражнения, нацеленные на улучшение способностей к самостоятельному перемещению, что способствовало лучшему восприятию и ориентации в пространственных координатах, повышало уверенность ребенка при взаимодействии со сверстниками и объектами окружающего пространства [52; 61; 84; 113; 175]. Коррекционно-педагогическая работа со слабовидящими детьми была направлена на обучение зрительному распознаванию предметов и изображений путем анализа и опознания конкретных характеристик и свойств этих предметов. Этот процесс включал сравнение и соотнесение непосредственного воспринимаемого изображения с

изображением, сохраненным в памяти, идентификацию общих и отличительных признаков, углубление в понимании образа предмета и обозначение его словом (М.И. Земцова, Г.В. Никулина).

Современный этап развития системы образования характеризуется преемственностью общественных и семейных форм воспитания, что отражено в модели оказания ранней психолого-педагогической помощи семье с детьми раннего возраста, в том числе с ограниченными возможностями здоровья [115; 135; 140; 158]. Более 25 лет в России эффективно функционирует единая государственная система ранней педагогической и медико-социально-педагогической поддержки. За эти годы обобщена теоретико-методологическая база и определены условия, способствующие полноценной реализации социальной функции семьи в развитии психологического потенциала детей с ограниченными возможностями здоровья (О.Г. Приходько, Е.А. Стребелева). Система ранней помощи семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, стала самостоятельным направлением образовательной и социальной политики государства [104; 135; 158].

Специалистами созданы психолого-педагогические методики<sup>6</sup>, способствующие оптимизации социальной ситуации развития детей с нарушениями зрения, выявлены наиболее важные аспекты профилактической работы с родителями для сохранения их личностных и трудовых ресурсов. Опубликованы методические пособия по консультированию родителей в отношении разных форм помощи (О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева).

Работа с детьми осуществляется как на базе учреждений системы образования и социальной защиты, так и в условиях семьи [35; 155]. Особым преимуществом является то, что за десятилетия учеными коррекционной педагогики (Е.Б. Айвазян, О.Г. Болдинова, Л.А. Дружинина, В.З. Кантор, Т.П. Кудрина, О.С. Никольская, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова и др.) разработана концепция психолого-педагогического сопровождения и повышения педагогической компетентности родителей детей разных нозологических групп / детей с ОВЗ в образовательном процессе.

---

<sup>6</sup> «Предупреждение в общении матери и слепого младенца» (Кудрина Т.П.); «Беседы с родителями незрячих детей» (Озеров В.Д.); советы родителям по воспитанию детей с нарушениями зрения в книге «Зрение у детей: нормальное и с нарушениями» (Nuuvärinen, L); «Воспитание слепого ребенка раннего возраста в семье» (Michael Brambring).

В некоторых литературных источниках обозначена необходимость комплексной оценки состояния развития ребенка раннего возраста и учет не только степени снижения зрения, но и общего темпа и особенностей психического развития, принимая во внимание общее состояние здоровья детей и объем комплексной медико-психолого-педагогической помощи (Л.А. Дружинина, Л.И. Солнцева, Л.И. Фильчикова и др.).

В основном, в методических пособиях по коррекционно-педагогической работе тифлопедагога с детьми младенческого возраста с нарушениями зрения представлены условия воспитания и обучения с учетом разных функциональных возможностей зрительного анализатора (слепой, слабовидящий), а также специфика организации общения матери со слепым ребенком (Е.Б. Айвазян, Т.П. Кудрина). Ориентиром выбора содержания коррекционно-педагогической работы является возраст ребенка и степень ограничения зрительного восприятия. Результаты анализа данных клинической и психолого-педагогической диагностики становятся основой выбора программы обучения, которая определяется при зачислении ребенка в образовательную организацию. Динамика психического развития слепого и слабовидящего ребенка может быть разной, что определяет дополнительные образовательные задачи для тифлопедагога, в том числе в виде разработки индивидуальной программы воспитания и развития, уточнения методов и приемов коррекционно-педагогической работы. Методические пособия по коррекционно-педагогической работе ориентированы на содержание Федеральной адаптированной образовательной программы дошкольного образования (ФАОП ДО ОВЗ) для слепых и слабовидящих детей (далее – ФАОП ДО<sup>7</sup>). Они используются специалистами при организации коррекционно-педагогической работы тифлопедагога с детьми с нарушениями зрения в службах раннего вмешательства разной ведомственной принадлежности (учреждения образования, социальной защиты) является ФАОП ДО. При реализации образовательного процесса по ФАОП ДО для слепых и слабовидящих детей раннего возраста рекомендуется разрабатывать индивидуальную программу развития на текущий возрастной этап, где особое внимание важно уделить состоянию зрительного восприятия и динамике его совершенствования. У слепых детей первого года жизни компенсаторно-развивающее обучение направлено на формирование потребности в разнообразных впечатлениях и эмоциональном общении во время

---

<sup>7</sup> Приказ Министерства просвещения РФ от 24.11.2022 г. № 1022 «Об утверждении федеральной адаптированной образовательной программы дошкольного образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».



контакта с близкими и посторонними людьми, формирование умения обследовать предметы руками и осуществлять ориентировку в пространстве путем анализа ощущений, полученных с сохранных анализаторов, в том числе тактильного (соматосенсорного) [116; 174]. Со слабовидящими младенцами основными задачами в обучении является формирование контакта взрослого с ребенком «глаза в глаза», зрительного поиска предметов и объектов, находящихся в непосредственной близости, зрительного контроля за действиями рук с предметами [52; 113; 116]. Психолого-педагогическая работа с матерями как слабовидящих, так и слепых детей в документе представлена как отдельное направление деятельности специалиста. Участие матери в реализации содержания обучения в процессе воспитания младенца с нарушениями зрения определяет динамику его психического развития. В связи с чем, дефектолог (тифлопедагог) обязан владеть технологиями специального обучения взрослых и методами психологической поддержки родителей детей с ОВЗ в условиях стационара. Необходимой профессиональной компетентностью коррекционного педагога (тифлопедагога) является умение реализовывать обучение взрослых, что обеспечивает использование специальных развивающих условий и методов обучения, которые обеспечивают возможность психологического взаимодействия ребенка с нарушениями зрения с окружающей средой и близким взрослым, последовательное совершенствование психологических достижений за счет накопления практического опыта [44; 114; 120]. В современной образовательной среде, улучшение профессиональных умений и знаний может быть возможным благодаря внедрению уникальных диагностических и коррекционно-развивающих методик, а также коррекционно-педагогических технологий для развития зрительного восприятия и сохранных видов чувствительности, которые считаются неотъемлемой частью процесса обучения слепого и слабовидящего ребенка. Однако их малое количество, как и знаний о последовательности профессиональной деятельности тифлопедагога в разных институциональных условиях, трудности выбора содержания обучения для детей раннего возраста, в том числе с комплексными нарушениями, указывает на проблему организации педагогического проектирования, которому уделяется все больше внимания в последние годы (Т.Н. Винтаева, М.В. Жигорева, Г.Е. Муравьева, В.Е. Радионов, В.В. Юдин). Одной из проблем разработки содержания коррекционно-педагогической работы является сопоставление данных психолого-педагогического

обследования и клинической информации о состоянии зрительных функций, порядок принятия консолидированного междисциплинарного решения о целях и перспективах комплексной реабилитации и ее педагогической составляющей как части единого целого (В.З. Кантор, Л.М. Кобрин).

В отсутствии методических руководств педагоги вынуждены самостоятельно адаптировать содержание<sup>8</sup>, методы и приемы коррекционно-развивающей работы со слепыми и слабовидящими детьми, интегрировать их как в педагогический, так и в клинический процесс (Л.И. Фильчикова, О.В. Парамей). Популярным стало заимствование содержания обучения из программ, разработанных для детей с ОВЗ дошкольного возраста других психолого-педагогических категорий, что обусловлено их большей разработанностью и результативностью применения содержания на практике, в том числе в медицинском стационаре [22; 30; 70; 120; 121]. Это игры и методики со стройной структурой занятий с младенцами и детьми дошкольного возраста с ОВЗ по развитию отдельных психологических сфер или направленные на социальную адаптацию детей с нарушениями зрения в окружающей среде. Ориентируясь на общее содержание коррекционно-развивающей работы, тифлопедагоги дополняют ее традиционными методами коррекционно-педагогической помощи по совершенствованию зрительного восприятия у слабовидящих детей и формирования тактильной ориентировки и действий с предметами у слепых, а также в ситуации эмоционально-развивающего общения взрослого с ребенком [34; 87; 130; 131; 132].

В настоящее время усилия ученых направлены на разработку моделей и форм внедрения специальных методов и технологий обучения детей с нарушениями зрения в образовательные учреждения с целью их последовательной социализации в среде сверстников на каждой ступени образования (Л.А. Дружинина, М.В. Жигорева, Л.М. Кобрин, О.И. Кукушкина, О.Г. Приходько и др.). Это стало также возможным благодаря расширению нормативно-правовой базы<sup>9</sup>, которая регламентирует организацию образования детей с ОВЗ, начиная с раннего возраста и раскрывает

---

<sup>8</sup> «Система ранней комплексной помощи детям с ОВЗ и их родителям» (Приходько О.Г., Левченко И.Ю.); «Игры и занятия с детьми раннего возраста, имеющими отклонения в психофизическом развитии: Книга для педагогов и родителей» (Стребелева Е.А., Мишина Г.А.); «Программа «Каролина» для младенцев и детей младшего возраста с особыми потребностями» (Nancy M. Johnson-Martin, Kenneth G. Jens, Susan M. Uttermier, Bonnie J. Hacker.); «Мы: общение и игра взрослого с младенцем. Книга для родителей» (Баенская Е.Р., Разенкова Ю.А., Выродова И.А.); «Ранняя психолого-педагогическая помощь семьям и детям с ограниченными возможностями здоровья» (Разенкова Ю.А.).

<sup>9</sup> Федеральный закон № 273-ФЗ от 29.12.2012 г. «Об образовании в Российской Федерации».

понятие «инклюзивное образование» с учетом традиций отечественной дефектологической науки. Новые решения в сфере образования обеспечивают равенство условий с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей обучающихся. В частности, образование детей с нарушениями зрения в инклюзивных группах дошкольных образовательных организаций осуществляется по ФАОП ДО ОВЗ, где отражено содержание коррекционно-педагогической работы и профессиональной деятельности тифлопедагога (О.Г. Болдинова). Принципы, заложенные в основу образовательного процесса, не могут быть полноценно реализованы без соответствующего планирования, а именно педагогического проектирования.

Термин «педагогическое проектирование» в профессиональный лексикон ввел А.С. Макаренко, который подчеркнул его важность как первоначального шага при организации воспитательного процесса [106]. По мнению ряда авторов (В.М. Монахов, Г.Е. Муравьева, В.Е. Радионов) педагогическое проектирование возникает в ответ на комплекс противоречий, обнаруживаемых в образовательной среде, и служит соединяющим звеном для преодоления несоответствия между текущими образовательными потребностями и культурно-историческими вызовами [106; 109; 138]. Эти противоречия охватывают расхождение между динамично меняющимися социокультурными условиями и устоявшейся структурой образовательных систем, а также между реально создаваемыми образовательными условиями и необходимыми для удовлетворения (особых) образовательных потребностей детей [24; 71; 156; 185]. В этом контексте, проектирование выступает как критически важный элемент в процессе педагогической работы, который учитывает весь спектр вызовов и стремится к формированию оптимальной образовательной среды. Среди ученых в области методологии и теории социально-педагогических исследований В.В. Юдин указывает, что в большинстве современных методик изложение педагогического проектирования сосредоточено лишь на методах преподавания, игнорируя взаимодействие педагога с ребенком, а также пренебрегая педагогическими принципами, подчеркивающими то, что результаты обучения зависят от образовательных возможностей обучающихся и выбранных стратегий образования [185].

В литературных источниках отмечается, что проектирование педагогической системы – это сложная многоступенчатая деятельность [44; 109; 185]. Она требует

разработки унифицированной образовательной модели для коррекционного педагога (тифлопедагога), включающей методы и приемы игрового взаимодействия взрослого с ребенком, алгоритм действий, служащих средством для осознанного изменения в профессиональной деятельности специалиста, переосмысление перехода от устаревших подходов к инновациям, подчеркивая изменение приоритетов. Решение этого вопроса заключается в видоизменении, дополнении образовательной системы, внедрении новых подходов в проектирование программы коррекционно-педагогической работы детей с ограниченными возможностями здоровья, в частности, с нарушениями зрения.

Задачи педагогического проектирования часто основываются на трех ключевых направлениях: социально-педагогическом, психолого-педагогическом, а также непосредственно педагогическом [24; 138]. Эти задачи не только разрабатываются через социокультурные, индивидуальные, и специфические педагогические аспекты, но также предполагают различные стратегии, которые, включают в себя поэтапные перемещения между разными уровнями и подходами [138]. Так, педагогический процесс реализуется как ряд последовательно следующих друг за другом этапов, приближая разработку предстоящей деятельности от общей идеи к детально описанным конкретным действиям: этап педагогического моделирования; педагогическое проектирование; педагогическое конструирование [109; 138; 185].

На *этапе педагогического моделирования* определяется общий порядок действий коррекционного педагога (тифлопедагога) для достижения намеченных образовательных целей с учетом имеющихся фактов и условий. Учитываются сведения о состоянии здоровья ребенка, а именно, работе центральной нервной системы (степени поражения), патология органа зрения (учет этиопатогенеза и результатов наблюдения и/или лечения офтальмологом) [125; 170; 171]. Вместе с тем, учитывается опыт применения дефектологом (тифлопедагогом) коррекционно-педагогических технологий, оценка психического развития и зрительной чувствительности при разных функциональных возможностях зрительного анализатора у слабовидящих детей с разной степенью слабовидения (тяжелой, средней, слабой), объем информации, полученной с контактных и дистантных каналов восприятия у слепых (тотально слепой, слепой со светоощущением, слепой с остаточным зрением), социальные сведения о семье [97; 112; 171].

Разработка программы обучения и ее содержание зависят от последовательного ряда действий, которые выполняет специалист. На *этапе педагогического проектирования* осуществляется дальнейшая разработка созданной образовательной модели и доведение ее до уровня возможного практического использования. Педагогическое проектирование основывается на совокупности неразрывных составляющих: клинико-педагогических сведениях о ребенке и социальных данных о семье. На этом этапе происходит преобразование педагогической идеи в практике учебно-воспитательного процесса и организации предметно-игровой среды [24; 134; 137; 174].

*Проектирование педагогического процесса* и выбор содержания обучения определяется на основании результатов психолого-педагогического обследования о зоне ближайшего развития ребенка в зрелых линиях развития, и реализуется с учетом логической последовательности действий специалиста [18; 36; 87; 118; 129; 153; 174]. Согласно позиции отечественных ученых (Т.Н. Винтаева, М.И. Земцова, А.Г. Литвак, В.Е. Радионов, Л.И. Фильчикова, В.В. Юдин и др.) педагогическое проектирование представляет собой логику планирования профессиональной деятельности педагога на основании научных фактов и закономерностей психического развития ребенка и степени зрелости зрительного восприятия при разных функциональных возможностях зрительного анализатора (слепые и слабовидящие), имеющемся педагогическом опыте специалиста для достижения намеченной педагогической цели. В связи с чем, основополагающим в работе дефектолога (тифлопедагога) является изучение вариантов психического развития младенцев с нарушениями зрения, возможности развития зрительного анализатора и сенсорной чувствительности, поиск обходных путей для формирования компенсаторных механизмов в условиях комплексной реабилитации. Предполагается, что в профессиональном поле специалист выполняет обязанности по следующим видам деятельности: гностической (профессиональные знания; поиск содержания, методов; эмоционально-развивающее взаимодействие с ребенком); коммуникативной (реализация естественной и необходимой потребности эмоционально-доверительного контакта «ребенок-взрослый», «педагог-родители»); организаторской (включение ребенка в различные виды активности, создание предметно-развивающей среды). Современная педагогическая наука ориентирует учителя-дефектолога на владение такой

полифункциональной компетентностью как планирование и реализация педагогической деятельности с учетом существующих целостных взаимосвязей между отдельными явлениями и процессами, оказывающими на нее непосредственное влияние, что позволяет прогнозировать логику и порядок изменений содержания и организации обучения с учетом динамических изменений в психическом развитии ребенка и окружающей его социальной ситуации.

Заключительным этапом является *педагогическое конструирование*, которое предполагает реализацию теоретических подходов в условиях практики. На этом этапе происходит дальнейшая детализация созданного проекта, приближающая его к реализации в конкретных социокультурных и педагогических условиях [24; 109; 134; 137; 174; 185].

В настоящее время особая потребность практики связана с описанием особых образовательных потребностей детей с нарушениями зрения, критериев и механизмов дифференциации содержания коррекционно-педагогической помощи по развитию сенсорной чувствительности на ранних этапах онтогенеза. Необходима разработка последовательных действий тифлопедагога в комплексной реабилитации младенцев с нарушениями зрения. Эта информация включает в себя данные о здоровье и психическом развитии детей, опыт работы педагога и отношение родителей к воспитанию ребенка, методы и разработку содержания образования, технические и организационные аспекты процесса обучения.

Педагогический процесс требует создания интегрированной системы, основывающейся на комплексном подходе, включающем медицинское и психолого-педагогическое моделирование с разьяснением алгоритма действий дефектолога (тифлопедагога) в взаимодействии с ребенком и родителями. Основу проектирования коррекционно-развивающего обучения детей с нарушениями зрения должны составить инновационные методы и передовые достижения в области образования, направленные на положительные динамические изменения в психическом развитии, зрительном восприятии у слабовидящих и формировании компенсаторных механизмов у слепых детей, которые могут быть интегрированы в программу комплексной реабилитации. Реализация методических задач коррекционно-педагогической работы с семьей младенца с нарушениями зрения должна осуществляться в первую очередь в здравоохранении, так как новорожденный с патологией органа зрения пребывает определенное время в

стационаре и включение в комплексную реабилитацию коррекционно-педагогической помощи является необходимым [21; 60; 75; 141; 156; 182].

Возможность выявления нарушений зрения у детей первых месяцев жизни, понимание родителями значимости раннего педагогического воздействия в развитии детской психики подтверждает эффективность реализации содержания психолого-педагогической помощи семье ребенка с ОВЗ одновременно с медицинской составляющей, там, где это удобно родителям и максимально эффективно для психического развития ребенка. Известно, что наиболее регулярно родители детей младенческого возраста с нарушениями зрения имеют возможность получать консультацию специалистов в учреждениях здравоохранения, где восстанавливается здоровье и функциональные возможности зрительного анализатора ребенка (Е.П. Бомбардинова, М.А. Басаргина, С.А. Валиуллина, О.В. Парамей, М.С. Петрачкова, Э.И. Сайдашева, А.П. Фисенко и др.). Улучшение функционирования органа зрения ребенка происходит во время лечения в медицинском стационаре. В последующем за счет реализации комплекса восстановительных мероприятий наблюдаются изменения или стабилизация функционирования зрительной системы, что определяет выбор содержания программы обучения исходя из динамики зрительного восприятия, качества психологических достижений и способа познания окружающей среды. Отсутствие коррекционно-педагогической помощи семье ребенка в медицинской организации, нередко приводит к тому, что впервые специальные технологии обучения применяются лишь при обращении родителей на консультацию в ПМПК для зачисления ребенка в образовательную организацию, что чаще всего происходит в начале дошкольного возраста (М.Э. Вернадская, Д.М. Маллаев, Л.Б. Осипова, Парамей О.В., Е.Н. Подколзина, Л.И. Фильчикова).

Сложившаяся ситуация требует определения научно-обоснованных подходов и порядка проектирования образовательного процесса, отражающих современные тенденции в развитии образования младенцев с нарушениями зрения. Практика специальной педагогической помощи должна быть обеспечена алгоритмами деятельности педагога-дефектолога с семьей ребенка младенческого возраста с нарушениями зрения; механизмами межведомственного взаимодействия медицинской и психолого-педагогической службы; границами профессиональной деятельности каждого специалиста, восстанавливающего физическое и психическое здоровья ребенка

младенческого и раннего возраста с разными функциональными возможностями зрительного анализатора. Это будет способствовать быстрому внедрению в практику общей модели коррекционно-педагогической работы, позволяющей увидеть преимущество традиционных и инновационных подходов, тенденций изменения приоритетов.

Таким образом, благодаря результатам многолетних научных исследований в области коррекционной педагогики наблюдается значительный прогресс в сфере обучения детей с нарушениями зрения. За последние 20 лет созданы образовательные программы, направленные на развитие компенсаторных механизмов и активизацию сохранных каналов восприятия у слепых, а также на совершенствование зрительного восприятия у слабовидящих детей. В сфере специального образования утверждена программа дошкольной подготовки для удовлетворения особых образовательных потребностей детей с нарушениями зрения, подготовке слабовидящих к овладению навыком письма и развитию тактильной чувствительности для овладения слепыми детьми специальным рельефно-точечным шрифтом.

На современном этапе в системе специального образования наблюдается интеграция общественной и семейной моделей воспитания. Специалистами создаются психолого-педагогические методики, способствующие оптимизации социальной ситуации развития детей с нарушениями зрения, выявляются наиболее важные аспекты профилактической работы с родителями для сохранения их личностных и трудовых ресурсов. Однако дефицит методической поддержки и ориентиров для организации педагогического процесса с младенцами с нарушениями зрения в комплексной реабилитации создают определенные препятствия для эффективного междисциплинарного взаимодействия.

Вместе с тем, отсутствие структуры профессиональных действий тифлопедагога в междисциплинарной команде становится основанием для разработки и адаптации новых методик и подходов к коррекционно-педагогической помощи в условиях медицинского стационара и семейного воспитания, обоснованию алгоритма проектирования коррекционно-педагогической работы с детьми первого года жизни с нарушениями зрения.



## Выводы

1. В первом полугодии жизни формируются психофизические связи и все структурные элементы зрительной системы ребенка, развивается чувствительность к визуальному воздействию, что указывает на обоснованность дополнения программы реабилитации (абилитации) детей с нарушениями зрения содержанием коррекционно-педагогической работы.

2. Учеными в области коррекционной педагогики доказано, что эмоциональное взаимодействие взрослого с ребенком и целенаправленное, специальным образом организованное, обучение представляет собой социальные условия, способствующие психическому развитию, в результате чего формируются новые психологические достижения и уровни познания, характерные для данного возраста.

3. В Российской Федерации интенсивно развивается система ранней педагогической и медико-социально-педагогической поддержки, которая осуществляется на базе учреждений образования и здравоохранения, а также в условиях семьи.

4. Профессиональная деятельность специалистов коррекционно-педагогического профиля подробно изложена для образовательной организации. Однако реализация программы комплексной реабилитации ребенка в стационаре требует разработки алгоритма деятельности тифлопедагога, проведения диагностики психического развития с учетом состояния здоровья и степени поражения зрительного анализатора, а также выбора содержания коррекционно-педагогической работы с младенцами, описания технологии преемственности в коррекционной работе офтальмолога и коррекционного педагога.

5. Традиционный подход к распределению детей в группы «слепые» и «слабовидящие» не обеспечивает тифлопедагога данными о состоянии зрительной чувствительности и восприятия у детей в возрасте до 1 года. Это затрудняет разработку содержания коррекционно-педагогической помощи по развитию зрительного восприятия и компенсаторных механизмов у младенцев на ранних этапах онтогенеза, с одной стороны. С другой стороны, свидетельствует о насущной потребности создания психолого-педагогической методики по оценке степени зрелости зрительной чувствительности у младенцев с патологией органа зрения.

6. Программу комплексной реабилитации важно дополнить содержанием коррекционно-педагогической работы тифлопедагога с семьей ребенка с нарушением зрения. Для этого необходимо научно обосновать содержание и разработать процедуру проектирования коррекционно-педагогической работы по совершенствованию сенсорной чувствительности и зрительного восприятия у младенцев с нарушениями зрения, а также организацию обучения родителей созданию специальных условий и использования приемов для развития психических возможностей и восприятия у ребенка в домашних условиях.

7. Имеющиеся методические трудности по организации своевременной коррекционно-педагогической помощи младенцам с нарушениями зрения в возрастной период наивысшей чувствительности к внешнему развивающему воздействию – первого года жизни вне образовательной организации – стали основанием для формулировки замысла настоящего исследования – проектирование и реализация содержания коррекционно-педагогической работы с детьми первого года жизни с нарушениями зрения в комплексной реабилитации (абилитации).

## ГЛАВА 2. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ МЛАДЕНЦЕВ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ (КОНСТАТИРУЮЩИЙ ЭТАП ИССЛЕДОВАНИЯ)

### 2.1. Теоретические основы клинико-психолого-педагогического изучения младенцев с нарушениями зрения

Методологическую основу констатирующей части исследования составили концепции ученых о закономерностях психического развития детей, а также факторах и условиях, влияющих на этот процесс [8; 27; 29; 100; 160].

В качестве исходного было выбрано положение об этапности онтогенетического развития высшей нервной деятельности в раннем детстве (В.М. Бехтерев, Б.Н. Колосовский, Н.И. Красногорский, Н.М. Мещеряков, И.П. Павлов). Известно, что нейронные связи при рождении еще не полностью сформированы. Обоняние и вкус, важны для безопасности и жизнедеятельности и особенно развиты у новорожденного. Зачатки звуковых ощущений формируются в пренатальном периоде благодаря близкому расположению к центрам головного мозга. Информация из внешней среды активизирует работу обоняния и слуха (Л.О. Бадалян, Б.В. Лебедев). Биологический механизм связывает слух с вестибулярным аппаратом и координацией движений. Единство этого биологического механизма определяет возможность формирования целостной функциональной системы, связывающей слух с вестибулярным аппаратом и системой координации движений (М.Ю. Кистяковская). Особое значение для новорожденного имеют движения рук, т.к. они являются одним из средств познания окружающей среды и присвоения социального опыта. Под воздействием раздражителя младенец учится различать ощущения: прикосновения, температуру, вибрацию, боль [2]. Значительно больше информации ребенок может получать через зрительный анализатор, однако, его физиологическая зрелость не совершенна вплоть до 6 месяцев жизни, т.е. этот постнатальный период имеет определяющее значение для развития зрительной чувствительности [39; 149; 151; 170].

Первое полугодие является ключевым в формировании зрительной перцепции (зрительных ощущений) ребенка, характеризуется разным уровнем зрительной чувствительности и реакций **на зрительные стимулы, особенно лицо матери** [151;

169]. С участием различных видов рецепции, у детей закладывается основа ощущений, чувственный образ действительности, происходит преобразование «онтогенеза восприятия» (Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов, В.С. Тюхтин). Ответные реакции младенца на внешнее воздействие являются отражением накопленного чувственного опыта и характеризуют уровень познавательного развития. Интенсивная сенсорная стимуляция может активизировать работу анализаторов, и позволяет получить разнообразный сенсорный опыт за счет направленного внешнего воздействия [6; 20; 86]. Эта взаимосвязь представляет собой психофизиологическую основу становления механизмов компенсации у детей с нарушениями зрения, выработки защитных, более сложных психологических связей (А.Г. Литвак, И.С. Моргулис, В.С. Сверлов). Взрослый обеспечивает не только психологическую безопасность и осуществляет эмоциональный контакт с ребенком, но и способствует, в первую очередь, становлению обходных путей для формирования основных психических функций, при нарушении какой-либо из сенсорных систем, в частности зрительной (Л.С. Выготский, А.Г. Литвак).

С психическим развитием тесно связана категория возраста, что легло в основу положения о неравномерности психического развития и значимости каждого возрастного периода в развитии личности ребенка (Л.И. Божович, А.В. Запорожец, Д.Ю. Эльконин). Психическое развитие включает в себя ряд последовательно и закономерно сменяющихся друг друга этапов, не всегда совпадающих с временными промежутками, и рассматривается как процесс качественного преобразования психологических взаимоотношений ребенка с внешним миром. Оно зависит от динамики формирования центральных линий развития (новообразований), характерных для определенного психологического периода развития. Именно самостоятельный способ психологического взаимодействия ребенка со средой является актуальным уровнем психического развития, а ответные реакции (действия) ребенка, которые фиксируются под руководством взрослого, являются зоной ближайшего развития и «... в ближайшей стадии развития могут переместиться на уровень реального умственного развития ребенка» (Л.С. Выготский.).

В качестве одной из задач исследования стало изучение особенностей психического развития младенцев с нарушениями зрения и выявления критериев распределения в группы (варианты) психического развития на ранних этапах онтогенеза. Психолого-педагогическая диагностика психического развития младенцев с

нарушениями зрения была направлена на выявление актуальных и потенциальных психологических достижений возраста, а также на оценку функциональных возможностей зрительного анализатора.

Опираясь на методические подходы, изложенные в констатирующей части исследования, были сформулированы цель и задачи констатирующего этапа исследования.

**Целью констатирующего этапа** исследования стала разработка технологии психолого-педагогического обследования для выявления актуальных и потенциальных психологических достижений младенцев первых месяцев жизни при ранней зрительной депривации.

Достижение цели констатирующего этапа исследования стало возможным благодаря решению следующих задач:

1. Проанализировать медицинские данные о состоянии здоровья и этиологии нарушений зрения у детей младенческого возраста.

2. Провести адаптацию методики и подбор игрового инструментария для психолого-педагогического обследования детей с нарушениями зрения первых месяцев жизни.

3. Оценить зрелость зрительной чувствительности отдельно от других линий психического развития и последствия влияния первичного нарушения (дефекта) в виде патологии органа зрения на процесс восприятия.

4. Выявить биологические и психологические корреляции, позволяющие осуществить классификацию младенцев с нарушениями зрения и установить варианты психического развития.

5. Представить клинико-психолого-педагогические характеристики различных вариантов психического развития младенцев с нарушениями зрения.

Все вышеизложенное определило структуру, подходы и методики, используемые для анализа состояния степени зрелости зрительных реакций младенцев с нарушениями зрения и других линий психического развития.

## 2.2. Организация, методы и методики обследования детей с нарушениями зрения

Экспериментальная работа проводилась в 2015 – 2017 гг. в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Министерства здравоохранения РФ (отделение патологии новорожденных и детей раннего детского возраста с соматической реабилитацией; консультативно-диагностический центр), и в ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Министерства здравоохранения РФ (отдел патологии глаз у детей). В констатирующем эксперименте приняли участие 207 детей первых 3-х месяцев жизни со зрительными нарушениями, из них 114 (55%) мальчиков и 93 (44,9%) девочки.

**Методы и методики** использованные в процессе обследования: изучение анамнестических сведений и результатов заключений офтальмолога, отбор детей младенческого возраста; наблюдение за взаимодействием матери и ребенка; психолого-педагогическое обследование по методике диагностики нервно-психического развития (авторов Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт, Центральный Институт усовершенствования врачей РМАПОМ РФ, 1996 год); специальные диагностические пробы для оценки степени зрелости чувствительности обонятельного и тактильного анализаторов (Н.М. Щелованов.); стимулы повышенной и высокой интенсивности по каждой пробе (12); беседа и полузакрытое анкетирование «Оценка педагогической позиции матери младенца с нарушениями зрения в отношении воспитания»; анализ и статистическая обработка данных ( $\chi^2$  Крамера; «F-критерий Фишера»; «критерий Уилкоксона» («критерий Манна-Уитни»); Краскела-Уоллиса).

Для оценки качества идентификации параметров, выявления факторов и классификации в группы развития в рамках статистического анализа был проведен констатирующий эксперимент, результаты которого были обработаны с помощью разных методов, включая перечисленные выше методы математической статистики.

С целью измерения силы связи между определенными (категориальными) полями использовался метод  $\chi^2$  Крамера (Г. Крамер). Величина эффекта указывала на статистическую значимость, а также слабый, умеренный или сильный результат связи значений между собой.

С помощью метода «критерий Фишера» (Е.В. Гублер) стала возможным оценка достоверности различий между необходимыми процентными долями двух выборок (элементов) по частоте встречаемости определенного показателя (значения).

Возрастание показателя указывало на достоверные различия.

При помощи непараметрического статистического теста «критерий Уилкоксона» или здесь же «критерий Манна-Уитни» (автор – Уилкоксон Ф.) проводилась проверка различий между двумя выборками парных или независимых (величин) измерений по уровню какого-либо количественного признака, измеренного в непрерывной или порядковой шкале.

Односторонний дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса (У. Краскел, А. Уоллис) использовался для проверки равенства медиан нескольких выборок.

При **изучении анамнеза** проводился анализ выписок из родильных домов и историй болезни младенцев «отделения патологии новорожденных и детей раннего детского возраста с соматической реабилитацией» (ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ) и «отдела патологии глаз у детей» (ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» МЗ РФ). Кроме того, учитывались сведения об акушерско-гинекологическом анамнезе: от какой беременности и какой по счету ребенок в семье; как протекала настоящая беременность и роды (осложнения); срок гестации, масса тела и длина ребенка при рождении; тяжесть состояния ребенка при рождении (шкала Apgar и Silverman); особенности течения раннего неонатального периода; данные объективных методов исследования; заключения специалистов медицинского профиля.

В ходе **беседы** с родителями уточняли круг проблем, связанных с уходом, воспитанием и организацией развивающих условий для ребенка; их восприятие и отношение к отклонениям в здоровье ребенка (зрительному диагнозу младенца); условия воспитания в семье, созданные для младенца; желание и готовность участвовать в реализации содержания коррекционно-педагогической помощи ребенку совместно со специалистом-дефектологом.

**Анкетирование** было направлено на выявление понимания родителями психофизического развития младенца, что позволило дополнить медико-социальные сведения. Бланк анкеты «Педагогическая позиция матери в отношении воспитания младенца с нарушениями зрения» (Приложение А, бланк 1).

**Наблюдение** за поведением и эмоциональным состоянием младенцев проводилось во время кормления, бодрствования и сна. Целью метода являлось определение частоты ориентировочных и поведенческих реакций, их интенсивности с учетом условий, в которых они проявляются, как они возникают и исчезают.

Фиксировались индивидуальные ответы ребенка на воздействие окружающей среды. Взрослый являлся инициатором и организатором эмоционального общения и социального взаимодействия младенца с окружающей средой. Ответные мимические проявления ребенка на речевые обращения взрослого, улыбка младенца, звуки гуления, любая социальная активность позволяли оценить его коммуникативное поведение по отношению к близкому взрослому. Сведения о социальном взаимодействии ребенка с близким взрослым специалист получал в ходе наблюдения за процессом общения и кормления ребенка матерью, данные дополнялись информацией, полученной в беседе с родителями.

**Психолого-педагогическое обследование** младенцев проводилось по методике Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт (Центральный Институт усовершенствования врачей РМАПОМ РФ, 1996 год) с использованием инструментария обычной интенсивности воздействия. Данная методика позволила изучить ориентировочные реакции и поведение младенца с нарушениями зрения в линиях психического развития (зрительные и слуховые ориентировочные реакции, эмоции и социальное поведение, активную речь, движения общие и действия рук), выявить актуальный уровень и степень отставания нервно-психического развития от возрастного норматива. Для его оценки использовались следующие варианты, представленные в методике:

- при отставании на 1-2 эпикризных срока психическое развитие соответствовало «легкому отставанию»;
- показатели ниже возрастного норматива на 3-4 эпикризных срока характеризовались как «отставание психического развития».

Для более интенсивного воздействия на воспринимающие рецепторы зрительного и других анализаторов, а также регистрации психологических ответов потенциальных психологических достижений (зоны ближайшего развития), методика психолого-педагогического обследования Э.Л. Фрухт была дополнена специальными диагностическими пробами для оценки ориентировочных реакций обонятельного и тактильного анализаторов. Обонятельная проба позволяла вызывать и оценивать характер поведения и двигательной активности младенца при появлении в непосредственной близости знакомых обонятельных стимулов. При помощи тактильной пробы можно было оценить ответную реакцию руки на фактурный предмет,



возможность раскрыть ладонь при его прикосновении, захватить. Каждая проба была дополнена стимулами повышенной и высокой интенсивности (подсвечивание/яркий источник света со звуковым сопровождением, насыщенный контрастный цвет; громкий звук (бубен), шероховатая игрушка и т.п.), что обеспечивало возможность фиксации безусловно-рефлекторного ответа на раздражитель при достаточной психологической зрелости ребенка, а также степень сложности ориентировочных реакций, относящихся к «зоне ближайшего развития». Информация по адаптации методики Э.Л. Фрухт дополнительными пробами и стимулами повышенной и высокой интенсивности воздействия представлена в Приложение А, бланк 2 и бланк 3.

**Анализ и статистическая обработка данных** представляет собой обобщение индивидуальной психолого-педагогической документации ребенка, включено в «Карту развития младенца с нарушениями зрения» и содержит/отражает следующие сведения: паспортную характеристику; данные акушерско-гинекологического анамнеза; сведения о применении методов реанимации и интенсивной терапии в родильном доме, осложнения и исход; оценку соматического состояния с учетом результатов лабораторных и инструментальных исследований; заключения специалистов (офтальмолога, невропатолога, педиатра (неонатолога), генетика, отоларинголога и др.); сведения о функциональном состоянии органов и систем; результаты беседы с родителями; результаты анкетирования родителей; результаты наблюдения за поведением младенцев; результаты психолого-педагогического обследования; результаты статистических методов исследования: «V Крамера»; «F-критерий Фишера»; «критерий Уилкоксона» («критерий Манна-Уитни»); «Краскела-Уоллиса». Статистическая информация представлена в бланке «Карта развития младенца с нарушениями зрения» (Приложение А, бланк 4).

**Критерии включения детей в экспериментальное изучение:** возраст 90–110 дней жизни; нарушение зрения любой этиологии и степени тяжести; сохранная слуховая функция (по результатам аудиологического скрининга) и низкий риск формирования неврологического заболевания (в том числе ДЦП). Все дети с применением различных методов прошли стандартное обследование слуха в роддоме или поликлинике. Итоги обследования были подтверждены аудиологическими сведениями, отражающими сохранность слуховой функции (*звукосприятие*). Осмотр врача-невролога с оценкой развития различных функций, в том числе рефлекторной сферы, мышечного тонуса и

динамики развития двигательных навыков, послужил основанием для медицинского заключения о низком риске формирования неврологического заболевания у детей (в том числе ДЦП).

Контроль состояния здоровья осуществлялся согласно Приказу Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012 г. № 1346н<sup>10</sup>.

**Констатирующий этап** реализовывался следующим образом. Знакомство дефектолога с семьей (как правило, матерью ребенка) происходило в условиях палаты медицинского стационара, в часы, когда младенец спал. Специалист в заранее согласованное с лечащим-врачом и матерью время беседовал с ней в течение 10–20 мин. Результаты беседы заносились в бланк («Карту развития младенца с нарушениями зрения»). В ходе беседы дефектолог предлагал матери заполнить бланк анкеты и разъяснял необходимые детали. Она могла заполнить анкету в удобные для нее часы, не нарушая режима дня ребенка. Анкета возвращалась педагогу-дефектологу в согласованное заранее время встречи.

Наблюдение за поведением ребенка в течение 10–15 минут проводилось в условиях палаты медицинского стационара. Педагог изучал поведение младенца в детской кроватке, просил мать поменять местоположение ребенка и разместить на пеленальном столе, выполнить обычную гигиеническую процедуру, подержать на руках и пообщаться. Результаты наблюдения фиксировались в бланке «Карты развития младенца с нарушениями зрения».

Психолого-педагогическое обследование осуществлялось в строго отведенное время, которое указывал лечащий врач. Оно совпадало с временем бодрствования младенца, не препятствовало проведению медицинских процедур и возможных реабилитационных мероприятий в стационаре.

Диагностический осмотр дефектолога реализовывался в спокойной обстановке в присутствии матери или другого близкого взрослого (в редких случаях), в утреннее время, до или после кормления (спустя 1 час после него) ребенка, за 15 минут до инстилляции (закапывания) глазных капель или по истечении 60 минут. Помещение для обследования было светлым и теплым (палата или специальная игровая комната с пеленальным столом и мягкой зоной). Общее время обследования, включая паузы между диагностическими пробами по каждой диагностической линии, занимало 7–10 минут.

---

<sup>10</sup> Приказ «О Порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» – Зарегистрирован Министерством юстиции РФ 02.04.2013 г. № 27961 (следующий закон 10.08.2017 – вступил в силу 01.01.2018г).

Задания методики предъявлялись последовательно. В бланке обследования фиксировали возраст, название линии развития, наименование показателя, порядковый номер, краткое описание ситуации и способа проверки, а также два психологических ответа ребенка: *первый*, который получен при выполнении заданий методики за счет воздействия стимулов обычной интенсивности; *второй*, полученный при воздействии стимулов повышенной и высокой интенсивности. Психологический ответ на воздействие стимулов обычной интенсивности расценивался и обозначался как актуальное психологическое достижение ребенка. Психологический ответ на воздействие стимулов повышенной и высокой интенсивности расценивался и обозначался как потенциальные психические возможности (зона ближайшего развития) ребенка. Если ребенок не выполнял, соответствующие его паспортному возрасту задания методики, ему предлагались задания предыдущего возраста до регистрации положительного ответа. В бланке «Карта развития младенца с нарушениями зрения» фиксировался результат каждой диагностической пробы, соответствующей определенному возрасту, и отмечался знаками «+» и «-», то есть расценивался как *выполнен* или *не выполнен*. Дополнительно указывался возрастной норматив (10 дн., 20 дн., 1 мес., 2 мес., 3 мес. жизни), который продемонстрировал ребенок при обследовании, а также степень отставания от паспортного возраста в виде эпикризных сроков (от 1 до 4; 5 сроков).

Сочетание традиционных и специальных диагностических заданий сделало возможным объективизацию данных за счет двукратной регистрации, а также выявление актуальных и потенциальных психологических достижений возраста в основных линиях психического развития. Эти данные могли быть использованы для распределения детей в варианты психического развития, и, что более важно, для определения содержания, методов и приемов психолого-педагогической помощи на текущем этапе психического развития ребенка с нарушениями зрения.

### **2.3. Результаты анализа данных изучения психического развития младенцев с нарушениями зрения (констатирующий этап исследования)**

Анализ медико-психолого-педагогической информации показал, что состояние 207 детей при рождении и в период младенчества было различным. Доношенными родилось 36 (17,3%) младенцев, при этом раньше срока родился 171 (82,6%) ребенок.

Вне зависимости от срока рождения вес новорожденных был разным: с малой и низкой массой тела (от 1501 до 2500 г.) – 146 (85,3%) малышей; очень низкой и экстремально низкой массой тела (от 850 до 1500 г.) родилось 25 (14,6%) младенцев. Количество детей с легкими последствиями перинатальной патологии составило 36 (17,3%), у 146 (85,3%) детей наблюдались последствия перинатальной патологии средней степени тяжести и для 25 (14,6%) детей были характерны последствия перинатальной патологии тяжелой степени. Врачами-офтальмологами были установлены следующие диагнозы:

– у 54 детей (26%) – врожденная патология зрительного анализатора (аномалии рефракции, помутнение роговицы, аниридия, колобома радужки, стафилома роговицы, врожденная катаракта, врожденная глаукома, подвывих хрусталика, нистагм, частичная атрофия зрительного нерва (ЧАЗН), отслойка сетчатки, X-сцепленный ретиношизис и др.);

– у 29 (14%) детей: воспалительные заболевания глаз (в том числе увеит), хориоретинит и др.;

– у 17 (8,2%) детей: новообразования глаза и орбиты (ретинобластома, гемангиома и др.);

– у 55 (26,5%) детей: ретинопатия недоношенных и ретинальные сосудистые изменения.

Отдельную группу зрительных заболеваний составляла сочетанная офтальмопатология, выявившаяся у 49 (23,6%) младенцев.

Среди младенцев, рожденных на разных гестационных сроках и с наличием последствий перинатальной патологии разной степени тяжести в виде сопутствующих функциональных или органических нарушений органов и систем организма, особого внимания заслуживали 8 (3,8%) детей, у которых течение офтальмологической патологии сочеталось с генетическими заболеваниями, как синдром Дауна (2 ребенка); синдром множественных врожденных пороков развития (МВПР) (2 ребенка); болезнь Крисвика-Скепенса (семейная экссудативная витреоретинопатия) (1 ребенок); синдром Аксенфельда-Ригера (1 ребенок); наследственными дистрофиями сетчатки – болезнь Норри (1 ребенок), болезнь Беста (1 ребенок). У детей с генетической патологией были выявлены следующие зрительные диагнозы: помутнение роговицы, подвывих хрусталика, ЧАЗН, ретинопатия недоношенных 3 стадии, отслойка сетчатки, а также сочетанная зрительная патология.

В ходе комплексного медицинского обследования, в том числе с применением современных методов инструментальной диагностики у 207 детей были обнаружены нарушения в работе органов и систем (Приложение А, таблица 1).

Представим более подробную клиническую характеристику состояния здоровья **36 (17,3%) детей** с нарушениями зрения, рожденных доношенными с легким гипоксическим или ишемическим поражением ЦНС. Так, у 36 младенцев (17,3%) с легкими последствиями перинатальной патологии имели место следующие офтальмологические заболевания: у 5 (2,4%) детей – дакриоцистит, конъюнктивит, хориоретинит, халязион; у 16 (7,7%) малышей – аномалии рефракции, амблиопия, врожденная катаракта, врожденная глаукома, помутнение роговицы, подвывих хрусталика, ЧАЗН; у 11 (5,3%) детей – ретинобластома; у 4 (1,9%) малышей – сочетанная офтальмопатология.

Состояние среднего и тяжелого гипоксически-ишемического поражения ЦНС вследствие отрицательного влияния патологии беременности и родовой деятельности, наблюдалось у 171 (82,6%) ребенка, рожденных на разных сроках гестации.

Так, с массой тела от 1501 до 2500 г. родилось **146 (85,3%) младенцев**, из них 16 (7,7%) детей были доношенные. После рождения все они нуждались в стабилизации жизнедеятельности и из родильного зала были направлены в отделение патологии новорожденных и детей раннего детского возраста с соматической реабилитацией. В первые месяцы жизни у детей были установлены следующие офтальмологические заболевания. У 20 (9,6%) детей: дакриоцистит, хориоретинит, блефарит, халязион; у 38 (18,3%) малышей: аномалии рефракции, амблиопия, косоглазие, врожденная катаракта, врожденная глаукома, помутнение роговицы, подвывих хрусталика, ЧАЗН, отслойка сетчатки; у 5 (2,4%) детей: ретинобластома; у 51 (24,6%) ребенка: ретинопатия недоношенных 3, 4 стадии; у 32 (15,4%) малышей: сочетанная офтальмопатология.

В тяжелом состоянии, раньше срока с низкой массой тела – от 850 до 1500 г., родились **25 (14,6%) детей**. Младенцы с первых секунд жизни до 1 месяца находились в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Примерно в возрасте 30 дней они в среднетяжелом состоянии были переведены на второй этап выхаживания, где проходили дальнейшее лечение и реабилитацию. У младенцев были выявлены следующие офтальмологические патологии. У 4 (1,9%) детей: конъюнктивит, хориоретинит; у 3 (1,4%) малышей: врожденная глаукома, помутнение роговицы,

подвывих хрусталика, ЧАЗН, отслойка сетчатки; у 1 (0,4%) ребенка: ретинобластома; у 4 (1,9%) детей: ретинопатия недоношенных 4, 5 стадии; у 13 (6,2%) малышей: сочетанная офтальмопатология.

Для изучения причины нарушений здоровья и болезней органа зрения нами был уточнен и изучен общий клинический анамнез матери. Возраст родителей был различен: от 20 до 30 лет – 38 (18,3%); от 31 до 40 лет – 108 (52,1%); от 41 до 50 лет – 12 (5,7%). Всего было выявлено 49 (23,6%) здоровых родителей. Состояние здоровья 158 (76,3%) матерей было отягощено соматическими болезнями (пиелонефрит, холецистит, проблемы в работе ЖКТ, ВСД, остеохондроз). По характеру наследственных заболеваний лишь у 16 (7,7%) родителей имела место наследственная патология, приводящая к инвалидизирующим состояниям, что определило характер нарушения зрения у детей – врожденные зрительные нарушения. В целом отягощенный соматический и офтальмологический анамнез был установлен у 57 (27,5%) матерей.

Метод **беседы** с родителями позволил определить проблемы семьи, связанные с уходом и воспитанием ребенка с офтальмологическим заболеванием и последствиями перинатальной патологии в домашних условиях, а также уточнить позицию в отношении воспитания ребенка и применения коррекционно-педагогических технологий. Практически все матери замечали снижение или ограничение зрительных возможностей ребенка, особенности поведения во время общения с ним, низкий интерес или безразличие к зрительным стимулам, в том числе ярким игрушкам, несоответствие физического развития стандартным значениям.

Точно формулировали и нуждались в помощи по организации взаимодействия с ребенком 84 (40,5%) матери, которые жаловались на трудности ухода за ребенком. Наибольшие сложности у матерей возникали с успокоением ребенка при изменении его положения тела в пространстве, придании им удобной позы во время кормления и удержания на руках. Также отмечались трудности организации режима дня, низкая активность детей в период бодрствования, сглаженные мимические проявления. Родители были склонны создавать ту позу, которая была предпочтительней для малыша, даже если она осложняла процесс кормления и общения. Тем самым, матерями закреплялись патологические привычки, а именно: физиологически неверное положение тела ребенка на руках взрослого и на твердой поверхности. Трудности распознавания физиологических и психологических потребностей младенцев (в питании, сне и т.п.)

приводили к длительному поиску причины и увеличению продолжительности плача ребенка, нарастанию возбуждения и трудностям успокоения. Все это вызывало чувство неуверенности в собственной компетентности в роли родителя, не позволяло осуществить положительный эмоциональный контакт с ребенком и обеспечить удовлетворение потребности в комфорте и безопасности.

У остальных 123 опрошенных (59,4%) родительское мастерство было развито, т.к. они имели опыт воспитания ребенка и достаточно уверенно проявляли заботу и справлялись с физиологическими потребностями младенца.

При прогрессирующем заболевании органа зрения, которое имело место у 46 (22,2%) детей, родители сами запрашивали и демонстрировали потребность в консультации педагога-дефектолога. Особую заинтересованность высказывали слепые родители (6 – 2,8% человек) детей с нарушениями зрения в связи с неуверенностью в своей состоятельности в роли родителя и пониманием значимости специального обучения в развитии осязания и ориентировки ребенка в пространстве. В ходе беседы они делились своими волнениями и переживаниями в отношении болезни младенца, прогноза будущего, качества жизни и трудностей социальной адаптации. Матери задавали вопросы в отношении воспитания и реализации содержания индивидуальной программы развития, их действий для повышения качества жизни ребенка. Низкую заинтересованность в отношении включения коррекционно-педагогических технологий в процесс воспитания ребенка в семье демонстрировала 161 (77,7%) мама, что было обусловлено офтальмологическим диагнозом ребенка. У всех детей, согласно заключениям офтальмолога, имел место благоприятный прогноз в виде постепенного совершенствования зрительных функций за счет применения современных методов лечения и хирургической коррекции. В связи с этим, родители связывали свои надежды и направляли родительские усилия на организацию лечения и овладение методами ухода и выполнения медицинских процедур, важности развивающего воздействия внешних раздражителей и создания специальных педагогических условий для активизации психического развития и совершенствования восприятия они не осознавали.

Подтверждением данных беседы стали **результаты анкетирования** родителей. Так, в 100% случаев отмечалось внимательное отношение родителей к поведению

ребенка, состоянию его здоровья, готовность выполнять рекомендации врачей, соблюдать охранный режим для глаз (Приложение А, таблица 2).

Анализ ответов родителей педагогического блока анкеты обнаружил несколько важных фактов. Так, все семьи выражали желание узнать источник или причину болезни, получить рекомендации врача-офтальмолога, педиатра, невролога по дальнейшей тактике лечения и наблюдению за ребенком. В 191 (92,2%) случае родители проявляли желание познакомиться с методами ухода за младенцем, общения, игры, а также с организацией игрового пространства. Отмечалась включенность родителей в построение режима дня новорожденного, готовность наблюдать за его поведением и желание отмечать даже небольшие изменения в его развитии. Матери могли содержательно представить информацию о поведении своего ребенка, рассказать о его первых предпочтениях, привычках во время засыпания или бодрствования, отношении к новым и традиционным режимным моментам, связанных с пеленанием, купанием, кормлением, а также предпочтение запахов (особенно знакомых ароматов) и т.п. Иные результаты анкетирования наблюдались в 16 (7,7%) случаях, отмечалось безразличие матерей к вопросам обучения и воспитания ребенка, ответы носили формальный характер, или вовсе оставались незаполненными. Обобщение данных анкетирования и беседы показало разную степень понимания необходимости и готовности применения содержания и методов коррекционно-педагогического обучения в процессе воспитания ребенка в семье. Родители детей с тяжелыми прогрессирующими офтальмологическими заболеваниями воспринимали специальное обучение как средство развития зрительного восприятия, в связи с чем высказывали заинтересованность в овладении специальными знаниями по воспитанию и обучению ребенка с высоким риском слепоты. Для родителей младенцев с непрогрессирующими офтальмологическими заболеваниями и положительной перспективой совершенствования зрительного восприятия, медицинские методы реабилитации были более значимы для восстановления здоровья, чем технологии специального обучения. Недостаточная осведомленность о роли специального обучения в развитии сенсорной чувствительности и формирования механизмов компенсации у младенцев с нарушениями зрения в первом полугодии жизни требует разработки содержания и формы работы с родителями в медицинском стационаре в целях педагогического просвещения и формирования приверженности к применению педагогических рекомендаций в процессе воспитания ребенка в семье.



Результаты анализа данных, полученных с помощью эмпирических методов исследования, дополнили сведения об особенностях психического развития младенцев с офтальмологической патологией различной этиологии и степени тяжести.

Для изучения негативного влияния первичного нарушения в виде ограничения зрительного восприятия на процесс психического развития младенцев с нарушениями зрения анализ результатов психолого-педагогического обследования «зрительных ориентировочных реакций» был осуществлен отдельно от других линий развития («слуховые ориентировочные реакции», «движения общие», «движения руки», «подготовительные этапы развития активной речи», «эмоции и социальное поведение», «обоняние и ориентировочные реакции»). Это позволило составить психолого-педагогическую характеристику степени зрелости зрительных ощущений и восприятия, соответственно сопоставить эту психолого-педагогическую информацию с состоянием общего психического развития.

При регистрации положительного ответа в линии **«зрительные ориентировочные реакции»**, согласно степени его сложности и показателю возрастного норматива, дети были распределены в пять групп: поиск, устойчивое прослеживание и зрительная фиксация; устойчивая фиксация на визуальном стимуле; мгновенное (кратковременное) сосредоточение на визуальном стимуле; зрачковая реакция на свет и мгновенная остановка взора; отсутствие мгновенного сосредоточения на визуальном стимуле (отсутствие зрачковой реакции на свет). Закономерно, что в первые месяцы жизни у детей с нарушениями зрения не удалось зафиксировать, соответствующего возрасту показателя в данной линии психического развития – предметное зрение в виде устойчивой фиксации, обследования взглядом и прослеживанием за визуальным стимулом.

Наиболее зрелые зрительно-ориентировочные реакции в виде **устойчивого сосредоточения, поиска и прослеживания** были выявлены у 12 (5,7%) детей, при воздействии визуальными стимулами обычной интенсивности, что являлось актуальным достижением возраста и соответствовало показателям 2-х месяцев жизни. При предъявлении стимулов высокой интенсивности (световое подкрепление) у всех детей, без исключения, сосредоточение становилось более длительным и удавалось наблюдать плавное прослеживание за движущимся объектом и его зрительное изучение. Реакция прослеживания может рассматриваться как зона ближайшего развития, соответствующая

показателю следующего периода, т.е. 3-м месяцам, т.к. была вызвана стимулом высокой интенсивности. Отставание зрительно-ориентировочных реакций от возрастного норматива составило 1 эпикризный срок (э.с.). Согласно клиническим данным по ограничению и патологии зрительных функций постнатального периода 3 (1,4%) детей имели врожденную катаракту; 2 (0,9%) детей – врожденную глаукому; 3 (1,4%) ребенка – аномалии рефракции в виде миопии, гиперметропии, астигматизма; 3 (1,4%) ребенка – различные воспалительные заболевания глаз; 1 (0,4%) ребенок имел ретинобластому.

Зрительно-ориентировочные реакции в виде **продолжительной фиксации взгляда на объекте и попытками (малой амплитудой) прослеживания** были зафиксированы у 51 (24,6%) ребенка, проявлялись при воздействии визуальных стимулов обычной интенсивности, что являлось актуальным достижением возраста и соответствовало показателям 1 месяца жизни, т.е. отставание от возрастного норматива составило 2 э.с. Применение стимулов высокой интенсивности позволило увеличить продолжительность фиксации взора, его амплитуду и сделать более плавным прослеживание у 47 (22,7%) детей, т.е. выявить зону ближайшего развития, равную показателям 2-х месяцев жизни. Согласно клиническим данным по ограничению и патологии зрительных функций постнатального периода 14 (6,7%) детей имели врожденную катаракту; 12 (5,7%) малышей – врожденную глаукому; 8 (3,8%) детей – ретинобластому; у 4-х (1,9%) малышей отмечались ЧАЗН и нистагм; у 3 (1,4%) детей – ретинопатия недоношенных 1-2 стадии; у 11 (5,3%) детей – сочетанная не прогрессирующая офтальмопатология.

**Кратковременное сосредоточение взгляда на объекте** при предъявлении визуальных стимулов обычной интенсивности, соответствующее показателям 20 дней жизни, отмечалось у 72 (34,7%) детей. Согласно зрительно-ориентировочным реакциям, вызванных стимулом обычной интенсивности, отставание от возрастного норматива составило 3 э.с. Предъявление стимулов высокой интенсивности сделало фиксацию более продолжительной, равной показателю 1 месяца жизни лишь у 41 (19,8%) ребенка, что расценивается как «зона ближайшего развития». Согласно клиническим данным по ограничению и патологии зрительных функций постнатального периода у 20 (9,6%) детей отмечались различные заболевания: врожденная катаракта, врожденная глаукома; у 3 (1,4%) малышей – ретинобластома; у 3 (1,4%) детей – хориоретинит; у 13 (6,2%)

детей – ретинопатия недоношенных 2, 3 стадии; у 10 (4,8%) детей – другие патологии сетчатки; у 23 (11,1%) детей – сочетанная офтальмопатология различного генеза.

**Зрачковая реакция на свет с мгновенной остановкой взора** возникала только при предъявлении визуального стимула средней интенсивности (игрушка насыщенного цвета с повышенным звучанием) под определенным углом, что являлось актуальным достижением возраста и соответствовало показателям 10 дней жизни, у детей четвертой группы, в которую вошли 52 (25,1%) ребенка. Отставание зрительно-ориентировочных реакций от возрастного норматива составляло 4 э.с. Применение стимулов высокой интенсивности (световое подкрепление) позволяло вызвать у 14 (6,7%) детей кратковременную фиксацию взгляда, т.е. показатель 20 дней жизни. Согласно клиническим данным по ограничению и патологии зрительных функций постнатального периода 1 (0,4%) младенец имел воспалительные заболевания глаз; у 3 (1,4%) детей – врожденная катаракта; 2 (0,9%) детей – ЧАЗН; у 5 (2,4%) малышей – врожденная глаукома; 2 (0,9%) ребенка – срастание роговицы и радужки; у 1 (0,4%) ребенка – ретинобластома; у 15 (7,2%) детей – ретинопатия недоношенных 2, 3 ст.; 3 (1,4%) малышей – другие патологии сетчатки; 20 (9,6%) детей – сочетанная офтальмопатология различного генеза.

**Отсутствие зрачковой реакции на свет** имело место у 20 (9,6%) детей. Согласно клиническим данным по патологии зрительных функций постнатального периода и органической патологии зрительных функций внутриутробного генеза 6 (2,8%) детей имели врожденные изолированные аномалии развития (анофтальм в составе генетической патологии; аномалии переднего сегмента глаза; колобома сосудистой оболочки; наследственные дистрофии сетчатки); 5 (2,4%) малышей – ретинопатию недоношенных 4, 5 стадии; 9 (4,3%) детей – сочетанную офтальмопатологию прогрессирующего течения.

Психолого-педагогическая характеристика зрительной чувствительности у младенцев с нарушениями зрения представлена на графике «Степень зрелости зрительной чувствительности у детей» (Приложение А, рисунок 1), а также на графике «Актуальные и потенциальные возможности зрительной чувствительности у детей» при предъявлении стимулов обычной и высокой интенсивности (Приложение А, рисунок 2).

Степень зрелости зрительной чувствительности младенцев с нарушениями зрения была выбрана в качестве критерия для распределения детей в традиционные для отечественной тифлопедагогики группы «слепой» и «слабовидящий». В возрасте 3-х месяцев наиболее зрелыми психологическими достижениями являлись фиксация и прослеживание взглядом за объектом, которые были характерны для большинства младенцев с нарушениями зрения – 115 (55,5%) детей. Все они были отнесены к группе «слабовидящие». В случае наличия зрачковой реакции на свет и мгновенной остановки взора, а также при отсутствии зрачковой реакции на свет, дети были отнесены к группе «слепых», что выявлено у 72 (34,7%) детей с нарушениями зрения.

Статистическая обработка результатов с помощью показателя Ви-Крамера, позволила установить, что значительная незрелость или отсутствие зрительной чувствительности в виде «зрачковой реакции на свет с мгновенной остановкой взора» и «отсутствием зрачковой реакции» вызваны прогрессирующими офтальмологическими заболеваниями, а более зрелая зрительная чувствительность от «кратковременной фиксации взгляда» до «устойчивого прослеживания» наблюдается при других непрогрессирующих, более легких формах офтальмологической патологии (Ви Крамера = 0,525 и  $\gamma = -0,74$ ).

Распределение детей в группы «слепые» и «слабовидящие» на основании психолого-педагогических данных основывалось на информации о степени зрелости зрительной чувствительности младенцев, что позволяло определить содержание коррекционно-педагогической работы. Так, при слабовидении уточнить содержание по развитию зрительной чувствительности; при слепоте – по развитию чувствительности сохранных анализаторов как основы механизмов компенсации. С другой стороны, учитывались клинические данные о функционировании зрительного анализатора и показатели, которыми пользуются врачи-офтальмологи при распределении детей по таким же категориям («слепые» и «слабовидящие») для принятия решения относительно тактики лечения и реабилитации, что облегчало междисциплинарный диалог [40;193].

Для выявления фактора, влияющего на степень зрелости зрительной чувствительности, нами в ходе исследования были сопоставлены офтальмологические диагнозы и данные психолого-педагогического обследования зрительной чувствительности у детей.

С целью оценки степени зрелости других линий развития, исключая зрение, нами были обобщены данные психолого-педагогического обследования «слуховых ориентировочных реакций», «обонятельных ориентировочных реакций», «движений общих», «движений руки», «эмоций и социального поведения», «подготовительные этапы развития речи». Статистическая обработка результатов показала отсутствие связи степени зрелости зрительной чувствительности и степени зрелости психологических показателей в других линиях развития.

При анализе данных о состоянии развития слуха и обоняния, была обнаружена однородность показателей, в связи с чем, результаты будут представлены в обобщенном виде, как и распределение детей в группы развития по степени зрелости слуховой и обонятельной чувствительности. Сходство результатов объясняется тем, что центр слухового и обонятельного анализаторов располагаются в головном мозге в височной доле, т.е. любые изменения, происходящие в этой области, взаимосвязаны и характеризуются сходством.

**Устойчивое сосредоточение, поиск акустического и обонятельного стимула наблюдались** у 58 (28%) детей. Они совершали поисковые движения головы и поворот в сторону стимула обычной интенсивности (звук погремушки 35 дб.; запах молока или смеси из емкости), что являлось актуальным достижением возраста, соответствующим показателю 2-х месяцев жизни, с отставанием на 1 э.с. Предъявление стимулов повышенной и высокой интенсивности (звук погремушки 60 дб.; анисовая вода, светящаяся игрушка с громким звуком) позволяло вызвать поиск у всех детей и поворот головы в сторону стимула, принюхивание и прислушивание, что соответствовало психологическим умениям 3-х месяцев жизни и было отнесено к «зоне ближайшего развития». Детей с зрелой слухо-обонятельной чувствительностью было в 4,8 раза больше, чем детей аналогичной степенью зрелости зрительной чувствительности: 12 (5,7%) детей.

**Кратковременные поисковые движения головы** после двигательного сосредоточения на акустическом или обонятельном стимуле демонстрировали 67 (32,3%) детей, что являлось актуальным достижением возраста, соответствующим показателю 1-го месяца жизни, с отставанием на 2 э.с. Применение стимулов высокой интенсивности (звук погремушки 60 дб; анисовая вода) повышало слуховые и обонятельные ориентировочные реакции 56 (27%) детей, что проявлялось в более

быстром обнаружении объекта поворотом головы в его сторону и соответствовало показателю 2-х месяцев в виде «зоны ближайшего развития». Количество детей с данной степенью зрелости слухо-обонятельных ответов оказалось в 1,3 раза больше, чем с аналогичной зрительной чувствительностью: 51 (24,6%) ребенок.

**Кратковременное двигательное сосредоточение** при предъявлении слухо-обонятельного стимула было зафиксировано у 65 (31,4%) детей. Все они на мгновение замирали при предъявлении стимулов обычной интенсивности (звук погремушки 35 дБ; емкость с молоком), что соответствовало актуальным достижениям возраста и показателю 20 дней жизни, с отставанием на 3 э.с. Применение стимулов повышенной интенсивности показало, что 29 (14%) детей демонстрировали длительное сосредоточение и редко наблюдаемые кратковременные поисковые движения головой, что определяло зону ближайшего развития, т.е. показатель 1 месяца. Число детей с данной степенью зрелости слухо-обонятельных ответов практически равно числу детей с аналогичной степенью зрелости зрительной чувствительности: 72 (34,7%) ребенка.

**Мгновенное сосредоточение** при предъявлении слухо-обонятельных стимулов наблюдалось у 17 (8,2%) детей. Данная реакция соответствовала показателю 10 дней жизни и отставание составило 4 э.с. Применение стимулов высокой интенсивности у небольшого количества 9 (4,3%) детей улучшало качество реакций и делало ее более продолжительной, что соответствовало показателю 20 дней и относилось к «зоне ближайшего развития». Такая низкая зрелость слухо-обонятельной чувствительности была выявлена в 3,6 раза реже, чем аналогичная степень зрелости зрительной чувствительности: 62 (30,9%) ребенка (Приложение А, рисунок 3).

При анализе степени зрелости движений общих было обнаружено сходство результатов с теми, что получены в линии «слухо-обонятельные реакции», в связи с чем дети распределились в четыре группы развития.

**Устойчивое сосредоточение и поисковые движения** наблюдались у 47 (22,7%) детей, которые непродолжительно приподнимали голову и совершали поисковые движения, затормаживая движения рук и ног, как на руках у взрослого, так и на поверхности пеленальника, что соответствовало актуальным достижениям возраста и показателю 2-х месяцев жизни, с отставанием на 1 э.с. При создании условий с применением стимулов высокой интенсивности (светящаяся, звуковая игрушка) у всех

детей можно было вызвать поиск и поворот головы в сторону стимула, длительное сосредоточение, что соответствовало психологическим умениям 3-х месяцев жизни и было отнесено к «зоне ближайшего развития».

**Кратковременные поисковые движения** наблюдались у 83 (40%) детей, которые могли принять удобную позу на поверхности пеленальника или на руках взрослого, поднять и кратковременно удержать голову при воздействии стимулов обычной интенсивности, что соответствовало актуальным психологическим достижениям 1 месяца с разницей в отставании на 2 э.с. Воздействие стимулов высокой интенсивности увеличило длительность удержания головы и вызвало попытки выполнения поисковых движений, т.е. показатель 2-х месяцев в виде «зоны ближайшего развития» у 52 (25,1%) детей.

**Кратковременное двигательное сосредоточение** выявлено у 58 (28%) детей, которые принимали удобную позу на руках у матери и твердой горизонтальной поверхности, однако быстро теряли контроль положения и принимали положение «лягушки». Такая степень зрелости движений указана в возрасте 20 дней, т.е. отставание от возрастного норматива составило 3 э.с. Воздействие стимулов высокой интенсивности у 26 (12,5%) детей увеличивало длительность удержания положения тела и угол подъема головы вверх, что соответствовало показателю 1 месяца. Данный результат рассматривался как «зона ближайшего развития».

**Мгновенное двигательное сосредоточение** имело место у 19 (9,1%) детей, чьи психологические достижения соответствовали показателю 10 дней, с отставанием на 4 э.с. Психологические достижения проявлялись в крайне непродолжительном удержании позы и головы на руках у матери или поверхности пеленальника, отсутствием поисковых движений головы во время кормления. Предъявление стимулов высокой интенсивности улучшило качество двигательных ответов, они достигли показателя 20 дней только у 8 (3,8%) детей, что свидетельствовало о наличии «зоны ближайшего развития» (Приложение А, рисунок 4).

Степень зрелости эмоциональных и социальных ответов детей совпадала с теми, что были выявлены при оценки слухо-обонятельной чувствительности и движений общих. В соответствии степени зрелости эмоций и социального поведения дети распределились в четыре группы.

**Устойчивое сосредоточение и поиск взрослого** как выражение психологической потребности взаимодействия с ним наблюдались у 45 (21,7%) детей, которые при воздействии стимулов обычной интенсивности сосредотачивались на лице взрослого, реагировали на тактильный контакт одновременно с акустическим (голос матери) улыбкой, непроизвольно в состоянии комфорта после кормления издавали звуки гуления, что соответствовало показателю 2-х месяцев, с отставанием на 1 э.с. Предъявление стимулов высокой интенсивности (дополнительное подсвечивание лица взрослого, выделение губ яркой помадой) у 31 (14,9%) ребенка вызывало двигательную активность и улыбку, что можно было охарактеризовать как несовершенный, формирующийся «комплекс оживления», который обозначен в показателе 3-х месяцев и представляет собой «зону ближайшего развития».

**Кратковременный поиск** и потребность в психологическом взаимодействии со взрослым зафиксировано у 82 (39,6%) детей, которые при появлении взрослого в поле зрения, отвечали сосредоточением и поисковыми движениями глазных яблок, поворотами головы с небольшой амплитудой, изменением мимики: сосредоточение, улыбка на эмоциональное обращение. Данная форма поведения соответствует показателю 1 месяца, т.е. отставание от возрастного норматива составило 2 э.с. Воздействие стимулов высокой интенсивности (дополнительное подсвечивание лица взрослого, выделение губ яркой помадой) увеличивало продолжительность сосредоточения, усиливало проявление эмоций и двигательную активность, способствовало возникновению звуков гуления, что соответствовало показателю 2-х месяцев, характеризующих наличие «зоны ближайшего развития» у 56 (27%) детей.

**Кратковременное изменение поведения и эмоциональный ответ** на тактильное, речевое и эмоциональное взаимодействие со взрослым отмечалось у 60 (28,9%) детей. Младенцы демонстрировали замирание, непродолжительную двигательную активность, изменение мимики, что соответствовало 20 дням жизни с отставанием на 3 э.с. Воздействие стимулов высокой интенсивности (дополнительное подсвечивание лица взрослого, выделение губ яркой помадой) у 21 (10,1%) ребенка позволило повысить двигательную активность и вызвать мимику удивления, что соответствовало показателю 1 месяца. Такой результат был отнесен к «зоне ближайшего развития».



**Мгновенное двигательное сосредоточение и изменение мимики** имело место у 20 (9,6%) детей, что соответствует показателю 10 дней с отставанием психической активности от возрастного норматива на 4 э.с. Предъявление стимулов высокой интенсивности (дополнительное подсвечивание лица взрослого, выделение губ яркой помадой) улучшило качество эмоциональных ответов только у 7 (3,3%) детей, и они достигли показателя 20 дней, что свидетельствовало о наличии у них «зоны ближайшего развития» (Приложение А, рисунок 5).

В ходе психолого-педагогического обследования не было обнаружено детей с «отсутствием слухо-обонятельного сосредоточения», «отсутствием двигательных ответов» и «отсутствием эмоциональных ответов». Это объясняется сохранными функциональными возможностями слухового анализатора, подтвержденными в ходе аудиологического тестирования. Сохранность двигательного анализатора объясняется тем, что дети с болезнями опорно-двигательного аппарата в исследование включены не были. Зрелость эмоциональных проявлений, в большей степени, является результатом ответов, полученных с других, более совершенных анализаторов (слухо-обонятельного и двигательного). Следует отметить, что относительно зрелые слухо-обонятельные, двигательные и эмоциональные реакции были выявлены у 125 (60,3%) детей, а менее зрелые – у 63 (30,3%) младенцев. Данное распределение детей по степени зрелости психологических ответов прямо противоположно результатам, полученным при оценке зрительных реакций.

Иное распределение детей в группы развития было получено при анализе показателей в линии «движения рук» и «подготовительные этапы развития активной речи». Обе эти линии имели пять степеней зрелости, что по количеству совпадало с распределением детей в группы по степени зрелости зрительной чувствительности. Однако распределение и численность детей в группах было иным, т.к. степень зрелости этих двух психологических линий у детей не совпадала со степенью зрелости зрительной чувствительности, слухо-обонятельной чувствительности, движений, эмоциональных и социальных ответов.

**Устойчивое сосредоточение и поисковые движения рук** зафиксированы у 17 (8,2%) детей, которые совершали руками изолированные движения в период бодрствования, поднимали их над грудью, совершали попытки захвата пеленки, что равнялись показателю 2-х месяцев с отставанием на 1 э.с. Предъявление стимула

высокой интенсивности (подсвеченная фактурная погремушка с громким звуком 65 дБ) вызывало зрительное сосредоточение, направленные движения рук в ее сторону, а также раскрытие кулачка при контакте игрушки с поверхностью руки, кратковременное удержание и движение руки из стороны в сторону с предметом у 13 (6,2%) детей. Данное поведение является «зоной ближайшего развития» движений рук и соответствует показателю 3-х месяцев. Детей с достаточно зрелыми ответами движений рук было в 3-4 раза меньше, чем детей с аналогичным уровнем зрелости двигательных, слухобонятельных, эмоциональных ответов и примерно одинаковое, как и детей с таким же уровнем зрелости зрительных ответов: 45 (22%) – другие линии и 12 (5,7%) – зрительная чувствительность соответственно.

**Кратковременные поисковые движения рук** выявлены у 59 (28,5%) детей, которые при появлении стимула обычной интенсивности в поле зрения или его прикосновения к кулачку реагировали усилением двигательной активности ребенка, подъемом рук вверх, без попыток направления рук в сторону звукового или зрительного стимула, а также на тактильный контакт игрушки с рукой, что соответствовало показателю 1 месяца с отставанием на 1 э.с. При внешней стимуляции у 30 (14,4%) детей движения рук становились более активными, совершался захват предмета при вложении его в руку, что являлось «зоной ближайшего развития», которая соответствовала показателю 2-х месяцев.

**Кратковременные изолированные движения рук** наблюдались у 92 (44,4%) детей, которые при воздействии стимула обычной интенсивности, несколько раз совершали подъем вверх без направления в сторону предмета, после чего опускались и лежали неподвижно. Эти психологические достижения равнялись показателю 20 дней с отставанием на 3 э.с. Применение стимулов высокой интенсивности увеличило продолжительность двигательной активности рук у 43 (20,7%) детей, т.е. «зона ближайшего развития» соответствовала показателю 1 месяца.

**Мгновенные изолированные движения рук**, соответствующие показателю 10 дней и с отставанием на 4 э.с., выявлены у 29 (14%) детей. При применении стимулов обычной интенсивности у детей возникала непродолжительная двигательная активность и изолированные движения пальчиков, поднятие руки от поверхности пеленальника. При использовании стимулов высокой интенсивности у 14 (6,7%) детей спонтанная двигательная активность, число поднятий рук с небольшой амплитудой увеличивались,

что указывало на наличие «зоны ближайшего развития», соответствующей показателю 20 дней.

**Отсутствие изолированных движений рук** даже при воздействии стимулов высокой интенсивности было обнаружено у 10 (4,8%) детей, которые имели аналогичную степень зрелости других линий развития, в том числе зрительной чувствительности. Прикосновение игрушкой высокой интенсивности воздействия к внешней поверхности руки вызывало всего у 7 (3,3%) детей изменения поведения и снижение тонуса, небольшое раскрытие кулачка за счет движений пальцев, изменение мимики лица, затормаживание движений. Интерпретация данного результата в методике не указана. Показатель ниже 10 дней и отставание было расценено как 5 э.с. (Приложение А, рисунок б).

Схожие результаты были получены при анализе показателей линии «подготовительные этапы развития активной речи» (речь).

**Устойчивый эмоциональный ответ и попытки голосового взаимодействия** наблюдались у 19 (9,1%) детей, что проявлялось непродолжительными звуками гуления (а, у, и, о) и звукокомплексами (агу, агы). Психологическая активность соответствовала показателю 2-х месяцев с отставанием от возрастного норматива 1 э.с. Дополнительная сенсорная стимуляция в виде подсвечивания лица взрослого, выделение губ яркой помадой у 8 (3,8%) младенцев позволяло зафиксировать модулированные звуки гуления (ам, тль, пль), интонационно окрашенный крик, что соответствовало показателю 3-х месяцев и свидетельствовало о наличии у этих детей «зоны ближайшего развития». Детей с достаточно зрелыми ответами в линии «речь» было в 3 раза меньше, чем детей с аналогичным уровнем зрелости двигательных, слухо-обонятельных, эмоциональных ответов.

**Кратковременные и редкие попытки голосового взаимодействия** выявлены у 57 (27,5%) младенцев, которые на эмоциональное общение взрослого непроизвольно издавали звуки (гы, кхы), кряхтение, переходящее в жалобный плач, что соответствовало показателю 1 месяца и отставание составило 2 э.с. Дополнительное сенсорное воздействие усиливало речевую активность, что позволяло наблюдать однократно звукокомплексы (агу, агы), т.е. маломодулированное гуление, соответствующее показателю 2-х месяцев в виде «зоны ближайшего развития» у 17 (8,2%) детей.

**Кратковременная речевая активность** имела место у 89 (42,9%) детей. Они после кормления в состоянии комфорта на руках у близкого взрослого непродолжительное время непроизвольно произносили звукокомплексы из гласных («у-а, э-э, а-й»), которые достаточно быстро угасали. Речевая активность соответствовала показателю 20 дней, с отставанием на 3 э.с. Сенсорная стимуляция увеличивала речевую активность у 14 (6,78%) детей, что проявлялось в виде звуков (гы, кхы). Готовность артикуляционного аппарата к произнесению согласных соответствует показателю 1 месяца и указывает на наличие «зоны ближайшего развития».

**Мгновенно истощающаяся речевая активность** замечена у 28 (13,5%) младенцев с голосовыми реакциями новорожденных (кашель, чихание, зевание, кряхтение) и лишь редко возникающими отдельными звуками при сосании, что соответствовало показателю 10 дней и отставанию на 4 э.с. Дополнительная сенсорная стимуляция позволяла наблюдать речевую активность более часто и продолжительно лишь у 5 (2,4%) детей, что свидетельствовало о наличии у них «зоны ближайшего развития», соответствующую показателю 20 дней.

**Отсутствие отдельных звуков** в ситуации комфорта и дискомфорта характерно для 14 (6,7%) детей. Их поведение во время внешнего воздействия и в ходе эмоционально-развивающего общения взрослого не менялось. В ситуации дискомфорта у них возникал слабо модулированный плач и на лице гримаса боли, недовольства, в ситуации комфорта мимика была спокойной и речевых звуков, голосовых реакций зафиксировать не удалось. Такой характер голосовых ответов в методике (Э.Л. Фрухт) не указан. Показатель ниже 10 дней и отставание было расценено как 5 э.с. После дополнительного сенсорного воздействия: дуновение, поглаживание лица, шеи, массаж губ и щек, у 9 (4,3%) детей отмечалось изменение мимики и позы тела. Охарактеризовать эти проявления как «зону ближайшего развития» не представляется возможным, а собственно речевую активность детей данной группы можно определить как отражающую физическое состояние или самочувствие (Приложение А, рисунок 7).

Обобщение данных о степени зрелости «движений рук» и «речи» позволило распределить детей в две большие группы. Первая группа – с относительно зрелыми «движениями рук» и «речи» у 75 (36,2%) детей. Вторая группа – с незрелыми «движениями рук» и «речи» у 132 (63,7%) ребенка. Статистическая обработка клинико-психолого-педагогических данных подтвердила связь степени зрелости «движений рук»,

«речи» и тяжести последствий перинатальной патологии. Относительно зрелые «движения рук» и «речи» имели место у детей с легкими и среднетяжелыми последствиями перинатальной патологии и относительно зрелыми зрительными реакциями.

Можно предположить, что разница в проявлениях между недостаточной зрительной чувствительностью и движениями руки указывает на то, что при отсутствии зрительного опыта дети с нарушениями зрения не могут своевременно направлять руки к предмету. В трудах тифлопедагогов показано, что недостаток зрительных ощущений ребенка приводит к торможению его познавательной активности в виде направленных движений рук к предмету, и в итоге постепенному угасанию активных движений рук (М.И. Земцова, А.И. Зотов, А.Г. Литвак, Л.И. Солнцева, С.М. Хорош и др.). В результате чего младенцы не начинают своевременно использовать руку как средство познания и освоения социального опыта, не овладевают социальными возможностями руки. Развитию движений рук у младенцев с нарушениями зрения должно быть уделено особое внимание при организации ранней коррекционно-педагогической помощи.

Для понимания причины значительного отставания уровня зрелости психологических ответов в основных линиях развития, исключая зрительную чувствительность, от показателей норматива нами была проведена статистическая обработка результатов психолого-педагогического обследования и клинических данных о состоянии здоровья детей. Она подтвердила связь степени зрелости психической активности в основных линиях развития и последствий перинатальной патологии (достоверная связь  $p < 0,001$  точный критерий Фишера). Чем тяжелее последствия перинатального поражения, тем больше отставание показателя психического развития психологической сферы от возрастного норматива. При легких последствиях перинатальной патологии показатели психического развития более совершенные. Наблюдается прямая зависимость между неврологическим статусом ребенка и уровнем психического развития. Менее зрелые психологические показатели основных линий развития обнаружены у 50,8% детей с **тяжелыми последствиями перинатальной патологии**, более зрелые психологические показатели имели 46,6% детей с **легкими и среднетяжелыми последствиями перинатальной патологии** (достоверная связь  $p < 0,001$  точный критерий Фишера).

В соответствии со степенью зрелости психологических показателей в основных

линиях развития младенцы первого полугодия жизни с различными нарушениями зрения могут быть объединены в 2 группы психического развития, с разницей показателей в линиях развития не более чем на 1-2 эпикризных срока.

При распределении детей в группы психического развития мы ориентировались на наиболее зрелые психологические достижения возраста в основных линиях развития: слухового и обонятельного анализатора, а также двигательной и эмоциональной сферах.

Следует отметить, что не удалось выявить у младенцев с нарушениями зрения, показателей, соответствующих психологическому возрасту 3-х месяцев в виде: поиска, прослеживания и зрительной фиксации; поиска акустического и обонятельного стимула поворотом головы; длительного удержания позы и головы; захвата игрушки и кратковременного ее удержания; улыбки при появлении взрослого, ответных модулированных звуков гуления (мам, ам, тль, пль) в ответ на ласковое речевое обращение с применением стимулов обычной интенсивности.

Наиболее часто, психическое развитие реализуется с «легким отставанием» психологических достижений от возрастного норматива на 1-2 э.с. В этом случае оно характеризуется поисковым способом взаимодействия детей со взрослым и поведением при воздействии сенсорных стимулов. Данный вариант психического развития имели 125 (60,3%) детей, из которых 92 (44,4%) младенца относились к группе «слабовидящих» с кратковременной и устойчивой зрительной фиксацией и зрительным прослеживанием, 33 (15,9%) ребенка – к группе «слепых» с отсутствием и наличием зрачковой реакцией на свет с мгновенной остановкой взора. В вариант «отставание психического развития» вошли 82 (39,6%) младенца с несоответствием показателей психического развития возрастному нормативу на 3-4 э.с. и реакцией сосредоточения при взаимодействии с ними близкого взрослого или воздействия сенсорных стимулов, из которых 43 (52,4%) ребенка относились к группе «слабовидящих» с кратковременной зрительной фиксацией и 39 (18,8%) детей – к группе «слепых» с отсутствием и наличием зрачковой реакцией на свет с мгновенной остановкой взора (Приложение А, рисунок 8).

Далее представим клинико-психолого-педагогическую характеристику каждого варианта психического развития более подробно (Приложение А, рисунок 9).

**При «легком отставании психического развития»** у детей с разными зрительными возможностями отмечалось устойчивое прослеживание за предметом

и лицом взрослого (12 – 9,6% детей); устойчивая зрительная фиксация на объекте (44 – 35,2% ребенка); кратковременная зрительная фиксация на объекте (36 – 28,8% детей); зрачковая реакция на свет с мгновенной остановкой взора (27 – 21,6% детей); отсутствие зрачковой реакции на свет (6 – 4,8% детей). Особенности зрительного восприятия были вызваны следующими офтальмологическими заболеваниями: аномалиями рефракции (гиперметропия, миопия, астигматизм); амблиопией; врожденной катарактой, врожденной глаукомой; помутнением роговицы; ЧАЗН – в 42 (33,6%) случаях; ретинобластомой – 15 (12%) младенцев; ретинопатией недоношенных 2, 3 стадии – 33 (26,4%) ребенка; воспалительными заболеваниями органа зрения (дакриоцистит, хориоретинит, блефарит, халязион) – 20 (16%) детей; сочетанной офтальмопатологией различного генеза – 15 (12%) детей. Количество младенцев, родившихся доношенными в удовлетворительном состоянии с легкими последствиями перинатальной патологии, составило 36 (28,8%). Состояние их здоровья было обострено аллергическими проявлениями 11 (8,8%), особенностями работы желудочно-кишечного тракта 21 (16,8%). Другие 89 (71,2%) младенцев родились раньше срока, их состояние после родов расценивалось как среднетяжелое и было обусловлено среднетяжелыми последствиями перинатальной патологии. Эти дети были рождены с массой тела от 1501 до 2500 г. и непродолжительное время находились в отделении реанимации, нуждались в применении методов интенсивной терапии, т.к. не могли самостоятельно адаптироваться к условиям внешней среды. Для детей представленного варианта был характерен непродолжительный период бодрствования и кратковременная ориентировочная активность. Самостоятельная психическая активность проявлялась в виде поисковых движений головой, попыток поиска внешнего источника звука, света или яркого цветового пятна. Поведение детей менялось при обнаружении близко расположенных сенсорных стимулов, что повышало их психическую активность.

В специально созданной ситуации внешнего воздействия во время психолого-педагогического обследования, у детей отмечалась произвольная двигательная активность, которая выражалась в умении группироваться, удерживать голову при взятии на руки взрослым или смене положения тела в пространстве. В ходе эмоционального общения младенцы отвечали мимикой удовольствия и направлением лица в сторону голоса взрослого, мало модулированными звуками гуления (а, у, и, о) и звукокомплексами (агу, агы), двигательным оживлением на звучание голоса взрослого

рядом, как бы вовлекая его в общение. Аналогичное поведение дети демонстрировали на воздействие акустических и обонятельных стимулов, совершали поисковые движения головой и глазами.

Характер и степень сложности психологического взаимодействия детей с близким взрослым говорит о том, что различия зрительных возможностей не повлияли на становление движений, сторожевой и поисковой активности как основы более совершенных психологических достижений в линиях развития, что проявилось в виде поискового поведения и готовности осуществлять ориентировку в пространстве. Однако зрительная депривация замедлила совершенствование движений рук и голосовых реакций, в связи с чем в содержании ИПР необходимо раскрыть условия для стимуляции и развития этих психологических линий.

**Вариант «отставание психического развития»** был характерен для детей с такими зрительными возможностями как: кратковременная зрительная фиксация на объекте (43 – 52,4% детей); зрачковая реакция на свет с мгновенной остановкой взора (25 – 14,6% детей); отсутствие зрачковой реакции на свет (14 – 17% детей). Особенности зрительного восприятия были вызваны следующими офтальмологическими заболеваниями: ретинопатией недоношенных 3, 4, 5 стадии – 22 (26,8%) детей; амблиопией, косоглазием, врожденной катарактой, врожденной глаукомой, помутнением роговицы, подвывихом хрусталика, ЧАЗН, отслойкой сетчатки – 15 (18,2%); ретинобластомой – 2 (2,4%); воспалительными заболеваниями (конъюнктивит, хориоретинит, блефарит) – 9 (10,9%); сочетанной офтальмопатологией разного генеза – 28 (34,1%). Лишь 29 (35,3%) младенцев родились в срок, остальные 53 (64,6%) ребенка родились на ранних гестационных сроках. Все новорожденные имели разный вес при рождении, причем, веса более 2500 гр. ни у одного ребенка не было. Наряду с этим, 43 (52,4%) ребенка были рождены с низкой массой тела (НМТ) и другие 39 (47,5%) младенцев – с очень низкой массой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ). Для сохранения жизни детей применялись высокотехнологические методы интенсивной терапии. Состояние новорожденных этой группы расценивалось в первые дни жизни как среднетяжелое и тяжелое за счет неврологической симптоматики в виде выраженного синдрома угнетения, дыхательной недостаточности. Некоторые дети длительное время находились в отделении реанимации, нуждались в подаче кислорода вследствие тяжелого ПП. С помощью современных методов диагностики у детей были



выявлены нарушения работы головного мозга в 63 (76,2%) случаев, костно-мышечной системы – 13 (15,8%), органов дыхания – 77 (93,9%), нарушения желудочно-кишечного тракта – 68 (82,9%), болезни сердечно-сосудистой системы – 13 (15,8%), мочеполовой системы – 42 (51,2%), аллергии – 54 (65,8%). У 8 (3,8%) младенцев данной группы были выявлены генетические заболевания: синдром Дауна (2 ребенка); синдром множественных врожденных пороков развития (МВПР) (2 ребенка); болезнь Крисвика-Скепенса (семейная экссудативная витреоретинопатия) (1 ребенок); синдром Аксенфельда – Ригера (1 ребенок); наследственными дистрофиями сетчатки – болезнь Норри (1 ребенок), болезнь Беста (1 ребенок).

Самостоятельное бодрствование младенцев проходило пассивно в связи с явной физической ослабленностью, незрелостью и сглаженностью безусловно-рефлекторных реакций. Они только с помощью взрослого принимали удобную позу в положении лежа на спине и нуждались во внешнем воздействии для ее изменения, что приводили к зависимости от взрослого и потребности постоянного тактильного контакта с ним, т.к. наиболее удобным и комфортным для них являлось положение на руках взрослого. Кормление осуществлялось длительно из-за несовершенства акта сосания и необходимости частых остановок для восстановления силы движений органов артикуляции. Матери сообщали, что они испытывают трудности в соблюдении режима дня, т.к. дети не просыпаются ко времени кормления, не совершают ритмичных сосательных движений, в связи с чем кормление проходит дробно и с паузами из-за истощения сосательных движений.

В ходе психолого-педагогического обследования удавалось наблюдать у детей постоянство сторожевой реакции и элементарные психологические ответы, которые отличались кратковременностью и истощаемостью при воздействии сенсорных стимулов высокой интенсивности. Дети нуждались во внешнем воздействии, что повышало их активность, с одной стороны, а, с другой, формировало зависимость от взрослого и потребности постоянного тактильного контакта с ним. На громкий звуковой раздражитель (клаксон), а также громкое ласковое обращение матери, младенцы резко вздрагивали, кратковременно замирали и затем рефлекторно разводили руки в стороны. Аналогичное поведение можно было наблюдать при предъявлении обонятельных и тактильных стимулов. Дети на мгновение замирали, однако длительного внимания и изменения мимики не отмечалось.

Эмоциональный отклик на общение взрослого возникал либо с отсроченно, либо внезапно, и быстро угасал. У детей в состоянии комфорта, чаще всего спустя некоторое время после кормления, возникали такие голосовые реакции новорожденных как кашель, чихание, зевание, кряхтение. Отдельные звуки можно было зафиксировать лишь при сосании, что свидетельствовало об отсутствии коммуникативной направленности. О состоянии дискомфорта младенцы сообщали резким слабо модулированным истощающимся криком, неритмичным плачем.

Проанализированная в ходе исследования обобщенная психолого-педагогическая характеристика психологического взаимодействия детей с близким взрослым и психологические ответы на воздействие сенсорных стимулов свидетельствует о сформированности у них более простого способа психической активности: сосредоточение на эмоциональный и тактильный контакт с близким взрослым и воздействие сенсорных стимулов. На основании наблюдений можно констатировать, что состояние психического развития обусловлено не столько зрительной депривацией, сколько тяжестью патологии нервной системы и незрелостью движений, характеризующихся несовершенством сторожевой реакции или сосредоточения на ощущениях, полученных с сохранных анализаторов. Уровень психического развития детей этой группы указывает на необходимость включения в содержание ИПР методов и приемов, способствующих развитию сосредоточения и поисковой активности во время общения со взрослым и воздействию внешних стимулов.

Таким образом, степень отставания психического развития детей с нарушениями зрения в первые месяцы жизни от возрастного норматива определялась степенью и характером воздействия таких негативных физиологических факторов как патология беременности и родов, этиология и характер **последствий перинатальной патологии**, числом и тяжестью сопутствующих заболеваний.

Сопоставление клинических данных и результатов психолого-педагогического обследования младенцев с нарушениями зрения подтвердило связь между **тяжестью последствий перинатальной патологии** и уровнем психического развития, т е степенью зрелости психологических достижений в основных линиях развития: чем значительнее **последствия перинатальной патологии**, тем сильнее отставание психического развития от возрастного норматива (достоверная связь  $p = 0,02$ ).

Нами подтверждена еще одна закономерность психического развития раннего онтогенетического этапа у детей с нарушениями зрения: двигательное развитие ребенка определяется функционированием его нервной системы и, в свою очередь, влияет на зрелость психологических показателей других линий развития. Тяжесть поражения определенного органа или системы организма оказывает непосредственное влияние на его функционирование и проявляется в виде определенной зрелости или отсутствия психологического показателя. Закономерная последовательность совершенствования психического развития у детей и ее зависимость от степени **тяжести последствий перинатальной патологии** проявляется сходством реакций в линиях развития, исключая зрение: отсутствие сосредоточения; мгновенное сосредоточение; кратковременное сосредоточение; устойчивое сосредоточение; поисковые движения или действия. Данный факт объясняет отсутствие движений рук и речевых реакций у детей с тяжелыми **последствиями перинатальной патологии** и отсутствие зрительной чувствительности у детей с тяжелыми прогрессирующими офтальмологическими болезнями.

Степень зрелости центральной нервной системы определяет чувствительность к внешнему воздействию и способ психологического ответа на него. Так, дополнительное сенсорное внешнее воздействие позволило выявить у 114 (55%) детей потенциальные психические возможности в виде «зоны ближайшего развития», что указывает на наличие определенной зрелости психологической сферы или линии развития, перспективы их совершенствования в ходе целенаправленного коррекционного обучения, в том числе за счет применения специальных сенсорных стимулов, педагогических методов и приемов. Статистически доказано, что при предъявлении стимулов высокой интенсивности у детей с легкими и среднетяжелыми последствиями перинатальной патологии отмечается повышение психической активности и проявление социальных форм поведения. У детей с тяжелыми и крайне тяжелыми последствиями перинатальной патологии дополнительная внешняя сенсорная стимуляция не привела к изменению психической активности, что может быть объяснено недостаточной психофизиологической зрелостью детей и значительным расхождением их психофизиологических возможностей и возрастными нормами психического развития.

Обобщенные результаты комплексного анализа клинических и психолого-педагогических данных, полученные на констатирующем этапе исследования, можно представить в виде следующих выводов.

## Выводы

1. У детей первых 3-х месяцев жизни с различными офтальмологическими заболеваниями зрительные реакции не соответствуют возрастному нормативу и могут иметь пять уровней зрелости: «поисковые движения глаз и устойчивое прослеживание» (60 дней жизни), «устойчивое сосредоточение» (30 дней жизни), «кратковременное сосредоточение» (20 дней жизни), «мгновенное сосредоточение и зрачковая реакция на свет» (10 дней жизни), либо «отсутствие сосредоточения и зрачковой реакции на свет».

2. Степень зрелости зрительной чувствительности у ребенка определяется этиологией и характером течения офтальмологического заболевания: при тяжелых прогрессирующих офтальмологических заболеваниях (ретинопатия недоношенных 3, 4, 5 стадии; ретинобластома; наследственные дистрофии сетчатки; сочетанная офтальмопатология и др.) зрительная чувствительность отличается незрелостью или отсутствует; при других офтальмологических заболеваниях (аномалии рефракции (гиперметропия, миопия, астигматизм); косоглазие; амблиопия; воспалительные заболевания глаза; хориоретинит и др.) зрительная чувствительность более зрелая (достоверная связь  $p < 0,001$  точный критерий Фишера).

3. Критерием распределения младенцев с нарушениями зрения в группы «слепой» и «слабовидящий» является степень зрелости зрительной чувствительности, которую удалось оценить в ходе психолого-педагогической диагностики и применения визуальных стимулов высокой интенсивности, специальных педагогических методов и приемов (непосредственный телесный, эмоциональный, зрительный и голосовой контакт).

4. К группе «слепых» относятся дети с «отсутствием зрачковой реакции на свет» и наличием «зрачковой реакцией на свет с мгновенной остановкой взора» (10 дней жизни); группу «слабовидящих» составляют дети с зрительными реакциями: «кратковременная зрительная фиксация» (20 дней жизни), «устойчивая зрительная фиксация» (30 дней жизни), «устойчивое прослеживание» (60 дней жизни). Психолого-педагогический критерий распределения детей в группы «слепые» и «слабовидящие» не противоречит клиническому подходу и соотносится с показателями, которыми пользуются врачи-офтальмологи при распределении детей по категориям, дополняя качественным описанием зрительные возможности ребенка, что позволяет врачу-

офтальмологу более точно определить цель и содержание комплексной реабилитации, в том числе коррекционно-педагогического воздействия.

5. В программе комплексной реабилитации младенцев из группы «слабовидящих» коррекционно-развивающее воздействие направлено на развитие зрительной чувствительности путем стимуляции стимулами высокой и средней интенсивности. Статистически доказано, что стимулы высокой интенсивности воздействия (световой элемент) и средней интенсивности воздействия (величина, цвет и контрастность) могут рассматриваться как эффективные развивающие средства ( $p < 0,001$ ), т.к. они улучшают качество и позволяют вызвать более зрелые зрительные реакции у детей. Целью компенсаторно-развивающего воздействия для детей из группы «слепых» является, в первую очередь, развитие функциональных возможностей и чувствительности сохранных анализаторов, и, при возможности, развитие зрительной восприимчивости.

6. Выявлено отсутствие связи между степенью зрелости зрительных реакций и уровнем психического развития. Степень зрелости психологических достижений в основных линиях развития («слух», «обоняние», «движения общие», «эмоции»), т.е. уровень психического развития ребенка, исключая линию «зрительные ориентировочные реакции» («зрение»), определяется тяжестью последствий перинатальной патологии и в меньшей степени связана с ограничением или отсутствием зрительного восприятия. Эти данные становятся основанием для проектирования образовательного маршрута младенцев с зрительной депривацией в условиях стационара.

7. Условием распределения детей в варианты психического развития является взаимосвязь биологического и социального факторов: последствия перинатальной патологии разной степени тяжести в виде сопутствующих функциональных или органических нарушений органов и систем организма, а также степень отставания психологических достижений от возрастного норматива в основных линиях развития («слух», «обоняние», «движения общие», «эмоции»), исключением является степень поражения зрительного анализатора и, как следствие, ограничение зрительного восприятия.

8. Вместе с тем, было обнаружено сходство зрелости таких линий развития как: «слух», «обоняние», «движения общие», «эмоции», которые были обозначены как зрелые (основные) линии и стали ориентиром для отнесения младенцев с нарушениями

зрения к одному из вариантов психического развития («легкое отставание»; «отставание»). У младенцев с зрительной депривацией степень зрелости реакций в линиях «движения рук» и «речь» отмечалась как крайне низкая, дети не овладели возрастными психологическими достижениями в этих линиях.

9. Результаты письменного и устного опроса (беседа и анкетирование) родителей показали недостаточную осведомленность о роли специального обучения в развитии сенсорной чувствительности и формирования механизмов компенсации у младенцев с нарушениями зрения. Это требует в первом полугодии жизни разработки содержания и формы работы с родителями в медицинском стационаре в целях педагогического просвещения и формирования приверженности к применению педагогических рекомендаций в процессе воспитания ребенка в семье.

10. Родители демонстрировали разную степень осознания важности коррекционно-педагогической помощи. Их готовность внедрять специальные образовательные подходы в домашнем воспитании ребенка с нарушениями зрения была различной. На это влиял уровень педагогической компетентности и психологическое состояние матери, опыт воспитания ребенка, что требует дифференцированного педагогического сопровождения и регулярного применения родителями коррекционно-педагогической помощи.

11. Аналитические данные констатирующей части исследования стали основанием для определения структуры и содержания программы коррекционно-педагогической работы (ПКР), коррекционно-педагогических технологий по развитию и активизации темпа овладения более совершенными возможностями или уровнями зрительного восприятия, сенсорной чувствительности и формирования компенсаторных механизмов у младенцев с нарушениями зрения, а также алгоритма педагогического просвещения родителей в качестве отдельного направления педагогической работы в комплексной реабилитации.

### **ГЛАВА 3. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ (ОБУЧАЮЩИЙ ЭТАП ИССЛЕДОВАНИЯ)**

Основу обучающей части исследования составили научные положения отечественных психологов Л.С. Выготского и Г.Я. Трошина о единой последовательности формирования у детей психологических достижений возраста при нормальном и отклоняющемся развитии. Данная закономерность нашла свое отражение в содержании программы коррекционно-педагогической работы с детьми с нарушениями зрения, психического развитие которых реализовывалось с разной динамикой. Общий генетический закон Л.С. Выготского о культурном развитии занял одно из центральных мест в исследовании, согласно которому, психика развивается в процессе обучения, и проходит путь преобразования внешних социальных форм во внутреннюю индивидуальную форму сознания. Это стало основанием для организации коррекционно-развивающих занятий с детьми в первые месяцы жизни и реализации содержания индивидуальной программы воспитания и обучения родителей в разных социальных условиях: в медицинском стационаре и семье. Активное взаимодействие ребенка с окружающим миром является движущей силой психического развития, при этом физиологический фактор – это база, а социальная среда – источник. При нарушениях зрения разнообразное сенсорное воздействие влияет на созревание более сложных психологических связей, а внешняя среда выступает как источник их развития, благодаря чему удается оказать стимулирующее воздействие и активизировать остаточные зрительные возможности органа зрения, наблюдать согласованную работу сохранных анализаторов, совершенствовать осязание и восприятие в целом (А.Г. Литвак, В.С. Сверлов, В.А. Феоктистова). В связи с этим в программе коррекционно-развивающего обучения отдельное внимание уделялось специальным педагогическим условиям развития восприятия, выбору игровых и дидактических пособий, технического оснащения развивающего пространства. Исходя из идеи, что в процессе взаимодействия младенца с окружающей действительностью закладывается основа для перехода от чувственного отражения действительности к ее рациональному познанию, от восприятия – к мышлению (Н.М. Аксарина, Б.Г. Ананьев, А.В. Запорожец),

коррекционно-педагогические занятия были организованы в виде практических действий ребенка с предметами, которые осваивались им в процесс непосредственного эмоционально-развивающего взаимодействия со взрослым (педагогом и родителями). Особую роль в качестве уникального познавательного акта восприятия приобретают действия рук и тактильная чувствительность, и это становится «обходным» путем накопления сенсорного опыта и информации об окружающей среде для ребенка с нарушениями зрения, компенсацией зрительного дефекта (Л.С. Выготский, М.И. Земцова, В.П. Зинченко, И.С. Моргулис, Л.И. Солнцева). Вместе с тем, по мнению Л.С. Выготского, «функции органов чувств не переносятся с одного органа на другой ... палец никогда не научит слепого действительно видеть». Поэтому заместить недостаток визуальной информации или «выпавшую функцию» движениями рук в полном объеме возможно путем организации коррекционно-педагогической работы, что нашло свое отражение в содержании коррекционно-педагогических технологий. Поиск критериев выбора содержания индивидуальной программы развития для детей с нарушениями зрения осуществлялся с учетом базовых положениях теории моделирования и педагогического проектирования (Т.Н. Винтаева, Е.С. Заир-Бек, А.Г. Литвак, В.М. Монахов, Г.Е. Муравьева, Э.И. Сайдашева). Последовательность профессиональных действий педагога-дефектолога при выборе содержания ИПР и целевых ориентиров к каждой образовательной области определялись динамикой психического развития ребенка и степенью зрелости восприятия стимулов различной модальности. При выборе и организации предметно-развивающей среды для слепого и слабовидящего ребенка реализован дифференцированный подход, учитывающий функциональные возможности зрительного анализатора, а также степень зрелости зрительной чувствительности и восприятия (М.И. Земцова, А.Г. Литвак, Л.И. Фильчикова). Процесс обучения организовывался в виде эмоционально-развивающего сотрудничества взрослого и ребенка, форма которого изменялась в зависимости от появления у ребенка новой более совершенной формы общения. При взаимодействии с людьми и окружающей средой ребенок удовлетворяет потребность во впечатлениях, познании и последовательно расширяет социальный и культурный опыт (Л.И. Божович, Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, М.И. Лисина, Р.Ж. Мухамедрахимов). Вот почему отдельный блок программы коррекционно-педагогической работы был посвящен обучению родителей реализации содержания ИПР, в результате чего



предполагалось повысить педагогическую компетентность родителей и содействовать их личностному развитию. Идея ранней интеграции коррекционно-педагогической работы в комплексную реабилитацию младенцев с заболеваниями органа зрения реализована с целью предупреждения, коррекции и компенсации отклонений в развитии детей (М.И. Земцова, Ю.А. Кулагин, А.Г. Литвак, Л.И. Фильчикова).

### **3.1. Организация и структура обучающего этапа исследования**

Обучающий этап исследования реализован в ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Министерства здравоохранения РФ с 2018 по 2021 г. в отделении патологии новорожденных и детей раннего детского возраста с соматической реабилитацией, а также на базе ФГБУ «НМИЦ глазных болезней им. Гельмгольца» Министерства здравоохранения РФ в отделе патологии глаз у детей.

**Цель обучающего этапа исследования:** научно обосновать, апробировать и оценить эффективность алгоритма проектирования коррекционно-педагогической работы детей первого года с нарушениями зрения в комплексной реабилитации (абилитации).

#### **Задачи обучающего этапа исследования:**

- научно обосновать критерии дифференциации содержания индивидуальной программы развития и коррекционно-педагогической работы педагога-дефектолога с детьми с нарушениями зрения;
- определить специальные педагогические условия развития восприятия у младенцев с нарушениями зрения: оснащение предметно-развивающей среды (дидактические пособия) для занятий; организацию индивидуального коррекционно-развивающего обучения детей (методы и приемы, режим занятий) в процессе комплексной реабилитации;
- уточнить организацию обучения родителей детей первого года жизни с нарушениями зрения, условия реализации содержания ИПР в процессе семейного воспитания;
- изучить динамику психического развития детей первого года жизни с нарушениями зрения в разных образовательных и социальных условиях;

– апробировать и проверить эффективность предложенного содержания коррекционно-педагогической работы в комплексной реабилитации детей первого года жизни с нарушениями зрения.

Организация педагогической деятельности педагога-дефектолога (тифлопедагога) в стационаре определялась с учетом динамики психического развития ребенка раннего возраста с нарушениями зрения, деятельности других субъектов коррекционно-педагогического и лечебного процессов. Учитывая данные констатирующей части исследования, и то, что проектирование есть самостоятельная профессиональная деятельность тифлопедагога, она реализовывалась в виде последовательно сменяющихся друг друга этапов: организационно-аналитического, проектно-педагогического (содержательного), контрольно-прогностического.

**Организационно-аналитический** этап включал в себя изучение педагогом-дефектологом (тифлопедагогом) данных анамнеза, социальных условий развития ребенка и проведение психолого-педагогической диагностики, изучение педагогической компетентности родителей в отношении воспитания ребенка с нарушениями зрения с учетом педагогического опыта матери и ее готовности к взаимодействию со специалистом.

В ходе организационно-аналитического этапа тифлопедагог сопоставлял клинические данные о тяжести поражения зрительного анализатора с результатами психолого-педагогической оценки зрительной чувствительности, а заключение педиатра о степени тяжести последствий перинатальной патологии – с результатами анализа психолого-педагогических данных в зрелых сферах восприятия (слух, обоняние, движения и эмоции). Медико-педагогические данные о состоянии здоровья и психического развития ребенка с нарушениями зрения дополнялись информацией о социальных условиях жизни и позиции родителей в отношении его воспитания и обучения, полученной с помощью беседы и анкетирования. Совокупность собранных сведений ориентировала специалиста на проектирование образовательной деятельности.

**Проектно-педагогический** этап представлял собой *разработку* содержания программы коррекционно-педагогической работы (ПКР), а также процесс реализации профессиональной деятельности тифлопедагога в комплексной реабилитации ребенка с нарушениями зрения, взаимодействие с родителями и специалистами междисциплинарной команды.

Анализ психолого-педагогических данных, сопоставление клинической и педагогической информации, полученной в ходе психолого-педагогической диагностики, позволяли определить вариант или траекторию психического развития ребенка с нарушениями зрения, содержание программы коррекционно-педагогической работы (ПКР) с учетом показателей зоны ближайшего развития ребенка в зрелых сферах восприятия (слух, обоняние, движения и эмоции), в том числе коррекционно-педагогических технологий на основании данных о степени зрелости зрительной чувствительности. Кроме того, при разработке содержания программы коррекционно-педагогической работы были учтены положения ФГОС ДО, а также требования ФАОП ДО ОВЗ в части образовательных направлений (социально-коммуникативное, познавательное, речевое, художественно-эстетическое и физическое).

Деятельность педагога-дефектолога (тифлопедагога) в ходе комплексной реабилитации утверждалась с лечащим врачом (педиатром, офтальмологом) ребенка и согласовывалась с родителями. Междисциплинарное взаимодействие специалистов медико-педагогического блока и родителей осуществлялось путем обмена профессиональной информацией, полученной на диспансерных осмотрах врачами-специалистами (офтальмолог, педиатр, невролог и др.) по месту жительства и педагогом-дефектологом (тифлопедагогом) на контрольном психолого-педагогическом обследовании, что обеспечивало слаженность профессиональных действий при реализации индивидуальной программы развития в процессе комплексной реабилитации.

**Контрольно-прогностический этап** представлял собой оценку тифлопедагогом эффективности коррекционно-педагогической работы в комплексной реабилитации и состоял из серии контрольных психолого-педагогических обследований.

По результатам анализа клинических и психолого-педагогических данных консилиум специалистов вносил изменения в программу реабилитации, тифлопедагог дополнял ее содержанием коррекционно-педагогической работы. Тифлопедагог вносил изменения в график встреч с родителями, уточнял методы и формы работы со слепыми матерями.

### **3.2. Дифференцированный подход в проектировании программы коррекционно-педагогической работы с детьми первого года жизни с нарушениями зрения в комплексной реабилитации.**

Эмпирический материал констатирующего этапа исследования и принципы педагогического проектирования определили логику педагогической деятельности педагога-дефектолога (тифлопедагога) и критерии выбора содержания программы коррекционно-педагогической работы в комплексной реабилитации детей с нарушениями зрения.

Педагогическое проектирование включало в себя техническое, содержательное, организационно-методическое обеспечение педагогической деятельности для осуществления конкретной образовательной цели – формирования психологических достижений возраста и компенсаторных механизмов у младенцев с нарушениями зрения.

Общее содержание программы коррекционно-педагогической работы (ПКР) составлялось с учетом рекомендаций современных научно-методических пособий и федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования (ФГОС ДО), структура соответствовала образовательным областям ФАОП ДО ОВЗ: социально-коммуникативное, познавательное, речевое, художественно-эстетическое и физическое развитие.

Программа включала в себя 4 блока, содержание каждого соотносилось с психологическими достижениями одного из четырех последовательно формирующихся этапов психического развития детей первого года жизни, и состояло из трех частей: первая (образовательная) – обучение по пяти образовательным областям, вторая (коррекционно-педагогическая) – компенсаторно-развивающая и коррекционно-развивающая технологии, третья (педагогическая работа с родителями) – повышение воспитательного потенциала семьи. Структура и краткое содержание блоков программы коррекционно-педагогической работы (ПКР) представлены в Приложении Б, таблица 3.

Содержание **первого блока** ПКР «**Формирование ориентировки на внешнее воздействие**» способствовало развитию психологических достижений первых трех месяцев жизни.

Содержание образовательной области «*Физическое развитие*» было направлено на формирование у детей умения группироваться, сохранять равновесие и удерживать голову в различных позах и при смене положения тела, согласовывать движения органов артикуляции (челюсти и языка) во время кормления в целях совершенствования акта сосания. *Развитие движений рук* включало в себя стимуляцию двигательной активности, выполнения изолированных движений пальцами руки, в том числе поисковых и ориентировочных действий в виде ощупывающих и исследовательских движений, направления руки в сторону внешнего воздействия, захват и удержание предметов.

В образовательной области «*Социально-коммуникативное развитие*» содержание было направлено на формирование у детей возможности выдерживать биологический ритм и соблюдать последовательность сна, питания и бодрствования, спокойно относиться к направленному комплексному воздействию при выполнении взрослым гигиенических и лечебных процедур. Создавались условия для формирования у ребенка социальных способов информирования взрослых о своем эмоциональном состоянии: изменение мимики, появление движений, интонированных вокализаций во время межличностного взаимодействия с членами семьи.

Игровые ситуации в образовательной области «*Познавательное развитие*» были направлены на увеличение длительности и качества сосредоточения и ориентировки на сенсорные стимулы и изменения поведения с учетом их значения (запахи, голоса взрослых, неречевые звуки, визуальные и тактильные стимулы). Создавались условия для накопления и расширения объема чувственного и практического опыта в процессе выполнения совместных со взрослым практических действий с игрушками и предметами.

В образовательной области «*Речевое развитие*» целью являлось формирование взаимосвязи между эмоциональным состоянием, двигательной и речевой активностью, навыка произвольного воспроизведения звуков во время эмоционально-развивающего общения со взрослым, нормализацию тонуса мышц артикуляционного аппарата и развитие движений органов артикуляции. Близких взрослых учили осуществлять стимуляцию голосовой активности ребенка после кормления и в период бодрствования путем выполнения пассивной гимнастики.

В образовательной области «*Художественно-эстетическое развитие*» были объединены задания по формированию у детей положительных эмоций и ощущения комфорта в ситуации взаимодействия со взрослым, когда он пел песни и рассказывал потешки, выполняя движения в такт мелодии. Знакомство с разнообразной фактурой и развитие поисковых и исследовательских движений рук осуществлялись посредством ощупывания предметов с фактурным орнаментом.

**Второй блок** программы ПКР «**Формирование социальных способов взаимодействия**» (психологические достижения четвертого, пятого, шестого месяцев жизни) имел следующее содержание образовательных областей.

Игровые задания образовательной области «*Физическое развитие*» были направлены на закрепление и развитие у детей умения самостоятельно менять положение тела и позу, развитие навыка воспроизведения цепочки координированных двигательных актов (повороты на живот и обратно, удержание вертикального положения спины на руках у взрослого). Уделялось внимание совершенствованию дифференцированных движений челюсти (нёба и языка), глотания небольшого количества полугустой и жидкой пищи с ложки. *Развитие движений рук* включало в себя активизацию целенаправленной поисковой и практической активности по отношению к предметам, находящимся в непосредственной близости, формирование интереса и желания производить действия так, как научил взрослый (манипулирование).

В образовательной области «*Социально-коммуникативное развитие*» содержание было направлено на формирование у детей таких способов эмоционально-положительного взаимодействия с взрослыми, как согласование мимических движений, речевых звуков и двигательной активности с действиями матери и близкими взрослыми, информирование взрослых социальным поведением о своем эмоциональном и физическом состоянии. Совершенствовали дифференцированные эмоциональные проявления ребенка к воздействию различных сенсорных стимулов, изменению поведения при возникновении чувства удовольствия или неудовольствия от сенсорных впечатлений, физической и познавательной активности.

Игровые задания образовательной области «*Познавательное развитие*» были направлены на развитие чувствительности наиболее зрелых анализаторов, совершенствование практической ориентировки при возникновении слуховых, обонятельных, тактильных и других ощущений. Создавались условия для развития

навыка использования своих двигательных возможностей, в частности рук и других анализаторов для изучения ближайшего пространства (ощупывающие движения руки и манипуляторные действия с игрушкой).

Игровые задания в образовательной области *«Речевое развитие»* были направлены на формирование эмоционально-выразительного общения между взрослым и младенцем, умения отвечать цепочкой звуков лепета на обращение взрослого. Близких взрослых учили создавать условия по увеличению длительности слухового внимания и развития слухового восприятия ребенка, а также для формирования сложных артикуляционных движений во время произношения цепочки слогов лепета.

В образовательной области *«Художественно-эстетическое развитие»* были объединены игровые задания, направленные на дифференциацию движений и согласование движений с ритмом в процессе прослушивания танцевальных и песенных мелодий. В ситуации эмоционального общения у ребенка развивали чувство ритма и умение самостоятельно увеличивать и снижать двигательную активность в соответствии с характером знакомой мелодии. Развивали социальные движения руки, используя декорированные предметы при ощупывании, стимулируя к тянущим движениям вперед за атласными лентами, захвату, извлечению звука, а также исследованию рукой ярких контрастных элементов в изображении книжного издания или картине.

**Третий блок ПКР «Формирование социальных способов познания и средств коммуникации»** (психологические достижения седьмого, восьмого, девятого месяцев жизни) включал в себя задания по совершенствованию социальных способов взаимодействия со взрослым за счет координации движений, что обеспечивало освоение детьми более сложных способов познания окружающей среды и развитие предметных действий.

Содержание образовательной области *«Физическое развитие»* было направлено на формирование умения выполнять последовательно 2-3 простых движения друг за другом (последовательная цепочка движений). Уделялось внимание формированию согласованных движений челюсти, нёба, языка и губ при глотании и жевании, произношение гласных и согласных звуков, развитие навыка использования своих двигательных возможностей при изучении окружающего пространства. *Развитие движений рук* начиналось с изолированных, а затем и согласованных движений рук

и пальцев, формирования умения с помощью мелких движений пальцев исследовать предметы и придавать движение мелким деталям.

В образовательной области *«Социально-коммуникативное развитие»* игровые ситуации способствовали совершенствованию навыка согласования своего поведения с действиями взрослого и ситуацией. В период бодрствования увеличивали длительность познавательной и целенаправленной активности в период бодрствования, а также интерес к окружающей среде во время прогулок на свежем воздухе. Во время выполнения гигиенических процедур и кормления развивали социально-ориентированное поведение за счет расширения рациона питания, применения новых ароматов.

В образовательной области *«Познавательное развитие»* содержание было направлено на развитие умения обобщать ощущения, полученные от различных анализаторов, узнавать и опознавать знакомые объекты (в виде перцептивной операции). В игровых ситуациях формировали навык ориентировки и развитие способности определять степень удаленности предмета и обонятельного стимула, умение самостоятельно с помощью практических проб подбирать наиболее результативное движение для осуществления контакта с объектом.

Игровые задания образовательной области *«Речевое развитие»* осуществлялись во время эмоционального взаимодействия матери и ребенка и были направлены на расширение сенсорного опыта, развитие слухового внимания и восприятия. Близких взрослых учили использовать специальные методы обучения для развития у ребенка навыка копирования мимики и последовательной цепочки артикуляционных движений взрослого, произвольного управления движениями органов артикуляции во время произношения гласных и согласных звуков, лепетных слогов и облегченных слов.

В образовательной области *«Художественно-эстетическое развитие»* были представлены задания по закреплению у детей устойчивого интереса во время прослушивания коротких музыкальных произведений, стихов и потешек. Формировали умение отражать характер мелодии с помощью мимики и движений, выполнять движения совместно со взрослым в соответствии с музыкальным ритмом или речевым высказыванием путем ориентировки на свои ощущения (слуховые и тактильные; зрительные). Знакомили с контрастными на ощупь обрамлениями поверхностей предметов, музыкальными атрибутами, увеличивали продолжительную



целенаправленную познавательную и практическую активность ребенка в окружающей среде.

**Четвертый блок ПКР «Формирование предметных действий и самостоятельности»** (психологические достижения десятого, одиннадцатого, двенадцатого месяцев жизни) был направлен на расширение способов социального взаимодействия со взрослым, самостоятельного передвижения и предметной деятельности.

Игровые задания образовательной области *«Физическое развитие»* содействовали увеличению продолжительности и совершенствованию движений, передвижению с помощью ходьбы с опорой. Взрослый создавал игровые ситуации по смене направления и скорости движения, подъему и спуску по наклонной поверхности. Родителей учили создавать условия для развития согласованных движений челюсти, нёба, губ и языка, обеспечения возможности приема пищи разной текстуры за счет правильно выбранного моторного акта. *Развитие движений рук* включало в себя выполнение точных координированных движений кистей рук и управление пальцами путем ориентировки на ощущения с различных анализаторов для результативного выполнения планируемого социального движения. Игровые задания обобщали действия с предметами, которые учитывали их внешний вид и сенсорные свойства, т.е. позволяли осуществить простую группировку, а также соединять движения в цепочку и выполнять ее по памяти для достижения практического результата.

Содержание образовательной области *«Социально-коммуникативное развитие»* включало задания по стимуляции познавательной целенаправленной активности в период бодрствования, интереса и познания окружающей среды, как дома, так и во время прогулок на свежем воздухе. В течение дня совершенствовали навык совместной деятельности с взрослым и деловой формы общения, формировали умения согласовывать поведение с поведением взрослого, содержанием речевого обращения, умение реализовывать безопасные формы поведения.

Игровые задания в образовательной области *«Познавательное развитие»* были направлены на совершенствование качества действий с предметами, их выполнения с учетом функционального назначения, формирование осознанного выбора способа действия в соответствии с внешним видом предмета и его наиболее характерными сенсорными свойствами. Создавали условия для воспроизведения ранее усвоенных

цепочек действий по памяти, воздействия предметом на предмет, овладения орудийными действиями, а также ситуативно-деловой формы общения и способов социального взаимодействия с незнакомыми людьми и детьми.

В образовательной области *«Речевое развитие»* целью являлось расширение объема осознанно произносимых речевых образцов и взаимосвязей между словом и действием, предметом, ситуацией, стимуляция подражания речевым образцам взрослого (цепочек слогов) во время выполнения действий с предметом. В ситуации взаимодействия взрослого с ребенком уделяли особое внимание развитию двигательных (ручных) операций, осязания и внимания для появления ориентировки на звуковую оболочку слова и ситуативное понимание обращения взрослого.

Игровые задания образовательной области *«Художественно-эстетическое развитие»* были направлены на развитие умения ориентироваться на оценку и действия взрослого во время совместного прослушивания музыкальных и литературных произведений, удерживать внимание, выполнение действий с предметом согласно стихотворному тексту. Совершенствовали умение копировать интонацию и модуляцию голоса взрослого и отраженно вслед за ним произносить слоги и слова во время пения и рассказывания стихов, находить глазами и/или рукой картинку с фактурным орнаментом.

Вторая, **«коррекционно-педагогическая» часть программы коррекционно-педагогической работы (ПКР)** представлена двумя коррекционно-педагогическими технологиями: коррекционно-развивающей направленности (ТР) для группы «слабовидящих» детей и компенсаторно-развивающей направленности (ТК) для группы «слепых» младенцев. В каждой коррекционно-педагогической технологии представлены основные принципы создания образовательной среды и адаптации бытовых условий для группы «слепых» и «слабовидящих» детей. Критериями выбора коррекционно-педагогической технологии стали сведения из медицинской карты ребенка о состоянии его здоровья и ограничениях функциональных возможностей органа зрения, а также результаты психолого-педагогической диагностики степени зрелости зрительных реакций.

Для достижения коррекционно-педагогических задач каждая технология была обеспечена соответствующими методами работы, условиями организации специальной предметно-развивающей среды и многофункциональными игровыми пособиями. В

технологии коррекционно-развивающей направленности (ТР) методы были ориентированы на совершенствование зрительного восприятия, а в технологии компенсаторно-развивающей направленности (ТК) – на совершенствование восприятия, в том числе обонятельного и тактильного, формирование ориентировочно-исследовательского поведения (обходные пути) путем анализа информации, полученной сохранными анализаторами. Предметно-развивающая среда наполнялась разнообразными и многофункциональными игровыми пособиями.

Содержание коррекционно-педагогических технологий объединило в себя как общие, так и специальные методы обучения.

Общим в организации и содержании коррекционно-педагогических технологий (ТК и ТР) было следующее: создание предметно-развивающей среды, использование дидактического материала для активизации зрелых анализаторов; взрослый, владеющий коррекционно-педагогическими технологиями для проведения занятий; применение специальных методов и приемов в обучении; включение родителей в коррекционно-педагогический процесс.

*Специализация* организации и содержания коррекционно-педагогических технологий достигалась за счет индивидуального подбора технического оснащения и игровых пособий для предметно-развивающей среды, использования специальных методов и приемов обучения детей, создания специальных условий в семье для развития восприятия у детей.

Коррекционное обучение по технологиям компенсаторно-развивающей и коррекционно-развивающей направленности основывалось на традиционных педагогических принципах, отличие заключалось в их реализации:

- личностно-ориентированное взаимодействие близкого взрослого с ребенком;
- раннее начало коррекционного воздействия;
- единство диагностики и содержания коррекционного воздействия;
- развивающее обучение, учитывающее соотношение актуального и зоны ближайшего развития;
- учет возрастных возможностей;
- повторяемость и концентричность программного материала.

Рассмотрим содержание и реализацию принципов обучения в каждой коррекционно-педагогической технологии более детально.

Содержание коррекционно-педагогической технологии *компенсаторно-развивающей направленности (ТК)* для группы «слепых» детей включало в себя игровые задания на восполнение сенсорных ограничений, вызванных зрительной депривацией, за счет накопления разнообразных ощущений через сохранные дистантные и контактные анализаторы (слуховой, обонятельный, кинестетический, тактильный), а также на активизацию функциональных возможностей зрительного анализатора путем раздражения рецепторов мягким источником света с одновременным предъявлением крупного контрастного объекта или лица взрослого (по согласованию с лечащим врачом). Активизация зрительной чувствительности осуществлялась во время эмоционального общения взрослого с ребенком с обеспечением ощущения комфорта и безопасности, за счет телесного контакта и приятного тактильного воздействия. Задачи обучения были направлены на активизацию и развитие чувствительности *нейрофизиологического аппарата сохранных анализаторов*: тактильного, слухового, обонятельного, а также, при наличии зрительной чувствительности, зрительного анализатора. Для младенцев из группы «слепых» подбирались игрушки, способствующие развитию осязания и социальных движений рук, исследовательских движений при опознании объектов, предметы, усиливающие чувствительность и восприятие сохранных анализаторов, и как результат – поступление с них информации, облегчающей ориентировку в окружающем. При этом метод обучения «рука в руке» на протяжении всего первого года жизни являлся основным. В ходе занятий со «слепыми» детьми применялся дидактический материал высокой интенсивности воздействия на периферический отдел сохранных анализаторов, включая зрительный, вызывая тем самым проявление зрительной чувствительности при ее наличии. Эти приемы обучения способствовали накоплению у ребенка опыта взаимодействия с близкими людьми, новых ощущений и преобразованию ощущений в функцию восприятия различных предметов и их свойств.

Содержание коррекционно-педагогической технологии *коррекционно-развивающей направленности (ТР)* для группы «слабовидящих» детей включало в себя игровые задания по активизации зрительной чувствительности, стойкости фиксации взора на предмете и лице взрослого, формированию устойчивого зрительного прослеживания за визуальным стимулом и руки с игрушкой. Наряду с этим применялись игровые задания по активизации других контактных и дистантных анализаторов (слухового,

обонятельного, кинестетического, тактильного). Коррекционное обучение младенцев из группы «слабовидящих» включало непосредственный *зрительный контакт взрослого с ребенком*, что обеспечивало доступность восприятия младенцем лица взрослого, наблюдение за изменением мимики. Для детей из группы «слабовидящих» использовались предметы, содействующие развитию зрительной чувствительности с повышенным и высоким эффектом визуального воздействия, активизирующие темп овладения более совершенными возможностями или уровнями зрительного восприятия. Подчеркиваем, что последовательность стимуляции анализаторов была иной, чем с детьми из группы «слепых». «Слабовидящим» детям предлагались стимулы в первую очередь для воздействия на зрительный анализатор, что позволяло увеличить длительность восприятия. После чего для содействия продолжительному активному бодрствованию применяли стимулы для воздействия на тактильный, слуховой, обонятельный и двигательный анализаторы. При этом использовался метод обучения «рука в руке» с переходом на совместно-разделенное и самостоятельное выполнение движений и действий, в том числе осуществление ребенком зрительного контроля за движениями рук. В ходе занятий использовался многофункциональный игровой материал повышенной интенсивности, с помощью которого оказывалось воздействие и активизировалась чувствительность нескольких анализаторов.

Вместе с тем, в период бодрствования для детей из групп «слепых» и «слабовидящих» организовывалось специальное полисенсорное пространство для проведения коррекционно-педагогических занятий и создания предметно-развивающей среды. Последовательно уменьшался объем стимулов повышенной интенсивности воздействия, и насыщение среды осуществлялось обычными предметами и игровыми пособиями как условие мягкой адаптации ребенка в окружающей его социальной среде и овладение самостоятельной ориентировки в ней.

Таким образом, применение специальных методов и приемов коррекционно-педагогической работы с младенцами позволяло вызывать и регулировать ответные реакции на внешние воздействия, способствуя накоплению чувственного и сенсорного опыта, активизации деятельности и взаимодействия всей анализаторной системы.

Представим условия развивающей среды в коррекционно-педагогических технологиях для детей с нарушениями зрения («слепых» и «слабовидящих»).

В технологии компенсаторно-развивающей направленности **первого блока ПКР «Формирование слухо-обонятельной и тактильной чувствительности для ориентировки на внешнее воздействие»** для занятий со «слепыми» детьми специальная *предметно-развивающая и сенсорная среда* в семье создавалась с учетом наличия или отсутствия световой чувствительности. Занятия и эмоционально-развивающее взаимодействие со взрослым осуществлялись на руках взрослого или на пеленальном столе. В случае медицинских противопоказаний важными условиями являлись охрана органа зрения и недопустимость длительного раздражающего светового воздействия. Вместе с тем, при оснащении предметно-развивающего и сенсорного пространства ключевым фактором становился выбор игровых пособий с разнообразной фактурой, формой и размером, их расположение и количество, последовательность предъявления ребенку в течение дня. Совместно с родителями принималось решение относительно дополнительного воздействия ароматами на чувствительную сферу для усиления дистантного контакта взрослого и ребенка во время эмоционально-развивающего общения и игры, что побуждало к поисковым действиям и ориентировке в пространстве. Игровые пособия имели многофункциональные характеристики. Для развития зрительной чувствительности подбирались игрушки с насыщенной цветовой гаммой, световые элементы, разного размера и звучания. Для усиления сенсорного эффекта дидактические пособия имели элементы повышенного воздействия (фактура, звук, запах). Разнообразие и усиление сенсорного эффекта способствовали развитию движений, в том числе изолированных движений рук и пальцев, формированию ориентировочного поведения.

В технологии коррекционно-развивающей направленности **первого блока ПКР «Формирование зрительной ориентировки на внешнее воздействие»** для занятий со «слабовидящими» детьми *специальное игровое пространство* на пеленальнике или на руках взрослого оснащалось крупными, яркими, контрастными по цвету игровыми пособиями, облегчающими сосредоточение и поиск предмета за счет наличия цветовой полярности (контрастности), насыщенности и чистоты цвета, объема и формы предмета. После активизации зрительной чувствительности предлагались задания по развитию движений и восприятия путем предъявления акустических, обонятельных, тактильных стимулов.

В технологии компенсаторно-развивающей направленности **второго блока ПКР «Формирование опознавания знакомых людей и предметов по информации, полученной с сохранных каналов восприятия»** для занятий со «слепыми» детьми специальная предметно-развивающая среда создавалась в целях накопления чувственного познания. Занятия и эмоционально-развивающее взаимодействие со взрослым осуществлялись преимущественно на пеленальном столе и безопасных поверхностях с различной фактурой, ребенка периодически брали на руки и снова возвращали на поверхность. Игровые пособия подбирались с учетом наличия или отсутствия световой чувствительности, имели разную форму и фактуру, сочетали удобство удержания детской рукой соответственно размеру игрушки и ее весу. Постепенно вводились новые ароматы с целью совершенствования процесса опознавания и развития поисковой активности и пространственной ориентации ребенка.

Игровое пространство в коррекционно-развивающей технологии **второго блока ПКР «Формирование зрительного опознавания знакомых людей и предметов»** для занятий со «слабовидящими» детьми организовывалось с целью повышения у них концентрации внимания и совершенствования зрительного восприятия. Для этого на пеленальном столе с различной фактурой и бортиками создавались условия по совершенствованию зрительного восприятия и взаимодействия со взрослым в разных положениях тела, в том числе на руках. После активизации зрительной чувствительности предлагались задания по развитию движений и восприятия путем предъявления акустических, обонятельных, тактильных стимулов. Подбирались игрушки с разным звучанием (от тихих до громких), чистым насыщенным цветом и контрастной фактурной поверхностью. Первостепенно на этапе взаимодействия устанавливался зрительный контакт со взрослым «лицом к лицу», предъявлялись задания с акустической, обонятельной и тактильной стимуляцией, что способствовало развитию движений и восприятия.

Коррекционно-педагогическая технология **третьего блока ПКР** компенсаторно-развивающей направленности **«Формирование различения людей и объектов, согласования действий рук при ориентировке и исследовании пространства»** в процессе организации специальной *предметно-развивающей и сенсорной среды*. Акцентировали внимание родителей группы «слепых» детей на оснащении игровой зоны (мата) световыми, звуковыми и обонятельными маячками для перемещения в

пространстве и осуществления поиска сенсорного источника или ориентировки на интонацию речи взрослого. Занятия оснащались крупными игровыми пособиями со звуком и отличительной друг от друга текстурой, при использовании которых ребенок мог выполнять изолированные и согласованные движения рук и пальцев, исследовать предметы и придавать движение мелким деталям, используя тактильную идентификацию (зрелых анализаторов). Для совместных действий взрослого со «слепым» ребенком подбирались дидактические пособия усиленного сенсорного эффекта, что в том числе позволяло перейти от совместно-разделенного исследования предмета руками к самостоятельному, в том числе выполнению специфического предметного и орудийного действия. Одежда взрослого и ребенка декорировалась фактурной фурнитурой, которая усиливала тактильную перцепцию ребенка во время ориентировочных действий и исследования рукой частей тела (руки, пальцы, лицо, уши, шея, ноги и т.п.).

Коррекционно-педагогическая технология коррекционно-развивающей направленности **третьего блока ПКР «Формирование зрительного различения знакомых людей и объектов, ориентировки в пространстве»** для занятий со «слабовидящими» детьми содействовала развитию движений за счет создания безопасной и насыщенной специальной предметно-развивающей среды в семье, преимущественно на полу (на мате). Различные условия пребывания ребенка организовывались для увеличения длительности целенаправленного интереса и внимания к окружающему миру, расширению поля зрения, овладения зрительным восприятием дальнего пространства, различением объектов, находящихся на разном расстоянии. С помощью совместного игрового взаимодействия ребенок учился самостоятельному выполнению сложного моторного акта руками и социальных действий с предметом со зрительным контролем. Предлагались игрушки с разным принципом извлечения звука или иного эффекта, как ладонями, так и пальцами рук.

Организация занятий с группой «слепых» детей по компенсаторно-развивающей технологии **четвертого блока ПКР «Формирование тактильного контроля действий рук и ориентировки на внешние признаки предмета»** определялась наличием или отсутствием у ребенка световой чувствительности. В процессе создания сенсорного пространства основными критериями стали: отбор дидактических материалов, которые отличались разнообразием в текстуре, внешнем виде и габаритах, количеством



встроенных деталей; расположение предметов в доступных для ребенка местах; чередование объектов в течение дня. В связи с чем, занятия проводились как в помещении на полу (на мате), так и на улице. Совместно с родителями принималось решение о дополнительном воздействии ароматами на чувствительную сферу в процессе приема пищи для формирования сенсорных прототипов и перцептивных образов объекта, а также образов-действий с ним, ориентирующих и регулирующих поведение детей. Внимание родителей было обращено на обучение ребенка ориентировке на такие свойства предметов, как форма, величина, фактура материала путем анализа ощущений, полученных с различных анализаторов.

Специальное игровое пространство для занятий с группой «слабовидящих» детей в коррекционно-педагогической технологии коррекционно-развивающей направленности **четвертого блока ПКР «Формирование зрительного контроля действий рук и ориентировки на внешние признаки предмета»** оснащалось игрушками обычного размера с яркими контрастными деталями и разнообразной фактурой. Их чередовали через каждые 2 дня для повышения интереса ребенка, развития зрительного поиска знакомых объектов и ориентировки в окружающем пространстве, условия для нее организовывали в условиях дома (на мате), так и на улице. Наряду с этим, детям предлагали игрушки с естественным традиционным сенсорным воздействием для адаптации к обычным условиям предметной среды.

Третья часть ПКР, **«педагогическая работа с родителями»**, включала содержание, формат, форму и график педагогической работы специалиста с родителями, исходя из запроса близких взрослых ребенка и имеющихся у них трудностей воспитания, педагогической компетентности и социальных условий жизни семьи. Близких взрослых обучали созданию условий для проведения систематических занятий с малышом в семье, подбору оснащения для предметно-развивающей среды, адекватным формам эмоционально-развивающего общения. Педагог-дефектолог (тифлопедагог) учил близких наблюдать и фиксировать изменения в поведении и эмоциональном состоянии малыша, проявлении реакций на внешние стимулы, применять социальные формы удовлетворения физиологических и психологических потребностей.

Педагогическая работа с родителями младенцев проводилась при использовании следующих методов: наблюдение, беседа, анкетирование, сбор и обобщение данных, анализ просмотра видеосъемок.

График занятий специалиста с ребенком определялся на основании анализа следующих факторов: психологических достижений ребенка, готовности родителей применять коррекционно-педагогические технологии в процессе воспитания. Во время коррекционно-развивающих занятий обязательно выделялось время для обучения матери педагогическим методам и приемам, демонстрации их эффективности. В домашних условиях занятия осуществлялись родителями ежедневно, не менее 2–4 раз в день. Взрослый сам мог варьировать продолжительность занятия в зависимости от состояния и возможностей ребенка. При необходимости (1 раз в неделю) мама делала видеосъемку и связывалась со специалистом, используя подключение через интернет (Telegram; Яндекс.Телемост; Вконтакте; Mail.ru). В видеоконференциях и чатах она могла задать интересующие вопросы, поделиться наблюдениями о появлении новых ответных реакций во время эмоционально-развивающего взаимодействия с малышом.

Рассмотрим реализацию предложенного подхода к проектированию индивидуальной программы развития (ИПР) и организацию коррекционно-педагогической работы учителя-дефектолога (тифлопедагога) с детьми с разными вариантами психического развития («легкое отставание психического развития», «отставание психического развития»). Содержание индивидуальной программы развития детей первого года жизни с нарушениями зрения было включено в общую программу комплексной реабилитации (абилитации) и стало ее неотъемлемой составляющей.

### **3.3. Практика проектирования индивидуальной программы развития для детей первого года жизни с нарушениями зрения**

Профессиональная деятельность учителя-дефектолога (тифлопедагога) в междисциплинарной команде, осуществляющей комплексную реабилитацию, реализовывалась поэтапно с учетом логики педагогического проектирования: организационно-аналитический, проектно-педагогический, контрольно-прогностический.

На **организационно-аналитическом этапе** проводился анализ анамнестических сведений 104 детей с нарушениями зрения различного генеза и последствиями перинатальной патологии разной степени тяжести, а также результатов заключений офтальмолога. Реализовывались беседа и анкетирование родителей, наблюдение за

поведением младенцев, а также психолого-педагогическое обследование (адаптированная методика Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт), дополненная 12 специальными диагностическими пробами (Н.М. Щелованов). Психолого-педагогическое обследование осуществлялось с соблюдением следующих условий: привычное время бодрствования ребенка; присутствие и непосредственное участие матери (или другого близкого человека); комфортное безопасное положение ребенка на руках взрослого или на твердой горизонтальной поверхности с направленным освещением и возможностью увеличения его силы. Цель диагностической процедуры заключалась в выявлении у детей актуальных психологических достижений возраста в каждой линии психического развития (зрительные и слуховые ориентировочные реакции, эмоции и социальное поведение, активная речь, движения общие и действия рук) и зоны ближайшего развития с помощью стимулов повышенной и высокой интенсивности.

Результаты психолого-педагогической диагностики психического развития детей с нарушениями зрения дополнялись данными о состоянии здоровья, педагогическом опыте и установках родителей в отношении воспитания ребенка с нарушениями зрения, степени их готовности применять коррекционно-педагогические технологии в процессе воспитания ребенка, направлениях, методах и формах организации комплексной реабилитации. Сопоставление данных позволило определить вариант психического развития младенцев и осуществить проектирование индивидуальной программы развития как неотъемлемой составляющей индивидуальной программы реабилитации в период пребывания ребенка в медицинском стационаре.

В возрасте 3-4 месяцев состояние *нервно-психического* развития 104 детей соответствовало одному из двух вариантов психического развития: «легкое отставание психического развития» и «отставание психического развития» (Приложение Б, рисунок 10). В соответствии с возможностью прохождения курсов комплексной реабилитации, включающей в себя также коррекционно-педагогическую помощь, дети были распределены в группу обучения и группу контроля. Группа обучения (ГО) объединила 56 (53,8%) младенцев, из которых 25 (44,6%) детей с «легким отставанием психического развития», из них 6 (24%) «слепых» детей с отсутствием (2 (8%)) и наличием зрачковой реакции на свет с мгновенной остановкой взора (4 (16%)), и 19 (76%) «слабовидящих» с кратковременной (8 (42,1%)) и устойчивой (6 (31,5%)) зрительной фиксацией и прослеживанием (5 (26,3%)), а также 31 (55,3%) ребенок с

«отставанием психического развития», из которых 13 (41,9%) «слепых» детей с отсутствием (6 (46,1%)) и наличием зрачковой реакции на свет с мгновенной остановкой взора (7 (53,8%)), и 18 (58%) «слабовидящих» с кратковременной зрительной фиксацией. Группу контроля (ГК) составили 48 (46,1%) младенцев, из которых 28 (58,3%) детей с «легким отставанием психического развития», из них 7 (25%) «слепых» детей с отсутствием (3 (10,7%)) и наличием зрачковой реакции на свет с мгновенной остановкой взора (4 (14,2%)), и 21 (75%) «слабовидящий» ребенок с кратковременной (10 (35,7%)) и устойчивой (7 (25%)) зрительной фиксацией и прослеживанием (4 (14,2%)), а также 20 (41,6%) младенцев с «отставанием психического развития», из которых 8 (40%) «слепых» детей с отсутствием (5 (25%)) и наличием зрачковой реакции на свет с мгновенной остановкой взора (3 (15%)), и 12 (60%) «слабовидящих» младенцев с кратковременной зрительной фиксацией.

По результатам опросных методов (беседы и анкетирования) родителей, а также при анализе анамнестических сведений состояния здоровья матерей установлено, что всего 12 (11,5%) женщин в возрасте от 25 до 35 лет были здоровы. Соматические заболевания различной этиологии и степени тяжести имели 92 (88,4%) женщины разной возрастной категории, среди них 11 (11,5%) женщин старше 35 лет имели наследственную офтальмологическую патологию, из них 5 (45,4%) матерей являлись тотально слепыми. Большая половина женщин 64 (61,5%) разного возраста имели опыт воспитания ребенка, из них: 8 (12,5%) от 25 до 35 лет и 56 (87,5%) от 36 до 49 лет. Среди остальных 40 (38,4%) матерей с отсутствием опыта воспитания ребенка наблюдалось 3 (7,5%) слепых матери.

На основании анализа педагогического опыта и степени готовности родителей применять коррекционно-педагогические технологии в процессе воспитания ребенка с нарушением зрения родители были объединены в две примерно равные группы: с достаточным уровнем педагогической компетентности имел место у 46 (44,2%) матерей, недостаточный выявлен у 58 (55,7%) женщин.

Женщины (46 (44,2%)) с достаточным уровнем педагогической компетентности, отличались уверенностью в реализации мероприятий по уходу и лечению младенца, проявляли интерес и готовность к реализации коррекционно-педагогических технологий в процессе воспитания ребенка в семье, осознавали важность применения специальных игровых пособий, методов и приемов взаимодействия с ребенком для развития

психических возможностей. Повышенный уровень включенности в коррекционно-педагогический процесс объяснялся наличием у детей тяжелых, прогрессирующих офтальмологических заболеваний, и перспективой поиска обходных путей развития. Среди матерей было отмечено 2 (3,1%) слепых женщины, которые выражали ответственное отношение к процессу родительства, характеризующееся одновременным проявлением интереса к роли матери и переживаниями относительно собственной компетентности. Они придавали особое значение специальным педагогическим методам развития тактильной чувствительности и ориентировке ребенка в пространстве, так как это обстоятельство имело непосредственную связь с их практическим опытом. Слепыми женщинам требовалось дополнительное время и индивидуальный подход в обучении методам воспитания ребенка с нарушениями зрения и создания специальной предметно-развивающей среды в домашних условиях, организации эмоционально-насыщенного общения с учетом особых образовательных потребностей младенца.

Матери с недостаточным уровнем педагогической компетентности (58 (55,7%)) человек не осознавали важность изучения методов коммуникации с новорожденным и специальных образовательных стратегий. У них отмечалась низкая заинтересованность в отношении включения коррекционно-педагогических технологий в процесс воспитания ребенка в семье. Во многом это было обусловлено непрогрессирующими офтальмологическими заболеваниями у ребенка и совершенствованием зрительного восприятия, возможностью пользоваться им в окружающем. В представленную категорию родителей вошли 3 (7,5%) слепых матери, которые доверяли мнению и организации процесса воспитания и обучения ребенка своему постоянному помощнику (бабушка, тетя). У слепых женщин отмечалось сниженное отношение к процессу родительства. Они не задавали тифлопедагогу вопросов воспитательно-образовательного плана (порядка), осуществляли уход и выполняли гигиенические процедуры ребенку, назначенные врачом, под контролем близкого взрослого или вместе с ним.

Клинико-психолого-педагогические сведения 104 младенцев и социальной характеристики педагогической компетентности родителей (матерей) сопоставимы с теми, что имели 207 детей и родителей констатирующего этапа исследования (2015 – 2017 гг.). Совокупность ряда признаков в этих двух группах позволяет рассматривать их как копи-пары (Приложение Б, таблица 4, таблица 5) и считать полученные на обучающем этапе исследования данные применимыми для организации коррекционно-

педагогической работы в комплексной реабилитации детей с аналогичными клинико-психолого-педагогическими характеристиками.

На **проектно-педагогическом (содержательном)** этапе профессиональная деятельность учителя-дефектолога (тифлопедагога) в комплексной реабилитации детей с нарушениями зрения и разным вариантом психического развития («легкое отставание», «отставание») заключалась в проектировании содержания индивидуальной программы развития (ИПР), а также ее реализации в процессе коррекционно-педагогических занятий в присутствии родителей.

Исходя из научно-обоснованной процедуры проектирования, содержание каждого блока индивидуальной программы развития было направлено на формирование потенциальных психологических достижений (зону ближайшего развития) ребенка с определенным вариантом психического развития.

На начальном этапе коррекционно-педагогической работы выбор индивидуальной программы развития для каждого варианта психического развития детей первых месяцев жизни ГО осуществлялся следующим образом: сведения представлены ниже в таблице 1.

Таблица 1.

Выбор индивидуальной программы развития для вариантов «отставание» и «легкое отставание» психического развития

Группа обучения (56 детей)	
Вариант психического развития	
Отставание (31 ребенок)	Легкое отставание (25 детей)
Образовательная часть	
I блок «Формирование ориентировки на внешнее воздействие»	II блок «Формирование социальных способов взаимодействия»
Компенсаторно-развивающие технологии для группы «слепых» детей	
«Формирование слухо-обонятельной и тактильной чувствительности для ориентировки на внешнее воздействие» (5 детей)	«Формирование способов узнавания и опознавания знакомых людей и предметов» (6 детей)
Коррекционно-развивающие технологии для группы «слабовидящих» детей	
«Формирование зрительной ориентировки на внешнее воздействие» (26 детей)	«Формирование способов зрительного узнавания и опознавания знакомых людей и предметов» (19 детей)

Образовательная часть ИПР для 31 (29,8%) детей с вариантом «отставание психического развития», была представлена содержанием первого блока программы коррекционно-развивающего обучения «Формирование ориентировки на внешнее воздействие» и коррекционно-педагогической частью для группы «слепых» детей из 5 (16,1%) человек со зрачковой реакцией на свет и мгновенной остановкой взора, отсутствием зрачковой реакции на свет – в виде технологии компенсаторно-развивающей направленности «Формирование слухо-обонятельной и тактильной чувствительности для ориентировки на внешнее воздействие». Для группы «слабовидящих» детей из 26 (83,8%) человек с устойчивой и кратковременной зрительной фиксацией – технологией коррекционно-развивающей направленности «Формирование зрительной ориентировки на внешнее воздействие» (индивидуальная программа развития для слепого ребенка с вариантом «отставание психического развития» представлена в приложении В, таблица 8).

Образовательная часть ИПР для 25 (24%) младенцев ГО с вариантом психического развития «легкое отставание психическое развитие» включала содержание второго блока программы «Формирование социальных способов взаимодействия», где коррекционно-педагогическая часть для группы «слепых» детей из 6 (24%) человек с отсутствием и наличием зрачковой реакции на свет или мгновенной остановкой взора, была представлена технологией компенсаторно-развивающей направленности «Формирование способов узнавания и опознавания знакомых людей и предметов», а для группы «слабовидящих» детей из 19 (76%) человек со зрительной фиксацией или прослеживанием – технологией коррекционно-развивающей направленности.

В стационаре с младенцами группы обучения (ГО) проводились лечебно-оздоровительные мероприятия и коррекционно-развивающие занятия, которые реализовывались сериями по 2–3 раза в неделю, с увеличением продолжительности от 3 до 7-10 минут. Коррекционно-педагогическая работа осуществлялась в утреннее или обеденное время, за 15 минут до гигиены и лечения глаз либо через 60 минут после инстилляций (введения) глазных капель, до всех иных восстановительных мероприятий (массаж, ЛФК и физиотерапевтические процедуры). Во время коррекционно-педагогических занятий с помощью специальных педагогических методов и приемов создавались условия для установления целенаправленного визуального или тактильного контакта ребенка со взрослым и его знакомства с предметами. Сами предметы

предъявлялись поочередно, в различных положениях: на руках у матери, на пеленальном столе или на мате, в среднем 3 раза с перерывами, что позволяло предупредить общее переутомление ребенка и перенапряжение зрительного анализатора, в частности.

Отдельное направление работы учителя-дефектолога (тифлопедагога) заключалось в педагогической работе с родителями, повышении воспитательного потенциала семьи. Педагогическое сопровождение родителей было направлено на трансляцию педагогических знаний и формирование специфических умений в области воспитания и обучения младенцев с нарушениями зрения.

Педагогические занятия тифлопедагога с родителями группы «слепых» детей (5) с вариантом психического развития «отставание» представляли собой практическую демонстрацию развивающего взаимодействия, направленное сенсорное воздействие с целью стимуляции разных видов активности. Это обеспечивало вариативность нагрузки и воздействия на разные психологические сферы и развитие функциональных возможностей разных анализаторов. Занятие начиналось с межличностного взаимодействия, развития эмоциональной и социально-коммуникативной сферы, затем предлагались задания по развитию движений, а также социальных действий рук. Обучающее занятие завершалось игровыми заданиями по развитию сенсорной, познавательной сферы. В процессе беседы с родителями обсуждались правила выбора и оказания светового воздействия, длительность применения специальных игровых пособий для увеличения, совершенствования поисково-ориентировочных способов взаимодействия ребенка со взрослым и познания окружающей среды. Знакомили с методическими пособиями по совершенствованию психической активности, в особенности движений рук в исследовании свойств и практических действий с предметами.

Методы и приемы, как и последовательность действий тифлопедагога во время занятия с родителями 26 детей из группы «слабовидящих» с вариантом психического развития «отставание» отличалась от той, что применялись в коррекционно-педагогической работе с родителями детей из группы «слепых». Занятия начинались с установления зрительного контакта взрослого с младенцем во время эмоционального взаимодействия. Специальные игровые пособия и яркие детали одежды использовались взрослым для увеличения зрительной фиксации и продолжительности визуального



контакта. Эмоциональность взрослого во время общения способствовала передаче настроения ребенку и согласованию состояния с близкими, обмену социальными сигналами: мимикой и звуками речи. Дополнительно оказывалось полимодальное воздействие для удержания внимания ребенка на сенсорных стимулах и активизации ориентировочно-поисковых действий. Ведущей темой педагогического консультирования родителей являлось разъяснение значения специальных развивающих занятий для развития функциональных и социальных возможностей ребенка, в особенности зрительной чувствительности. Беседы раскрывали важность соблюдения рекомендаций офтальмолога и точного выполнения лечебных процедур, а также дозирование визуальной нагрузки при сенсорном воздействии для развития чувствительности с помощью светового и цветового воздействия, необходимость создания визуальной и полимодальной среды в период бодрствования ребенка.

В процессе педагогических занятий тифлопедагога с родителями 6 детей из группы «слепых» с вариантом психического развития «легкое отставание» специалистом проводилась демонстрация развивающего общения с ребенком. Занятие начиналось с межличностного взаимодействия, воздействия на эмоциональную, слуховую и обонятельную сферы. Затем ребенка вовлекали в двигательную активность и создавали игровые ситуации по развитию коммуникации (отдельные звуки, слоги). В конце занятия с родителями обсуждались достижения и проблемы, возникающие в процессе воспитания «слепого» малыша. В беседе особое внимание родителей уделялось обучению методам социального взаимодействия с младенцем и ориентирам на развитие его слуховых и тактильных способностей. Освещалась значимость умения ребенка использовать руки для исследования игрушек, находящихся в их непосредственной близости, и навыка различения стимулов (обонятельные, слуховые, тактильные) окружающей среды и изменения поведения в соответствии с ситуацией: поворачиваться к ним, захватывать предмет, совершать манипуляции и т.п.

Педагогическое занятие тифлопедагога с родителями 19 детей из группы «слабовидящих» с вариантом психического развития «легкое отставание» начиналось с установления зрительного контакта во время эмоционального взаимодействия взрослого (родителя) с ребенком, который поддерживался на протяжении всей игровой ситуации. Важным ориентиром в обучении младенца было развитие имитации действий, основанных на взаимосвязи двух анализаторов: зрительного и тактильного. В конце

занятия родители помогали ребенку менять позы в пространстве за счет зрительного и слухового ориентирования, исследовать предметы, находящиеся на небольшом расстоянии от ребенка, перемещаться с помощью ползания. В беседе с родителями тифлопедагог уделял внимание особой интенсивности развития органа зрения в первые шесть месяцев жизни, значимости разнообразия и регулярности сенсорного воздействия. Специалист консультировал родителей по вопросам организации развивающей среды и пребывания ребенка в ней. Важной стала тема совершенствования зрительного восприятия в разных положениях тела ребенка в пространстве. Кроме того, родителям давались рекомендации по организации оптимального зрительного и других видов сенсорного воздействия с целью расширения объема информации и развития зрительного восприятия у детей, избегая переутомления органа зрения.

Особого внимания заслуживали 2 (3,5%) слепые мамы. Одна семья воспитывала «слепого» ребенка с «легким отставанием психического развития», другая – «слабовидящего» ребенка с «отставанием психического развития». Общими правилами взаимодействия слепых родителей с детьми стали: постоянный непосредственный тактильный контакт во время общения; алгоритмизация действий в процессе ухода и воспитания; разнообразие социальных условий при единстве воспитательных требований и режима дня ребенка; привлечение родственников и близких людей в процесс воспитания с предварительным знакомством их с правилами восприятия ребенка и необходимости соблюдения специальных форм общения и развивающего воздействия. Отличительными особенностями обучения слепых родителей являлись разъяснение правил организации развивающей среды для «слепого» или «слабовидящего» ребенка, процесс наблюдения за поведением малыша, распознавание ответных сигналов, их верная интерпретация, способы коммуникативного общения (эмоционального взаимодействия), организация питания, ухода и др. Мать «слепого» ребенка более тонко чувствовала и правильно подбирала методы взаимодействия с малышом, так как верно трактовала поведение младенца в отсутствие зрительной ориентировки. Она более уверенно ухаживала за ним, общалась, прикасалась к телу и лицу младенца, осваивала тифлопедагогические методы и приемы. В работе с родителями «слепых» детей использовалась мобильная связь с передачей звуковых СМС-сообщений по рекомендациям специалиста. Это повышало эффективность эмоционально развивающего общения матери и ребенка, точность и

последовательность игрового воздействия не только в специально организованных занятиях, но и в обычных условиях, когда мама более точно определяла ответные реакции младенца, сравнивала их в процессе режимных процедур, что придавало ей уверенности в своей педагогической компетентности.

Мама «слабовидящего» ребенка чаще и дольше прислушивалась к его ответным реакциям, проверяла руками положение тела ребенка, потому что он быстрее, чем она ожидала, менял положение и осуществлял ориентировку в окружающем пространстве. Ее вопросы к специалисту в большей степени были вызваны опасением за безопасность ребенка и обусловлены трудностями интерпретации происходящих изменений, необходимостью овладения правилами организации предметно-развивающей среды и спецификой эмоционального общения с учетом наличия у ребенка зрения (с «высоким зрительным прогнозом»). Слепых родителей учили подсвечивать игровую зону светом за головой ребенка, контролировать положение тела и головы по направлению к игрушке и лицу взрослого. Для этого педагог практическим путем обучал мать, используя метод «рука в руке», и обращал ее внимание на оценку поведения младенца, проверяя результат руками. Продолжительность освоения детьми каждой группы развития содержания индивидуальной программы (ИПР) фиксировалась в ходе контрольных психолого-педагогических обследований в возрасте 6-9-12 месяцев. Динамика и результат преобразования «зоны ближайшего развития» в «актуальные достижения психики» (темп усвоения нового) в наиболее зрелых сферах восприятия (слух, обоняние, движения и эмоции), а также степень зрелости зрительной чувствительности указывали на возможность и целесообразность изменения содержания ИПР. Полученные сведения анализировались нами в качестве объективных показателей динамики психического развития детей первого года жизни с нарушениями зрения в условиях комплексной реабилитации. С учетом уровня педагогической компетентности родителей менялась организация психолого-педагогического консультирования семьи: количество и длительность встреч, формат обучения и форма ее организации.

Так в возрасте 6 месяцев для 20 детей содержание ИПР было изменено на представленное в III блоке ПКР. Содержание ИПР у других 36 детей было дополнено и уточнено по результатам анализа динамических изменений в психическом развитии, но по степени сложности не менялось в силу неполного преобразования зоны ближайшего психического развития в актуальные достижения возраста. Организация коррекционно-

педагогической работы зависела от места проведения комплексной реабилитации. Так, в условиях круглосуточного медицинского стационара находились дети, которым требовалось хирургическое лечение и пролонгированное медицинское наблюдение. В данном случае алгоритм деятельности тифлопедагога был аналогичен тому, что разработан для организации коррекционно-педагогической работы в медицинском стационаре для детей первых месяцев жизни. На организационно-диагностическом этапе специалист уточнял состояние зрения детей после хирургического или консервативного лечения; по результатам анализа клинико-психолого-педагогических данных разрабатывалась ИПР для ее реализации в процессе лечения; перед выпиской оценивалась динамика и при необходимости вносились изменения в содержание ИПР. Продолжительность коррекционно-педагогического воздействия с детьми в условиях круглосуточного стационара не менялась, т.к. организм ребенка был ослаблен. Коррекционно-педагогический процесс в значительной степени был организован как практическое знакомство, демонстрация и разъяснение родителям нового содержания ИПР. С младенцами, у которых отмечалась постепенная стабилизация зрительных функций по заключению офтальмолога, коррекционно-педагогические занятия организовывались амбулаторно или в условиях дневного стационара. Семья с ребенком приходила утром на коррекционно-педагогические занятия и после периода отдыха в палате последовательно проводились другие медицинские и немедицинские процедуры. Занятия с тифлопедагогом были увеличены по продолжительности на 2-3 минуты, в отличие от занятий в возрасте 3-х месяцев жизни, что составило 15-17 минут. Команда специалистов согласовывала объем и последовательность восстановительных мероприятий комплексной реабилитации в целях предупреждения психофизической перегрузки ребенка.

Педагогические занятия тифлопедагога с родителями группы «слепых» детей (3) по содержанию III блока «Формирование социальных способов познания и средств коммуникации» были направлены на межличностное взаимодействие в игровых ситуациях через непосредственный тактильный контакт и совместное обучение «рука в руке». В ходе занятий внимание родителей обращалось на совершенствование у ребенка дифференциации тактильных, слуховых, обонятельных воздействий. Родителей знакомили с игровыми заданиями, в которых учили ребенка выполнять разнообразные специфические действия с предметами под контролем тактильных, слуховых,

обонятельных и зрительных ощущений, распознавать и опознавать предметы, людей и знакомые ситуации, использовать эмоциональные проявлений, мимический и голосовые способы для коммуникации со взрослым. Беседа с родителями включала разъяснение способов и методов совершенствования у ребенка психологических достижений второго полугодия жизни. Вместе с тем, обсуждались вопросы организации пространства для «слепого» ребенка и особенности его оснащения световыми, звуковыми и тактильными маячками в разных социальных условиях (дома, на улице (прогулочная коляска) и др.). Родителей знакомили с методической литературой и игровыми пособиями, в которых отражено значение тактильной перцепции в познании ребенка окружающей среды. Особое внимание уделялось формированию поисковых действий (исследовательских движений руки, проб и ошибок) и фиксации ребенка на ощущении удовольствия от успеха при выполнении результативных действий с предметом и во время общения со взрослым. Тифлопедагог оказывал помощь слепым родителям в вопросах организации быта, использования манежа для безопасного передвижения, специальной посуды для организации кормления, подробного изложения педагогических рекомендаций с разъяснением обходных путей и результативных воспитательных стратегий, консультировал их посредством мобильной связи с передачей звуковых СМС-сообщений.

В процессе педагогических занятий с родителями группы «слабовидящих» детей (17) по содержанию ИПР, включающей содержание III блока ПКР «Формирование социальных способов познания и средств коммуникации», тифлопедагог демонстрировал приемы зрительного контакта с младенцем в ходе эмоционально-развивающего общения. Важно было научить родителей постоянно поддерживать зрительный контакт с ребенком, тем самым совершенствуя качество имитации, формировать навык копирования простых хорошо знакомых движений взрослого и действий с игрушкой, в том числе мимических, артикуляционных и речевых образцов. Практические знания закреплялись во время практического обучения и консультирования родителей, где важными темами становились формирование устойчивого зрительного сосредоточения ребенка и интереса к действиям с игрушкой, готовность повторять цепочку движений и действий под контролем зрения, оценка результата за счет обработки информации, полученной с помощью зрительного

восприятия. Слепым родителям давались уточняющие рекомендации по игровому взаимодействию, использованию дополнительного детского инвентаря (манеж), облегчающего организацию быта и игры. Кроме того, демонстрировались приемы обучения и взаимодействия с ребенком с помощью метода «рука в руке» во время проведения гигиенических процедур, питания и т.п. Результаты фиксировались в звуковых СМС-сообщениях.

В возрасте 9 месяцев для 23 детей содержание ИПР было изменено на то, что изложено в IV блоке ПКР «Формирование предметных действий и самостоятельности». С другими 33 детьми коррекционно-педагогическая работа продолжала реализовываться по содержанию ранее разработанной ИПР. Регулярные очные встречи позволяли оценить динамику психического развития и внести необходимые коррективы в содержание ИПР, составить план коррекционно-педагогической работы с детьми на следующем возрастном этапе. Комплексная реабилитация преимущественно организовывалась в амбулаторных условиях, т.к. состояние здоровья и зрительных функций у большинства детей стабилизировалось. Коррекционно-педагогические занятия, как и ранее, организовывались в утреннее время с общей продолжительностью до 17-20 минут, не менее 3-5 раз в течение реабилитации. После отдыха в палате родители с детьми посещали другие восстановительные мероприятия. В дни, когда с детьми не проводили коррекционно-развивающих занятий, родители приглашались на групповые встречи, а также когда ребенок находился на массаже или водных процедурах, тифлопедагог организовывал встречи с родителями и обсуждал содержание ИПР, актуальные воспитательные трудности и пути их преодоления. Те дети, которым было необходимо систематическое офтальмологическое лечение в связи с прогрессированием заболевания органа зрения, поступали на дневной или круглосуточный стационар. В этом случае организация коррекционно-педагогического процесса осуществлялась по разработанному для стационара алгоритму. Продолжительность занятий с детьми в утреннее время не превышала 15 минут в целях предупреждения психофизической и зрительной перегрузки. Просветительские встречи, консультация семьи осуществлялись как в утреннее, так и в обеденное время, после дневного сна ребенка.

Педагогические занятия тифлопедагога с родителями группы «слепых» детей (2) включали практическую демонстрацию техник сенсорной стимуляции и развивающего

взаимодействия взрослого с ребенком. Они были нацелены на развитие различных видов двигательной и познавательной активности «слепого» ребенка, формирование практической ориентировки в свойствах предметов за счет их обследования с помощью руки и функциональных возможностей дистантных анализаторов (слухового, обонятельного). Занятия начинались с межличностного взаимодействия, близкого расположения взрослого и ребенка друг к другу для возможности многократного восприятия дыхания, запаха, тактильного контакта с помощью прикосновений к рукам ребенка, поглаживающих движений. На первых порах создавались игровые ситуации социально-коммуникативной направленности, затем реализовывалось обучение действиям с предметами и создавались условия для расширения объема речевых образцов, активизации подражания новым слогам и словам, завершается занятие свободной деятельностью ребенка и выполнением движений под музыку и по речевой инструкции. Консультирование родителей включало следующие темы: соблюдение в семье общих гигиенических правил по охране зрения и в целом здоровья ребенка, режима дня и совершенствования ситуативно-делового общения. Обсуждались такие вопросы как: правила выбора посуды для приема пищи «слепого» ребенка, организация питания, а также развитие самостоятельности при выполнении ребенком различных видов деятельности. Специалист знакомил родителей с методическими пособиями по совершенствованию познавательных действий и формированию навыков мобильности (ориентировки в окружающем), художественно-эстетическому и речевому развитию, использованию руки как средства познания окружающего. Слепым родителям оказывается помощь в анализе значимых изменений в психическом развитии ребенка, организации ситуативно-делового сотрудничества в условиях игровой ситуации и во время межличностного общения.

Педагогические занятия тифлопедагога с родителями детей из группы «слабовидящих» (21) по ИПР, содержание которой состояло из того, что отражено в IV блоке ПКР «Формирование предметных действий и самостоятельности», были направлены на совершенствование зрительного восприятия в виде развития ориентировки и формирование умения различать объекты. Взаимодействие взрослого и «слабовидящего» ребенка начиналось со зрительного контакта при налаживании сотрудничества, переходящее в выполнение действий с игрушками по жестово-речевой инструкции. Для освоения ребенком более сложных движений рук взрослый применял

совместно-раздельный метод обучения, метод демонстрации и оказывал пооперационную помощь, что содействовало развитию навыка подражания и выполнению социально обусловленной цепочки действий под контролем зрения. Так совершенствовалось зрительное восприятие, расширялись поля зрения. Методом совместно-разделенного действия детей обучали обследованию предметов, словесному обозначению, как предмета, так и самого действия или его результата, выполнению целенаправленных практических проб и цепочки действий с социальной последовательностью на основе зрительной ориентировки. Завершалось занятие игровыми ситуациями с использованием ярких, объемных предметов для стимуляции передвижения малыша в пространстве с помощью самостоятельной ходьбы. Основной акцент в педагогическом консультировании родителей делался на изменении характера и способа взаимодействия взрослого с ребенком в виде перехода на деловое сотрудничество в различных видах деятельности. Уточнялись длительность зрительной нагрузки при проведении занятий и исключение переутомления зрительной системы ребенка, обсуждались рекомендации офтальмолога и правила выполнения лечебных процедур, использование видеоустройств и визуальных сенсорных стимулов во второй половине дня. Родителей обучали способам ситуативно-делового сотрудничества с ребенком, объединению способов практического познания реальности, отражению впечатлений и ситуации в речи, увеличению продолжительности и повышению качества зрительной ориентировки. Тифлопедагог знакомил близких ребенка с методической литературой по организации игровых ситуаций в разных образовательных сферах (познавательная, художественно-эстетическая, физическая и др.). Слепых родителей знакомили с подходящими способами контроля активности и поведения детей, практической и речевой коммуникации в процессе общения. Одной из тем консультирования родителей становилось обеспечение безопасности ребенка дома и в общественных местах, формирование социальных форм поведения. Вопросы формирования социальных форм поведения у детей являлись наиболее важными для слепых родителей.

По завершению программы комплексной реабилитации учитель-дефектолог (тифлопедагог) мотивировал родителей на поиск коррекционно-педагогических видов помощи по месту жительства, в том числе обращение на медико-психолого-педагогическую комиссию для оформления ребенку статуса «ребенок с ограниченными



возможностями здоровья» и определения программы обучения, а также зачисление в группу кратковременного пребывания в дошкольную образовательную организацию по месту жительства.

Таким образом, дифференциация содержания индивидуальной программы развития для детей с разными вариантами психического развития осуществлялась на основании следующих критериев: результатах сопоставления клинической и психолого-педагогической информации о психическом развитии ребенка и степени зрелости зрительной чувствительности или восприятия, потребностях семьи в психолого-педагогической помощи и их готовности к реализации содержания ИПР в процессе воспитания, организации комплексной реабилитации. В связи с чем, особые условия организации коррекционно-педагогической работы в комплексной реабилитации в медицинских учреждениях значительно отличаются от условий, характерных для системы образования. В связи с этим тифлопедагог должен владеть дополнительными профессиональными компетенциями и иметь специальную подготовку для выполнения профессиональных действий в междисциплинарной команде специалистов, которые участвуют в восстановлении здоровья детей с нарушениями зрения.

Сведения о динамических изменениях и совершенствовании психического развития детей с нарушениями зрения группы обучения и группы контроля в течение первого года жизни будут представлены в следующем параграфе.

### **3.4. Динамика психического развития детей первого года жизни с нарушениями зрения, воспитывающихся в разных социальных условиях**

В целях оценки динамики психического развития и зрительного восприятия 56 детей группы обучения (ГО) и 48 детей группы контроля (ГК) в возрасте одного года проведено психолого-педагогическое обследование по методике Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печоры, Э.Л. Фрухт, адаптированной и дополненной специальными диагностическими пробами (методика Н.М. Щелованова). Анализ результатов психолого-педагогического обследования детей ГО и ГК показал изменение числа вариантов психического развития и состава детей в группах (Приложение Б, таблица 6).

Согласно аналитическим данным обучающей части исследования, психическое развитие детей с нарушениями зрения групп обучения и контроля в возрасте одного

года может реализовываться с отставанием разной степени. Согласно показателям психического развития у детей отмечалось разное отставание от возрастного норматива, что позволило объединить детей в следующие варианты психического развития: с легким отставанием на 2 э.с., характерным в большей степени для детей ГО с легкими последствиями перинатальной патологии; со средним отставанием на 3–4 э.с. у детей ГО со среднетяжелыми последствиями перинатальной патологии и у детей ГК с легкими последствиями перинатальной патологии; с умеренным отставанием на 5–6 э.с. у детей ГО с тяжелыми и у детей ГК со среднетяжелыми и тяжелыми последствиями перинатальной патологии, количеством и тяжестью других заболеваний; значительным отставанием более 7 э.с. у детей ГК с тяжелыми последствиями перинатальной патологии, числом и тяжестью сопутствующих заболеваний.

Так, «**легкое отставание психического развития**» на 2 э.с. от возрастного норматива, что соответствовало психологическим достижениям 10 месяцев, было зарегистрировано у **26 (25%)** детей с легкими последствиями перинатальной патологии.

Группу обучения составили **23 (88,6%)** ребенка, из них **2 (7,6%)** детей из группы «слепых» со зрительным прослеживанием за мягким источником света, у которых слепота была обусловлена наследственным заболеванием сетчатки и сочетанной офтальмопатологией. Динамика зрительного восприятия у детей на первом году жизни в условиях коррекционного обучения была минимальной: от отсутствия зрачковой реакции на свет в 3 месяца до реакции прослеживания за мягким источником света в 12 месяцев, что соответствовало показателю норматива 1–2 месяцев, т.е. отставание составило 11 э.с. Коррекционно-развивающие занятия с детьми из группы «слепых» в течение года реализовывались по технологии компенсаторно-развивающей направленности. Результатом коррекционно-развивающего обучения стали регулярно наблюдаемые психологические достижения в виде ориентировки на свет. Для детей свет имел сигнальное значение и влиял на поведение ребенка, вызывая изменение эмоционального состояния со спокойного на настороженное, а также двигательной активности с непосредственной к сосредоточению и анализу причины изменения ситуации, с речевым обозначением беспокойства в форме речевого обращения ко взрослому облегченным словом вопросительной интонации. Однако основным источником ориентировки являлась информация, полученная с помощью обоняния,

тактильного и слухового восприятия. Дети привлекали внимание взрослого с помощью таких социальных способов, как прикосновение, направление рук к лицу говорящего, обращение с помощью простых слов, изучали окружающее пространство ощупывающими движениями пальцев. Умение детей из группы «слепых», включенных в обучение, осуществлять ориентировку в окружающем и расширять сенсорный опыт за счет информации, полученной с помощью обоняния и тактильных ощущений, являются результатом целенаправленного коррекционного обучения и свидетельством формирования механизма компенсации к возрасту одного года (к окончанию младенческого возраста). Коррекционно-развивающие занятия с 21 (80,7%) детьми из группы «слабовидящих» с неотягощенной офтальмопатологией в течение года реализовывались по технологии коррекционно-развивающей направленности (ТР). Благодаря этому у них с уровня зрительной фиксации взгляда на объекте зрительное восприятие достигло уровня зрительной ориентировки на внешний вид предметов и их дифференцировку по внешнему виду, что соответствовало показателю норматива 9-10 месяцев с неотягощенной офтальмопатологией. В связи с совершенствованием зрительного восприятия в течение года в эту группу вошли 4 младенца, которые начали обучение в возрасте 3-х месяцев по технологии компенсаторно-развивающей направленности (ТК), а в возрасте 6 месяцев данная технология была изменена на коррекционно-развивающую (ТР), а дети переведены из группы «слепых» в группу «слабовидящих». Дети из группы «слабовидящих» (ГО) распознавали объекты в ближайшем окружении, выбирали действия с предметами, под зрительным контролем выполняли с ними результативные специфические манипуляции, сопровождая их словами или слогами лепета, копировали мимику и поведение взрослого.

Группу контроля составили **3 ребенка из группы «слабовидящих»** с неотягощенной офтальмопатологией, которые в возрасте 3-х месяцев демонстрировали зрительную фиксацию на объектах окружающего, а в 12 месяцев могли дифференцировать лица взрослых и предметы по внешнему виду.

Зрительная ориентировка и познавательная активность «слабовидящих» детей ГК была менее продолжительной, чем «слабовидящих» детей ГО, и возникала только при внешней стимуляции и организации деятельности близким взрослым. Дети кратковременно изучали взглядом пространство. При приближении незнакомого взрослого мгновение рассматривали его и начинали плакать, прятались за мать.

Актуальные психологические достижения на втором году жизни в основных линиях развития, исключая зрение, соответствовали содержанию третьего блока ИПР, что свидетельствовало о готовности освоения детьми ГО содержания четвертого блока программы. У группы «слепых» детей коррекционно-педагогическая работа реализовывалась по ИПР с технологией компенсаторно-развивающей направленности второго блока ИПР с готовностью перейти на третий, а у «слабовидящих» детей – по технологии коррекционно-развивающей направленности. Психологические достижения возраста у детей ГК отличались незрелостью, в связи с чем было принято решение рекомендовать обучения по содержанию ИПР 3 блока по технологии коррекционно-развивающей направленности (ТР).

**«Среднее отставание психического развития»** от возрастного норматива на 4–5 э.с., что соответствовало психологическим достижениям 8 месяцев, было выявлено у **39 (37,5%)** детей с легкими и среднетяжелыми последствиями перинатальной патологии, у которых по-разному было охарактеризовано психическое развитие в 3 месяца жизни.

У **20 (51,2%)** детей ГО отмечалась следующая динамика психического развития: у 18 детей (1 ребенок из группы «слепых» и 17 детей из группы «слабовидящих») отставание от возрастного норматива не увеличилось и составило 3 э.с., а актуальные психологические достижения в основных линиях развития, исключая зрение, соответствовали показателю возраста 8 месяцев. Из варианта «легкое отставание психического развития» в вариант «среднее отставание психического развития» были переведены 2 «слепых» ребенка ГО, у которых за первый год жизни степень отставания психического развития в основных линиях, исключая зрение, увеличилась на 1 э.с. и в возрасте 12 месяцев достигла 3 э.с.

**Зрительное восприятие у 20 (51,2%)** детей ГО имело следующие изменения. Минимальная положительная динамика наблюдалась у **3 (15%)** детей из группы «слепых», которые в возрасте 3 месяцев не реагировали сужением зрачка на свет и фиксировали взглядом источник света в 12 месяцев, что соответствовало показателю 10 дней, т.е. отставание зрительной чувствительности от возрастного норматива составило 11 э.с. Данное состояние, согласно клиническим данным, характерно для тяжелой сочетанной офтальмопатологии. Дети из группы «слепых» осуществляли ориентировку в пространстве путем анализа сенсорной акустической и тактильной информации, полученной с кожной поверхности рук во время выполнения исследовательских

движений, благодаря чему находили и брали в руки игрушки, опознавали их, как и пищу по запаху.

Зрительное восприятие **17 (85%) «слабовидящих» детей ГО** с неотягощенной офтальмопатологией последовательно совершенствовалось и достигло уровня зрительного исследования и опознания лиц взрослого и предметов по внешнему виду, что соответствует показателю 6–7 месяцев, а отставание составило 5–6 э.с. В эту группу вошел 1 ребенок ГО с офтальмопатологией, относящейся к группе риска по снижению зрения, который в возрасте 3 месяцев не имел зрачковой реакции на свет и был отнесен к группе «слепых». В ходе коррекционно-развивающего обучения по компенсаторно-развивающей технологии его зрительные возможности последовательно улучшались, и в возрасте 7 месяцев было принято решение о включении в структуру содержания программы коррекционно-педагогической технологии коррекционно-развивающей направленности. Прогресс зрительного восприятия подтвердил правильность предположения и показал результативность принятого решения. Дети ГО, отнесенные к группе «слабовидящих», совершали зрительную ориентировку в пространстве, осуществляли поиск и обследование объекта взглядом, находили и рассматривали мелкие детали предмета, захватывали игрушки и выполняли социальные действия с ними под контролем зрения.

Психическое развитие **19 (48,7%) детей ГК** (1 ребенок из группы «слепых» и 18 детей из группы «слабовидящих») в 3 месяца было охарактеризовано как «легкое отставание психического развития» и к 12 месяцам увеличилось на 1 э.с., что составило 3 э.с., в связи с чем они из варианта «легкое отставание психического развития» были переведены в вариант «среднее отставание психического развития».

Совершенствования зрительного восприятия у **1 «слепого» ребенка ГК** с тяжелой сочетанной офтальмопатологией не отмечалось и сохранилось в виде отсутствия зрачковой реакции на свет. Характерным для «слепого» ребенка ГК являлось нарастание стереотипных движений во время выполнения действий с игрушкой, частые взмахи руками, покачивания корпусом, надавливание кистями рук на глаза в ситуации возбуждения или дискомфорта. «Слепые» дети ГК при контакте с новым взрослым реагировали негативно, начинали совершать стереотипные движения руками и корпусом тела, надавливали кистями рук на глаза. Все выполняли однообразные манипулятивные действия с преобладанием ротового обследования, у

«слабовидящих» детей зрительное и тактильное обследование быстро сменялось ротовым.

Зрительные возможности **18 (94,7%) «слабовидящих» детей ГК** в течение года улучшались и в возрасте 12 месяцев соответствовали показателю зрительного восприятия 6–7 месяцев, как и у детей ГО. «Слабовидящие» дети находили взглядом и дифференцировали лица взрослых и предметы по внешнему виду, мимолетно изучали мимику взрослого, объект в поле зрения, после чего начинали крутить головой, теряя взрослого из поля зрения, у них усиливалось беспокойство в пределах позы, появлялась мимика обиды, зрительная концентрация на объектах окружающего снижалась.

Анализ клинической информации выявил взаимосвязь динамики психического развития и степени тяжести последствий перинатальной патологии: психическое развитие «слепых» и «слабовидящих» детей реализуется с отставанием от возрастного норматива на 3 э.с. при наличии у одних легких, а у других среднетяжелых последствий перинатальной патологии.

Актуальные психологические достижения детей в основных линиях развития, исключая зрение, соответствовали содержанию второго блока ИПР, но психологические достижения в основных линиях психического развития детей ГК не преобразовались в актуальные возможности, так как дети демонстрировали их только с помощью действий взрослого, в связи с чем было принято решение о продолжении обучения по ранее разработанной программе. С учетом динамики психического развития переход на содержание третьего блока ИПР будет возможен в возрасте 15–18 месяцев. Дети ГО были готовы осваивать содержание третьего блока ИПР. Согласно динамике зрительного восприятия и психического развития, в начале второго года жизни у «слепых» детей содержание ИПР будет реализовываться с коррекционно-педагогической технологией компенсаторно-развивающей направленности, а у «слабовидящих» детей – с коррекционно-развивающей направленности. Количество детей ГО, занимающихся по технологии коррекционно-развивающей направленности, увеличилось в связи с совершенствованием зрительного восприятия до исследования и опознания лица взрослого и предметов по внешнему виду в результате комплексной реабилитации у 1 младенца (5,8%) в возрасте 7 месяцев и принятием консолидированного решения о его переводе из категории «слепых» в категорию «слабовидящих».

**«Умеренное отставание психического развития»** на 6 э.с. от возрастного норматива, что соответствовало психологическим достижениям 6 месяцев. Данный вариант объединил **33 (31,7%) ребенка**, из которых **13 (65%) детей ГО** (8 детей из группы «слепых» и 5 детей из группы «слабовидящих») и **20 «слепых» детей ГК** с увеличением степени отставания показателей психического развития в основных линиях от показателей возрастного норматива, что было выявлено при контрольных психолого-педагогических обследованиях в возрасте 6–9 месяцев, в связи с чем они из варианта «отставание психического развития» были переведены в вариант «умеренное отставание психического развития». Причем сходство динамики психического развития в разных условиях воспитания и обучения было уточнено у родителей детей ГК в процессе структурированной беседы и реконструкции хода психического развития детей. Различия заключались в количестве «слепых» и «слабовидящих» детей, тяжести последствий перинатальной патологии, качестве психологических достижений, изменении степени зрелости зрительных реакций.

Группа обучения (ГО) состояла из **13 (39,3%) детей** с тяжелыми последствиями перинатальной патологии в виде сопутствующих нарушений органов и систем организма. Это были **8 (61%) детей из группы «слепых»** с прогрессирующей и сочетанной офтальмопатологией, которые имели положительную динамику зрительной чувствительности со зрачковой реакцией на свет до фиксации взгляда и исследования подсвеченных объектов. Совершенствование зрительного восприятия выявлено во время контрольного обследования в возрасте 9 месяцев, что стало основанием смены коррекционно-педагогической технологии с компенсаторно-развивающей на коррекционно-развивающую. Отсутствие положительной динамики в развитии зрительного восприятия в течение последующих трех месяцев указало на то, что наиболее результативным является реализация коррекционно-развивающего обучения по коррекционно-педагогической технологии компенсаторно-развивающей направленности для всех «слепых» детей с длительной фиксацией взгляда и ориентировочно-поисковыми движениями при появлении в поле зрения крупного подсвеченного предмета, прослеживанием за мягким источником света, что соответствует показателю 2–3 месяцев с отставанием от возрастного норматива на 8-9 э.с. «Слепые» дети ГО поворачивали голову и направляли лицо в сторону лица взрослого или объекта, определяли его положение в пространстве, тянули руки и

меняли поведение при дистантном контакте взрослого с ними (обращение речью), совершали исследовательские движения рукой для опoznания характера и места тактильного воздействия, выражали свое отношение изменением поведения, мимических и голосовых реакций, включались в сотрудничество при выполнении манипулятивных действий с предметом.

Положительная динамика отмечалась также у **5 (38,4%) «слабовидящих» детей ГО** с сочетанной офтальмопатологией, которые узнавали и опознавали знакомые предметы и лица взрослого. Из них 2 младенцев в возрасте 3 месяцев были отнесены к группе «слепых», так как не имели зрачковую реакцию на свет, и в программу обучения была включена коррекционно-педагогическая технология компенсаторно-развивающей направленности. Совершенствование зрительных реакций у них было зафиксировано в ходе контрольного обследования в возрасте 6 месяцев, и в программу была включена коррекционно-педагогическая технология коррекционно-развивающей направленности, которую дети успешно осваивали благодаря совершенствованию зрительного восприятия до уровня зрительного изучения лица и объектов окружающего, которое соответствовало показателям 5 месяцев, а отставание от возрастного норматива составило 7 э.с. Положительная динамика зрительного восприятия в условиях обучения выявлена у 3 детей, которые в возрасте 3 месяцев фиксировали взгляд на крупном контрастном по цвету предмете, совершали попытки прослеживания, в связи с чем были отнесены к группе «слабовидящих». Этим детей отличало продолжительное зрительное внимание и исследование окружающего пространства, попытки опoznания предметов рукой под контролем зрения, но только тех, что находились непосредственно перед ними. Они совершали перемещение тела в сторону понравившейся игрушки или направляли руки в сторону близкого взрослого, самостоятельно захватывали и извлекали звук из игрушки с помощью простой манипуляции, на фоне эмоционального возбуждения или положительных впечатлений издавали звуки гуления.

Совершенствование зрительного восприятия у **20 (60,6%) детей из группы «слепых», составивших ГК** с сочетанной офтальмопатологией и разной продолжительностью фиксации взгляда на мягком источнике и попыткой прослеживания за ярким крупным предметом со световым элементом, что соответствует показателю возраста 1–2 месяцев, т.е. улучшение составило 1 э.с, при



этом степень отставания достигала 11 э.с. Данный уровень зрительной чувствительности не позволял им использовать ее для ориентировки и познания окружающей среды. У детей из группы «слепых» и ГК отмечалась угасающая потребность в исследовании сенсорных стимулов и близкого взрослого. Лишь изменением поведения и движениями тела малыши сообщали о готовности контакта со взрослым, направленным движением руки, сообщали об интересе к предмету. Для них было характерно своеобразие поведения, которое проявлялось в стойких стереотипных движениях конечностями и головой, подсасыванием губ в ситуации дискомфорта, которое возникало в новой обстановке.

Совершенствование зрительной чувствительности и динамика психического развития повлияли на поведение детей ГО, которое менялось согласно степени освещенности помещения. Младенцы из группы «слепых» ориентировались на ощущения, полученные со слухового, обонятельного и тактильного анализаторов, принимали и прислушивались, реагировали улыбкой на обращение близкого взрослого, захватывали игрушку, попавшую случайно под руку, выполняли с ней размахивающие движения, а после обучения методом «рука в руке» – простые манипуляции. Дети из группы «слабовидящие» активно используют свои зрительные возможности во время общения, реагировали «комплексом оживления» на происходящее, на появление взрослого в поле зрения.

Так, совершенствование психического развития у детей ГО с нарушениями зрения и тяжелыми последствиями перинатальной патологии реализуется в том же темпе, что и у младенцев ГК с аналогичными по этиологии нарушениями зрения и среднетяжелыми последствиями перинатальной патологии в виде сопутствующих нарушений органов и систем организма. С совершенствованием психического развития у детей ГО наблюдается небольшое улучшение зрительного восприятия, которого у детей ГК не выявлено.

Актуальные психологические достижения детей в основных линиях развития соответствовали содержанию первого блока ИПР и свидетельствовали о готовности освоения второго блока ИПР – технологий компенсаторно-развивающей направленности для «слепых» детей и технологий коррекционно-развивающей направленности для «слабовидящих» детей. Детям ГК было целесообразно начать обучение по содержанию первого блока ИПР с коррекционно-педагогической

технологии компенсаторно-развивающей направленности для «слепых» детей, с контролем динамики психического развития через 3 месяца для возможного перевода на содержание второго блока ИПР при устранении последствий отставания социальной природы.

**Вариант «Значительное отставание психического развития»** с отставанием от показателей возрастного норматива более 7 э.с. и психологическими достижениями в основных линиях развития, соответствующими показателям возраста 3 месяцев, обнаружен у **6 (5,7%) детей из группы «слепых», составивших ГК**, с прогрессирующими офтальмологическими заболеваниями по этиологии и степени тяжести аналогичной той, что наблюдалась у «слепых» детей с «умеренным отставанием психического развития» ГО. Динамика психического развития за первый год жизни составила 1 э.с. Зрительная чувствительность у 4 детей, как и в возрасте 3 месяцев, отсутствовала. В результате комплексной реабилитации у других 2 детей ГК произошло незначительное улучшение от отсутствия реакции на свет в 3 месяца до появления зрительного сосредоточения на близкорасположенном подсвеченном предмете в 12 месяцев, что соответствовало показателю возраста 1 месяца и свидетельствовало об отставании степени зрелости зрительной чувствительности от показателя возраста на 11 э.с. Минимальная динамика зрительной чувствительности и психического развития у детей из группы «слепых» обусловлена тяжелыми последствиями перинатальной патологии, сопутствующими заболеваниями и сочетанной офтальмологической патологией и отсутствием социальных условий воспитания, созданных с учетом особых образовательных потребностей.

Актуальные психологические достижения детей из группы «слепых» и ГК в основных линиях развития, исключая зрение, соответствовали содержанию первого блока ИПР, что указывало на результативность начала обучения по ней с включением коррекционно-педагогической технологии компенсаторно-развивающей направленности (ТК).

Сравнительные данные результатов обследования детей первого года жизни показали, что у детей группы обучения выявлено 3 варианта психического развития, а у их сверстников из группы контроля – 4 варианта (Приложение Б, рисунок 11). Кроме того, в каждом из вариантов психического развития поведение детей в новых условиях было различным, как и готовность взаимодействия с новым взрослым. Так, дети группы

обучения вели себя спокойно, вступали в эмоциональный контакт с педагогом и переходили на ситуативно-деловое общение, поддерживали коммуникацию с помощью социальных средств: мимики, жестов и речевых звуков. В то время как дети группы контроля независимо от варианта психического развития с трудом адаптировались (успокаивались) в новой ситуации. У них преобладали повышенные негативные эмоции при предъявлении разных стимулов окружающей среды. Педагог длительное время устанавливал с ними эмоциональный контакт, а после длительного успокоения на руках у матери урегулированное взаимодействие со взрослым стремительно исчезало. Речевое взаимодействие дети поддерживали только с матерью, инициировали его с помощью отдельных звуков, слогов или привычного для близкого взрослого поведения. Одним из главных достижений детей группы обучения явилось развитие общих движений, обонятельного и слухового восприятия, при помощи которого они ориентировались в окружающем, и социальных движений рук. Дети активно меняли положение тела в пространстве, перемещались путем ползания или с помощью опоры могли стоять и передвигаться вдоль нее. В то время как дети группы контроля предпочитали находиться в той позе, в которой располагал их взрослый или пребывали на его руках, самостоятельно перемещались в пространстве мало, неохотно, с опаской или вовсе не передвигались. Как правило, у этих детей нарастали стереотипные движения, частые взмахи руками, покачивания корпусом, надавливания кистями рук на глаза. Отличительной особенностью детей группы обучения стало то, что они прислушивались к звукам окружающего, с позитивными проявлениями реагировали на обонятельные стимулы, поворачивали голову в сторону звукового или ароматного источника, узнавали его. Опознавая голос матери, дети могли выполнить простые действия по слову, проявляли положительные эмоциональные реакции, улыбались. Слуховые и обонятельные реакции детей группы контроля отличались неустойчивостью и ответными негативными проявлениями в виде длительного плача. Дети замирали, прислушивались, принюхивались, проявляли ориентировочно-поисковое поведение. Однако при сокращении дистанции со стимулом они реагировали мимикой настороженности на происходящее вокруг, начинали волноваться, пугались, вздрагивали, отворачивались лицом к маме, длительно плакали. Результатом обучения детей являлось умение пользоваться рукой как средством познания предметов окружения. Дети группы обучения пользовались осязанием (социальными движениями

рук) при изучении предмета, согласовывали движения рук между собой, передвигали ладони и пальцы рук по поверхности, уделяли внимание мелким деталям, перекладывали игрушку из одной руки в другую, находили элементарный способ действия с ней. В то время как дети группы контроля минимально проявляли интерес к игрушкам или вовсе не брали их в руки. Они настороженно относились к любым тактильным прикосновениям, одергивали руки, нарастало негативное поведение, появлялся громкий крик. Как правило, эти дети сводили свободные от предмета руки около груди, тянули их в рот, исследовательских действий руками рядом с собой не осуществляли.

На основании данных анализа актуального уровня психического развития и клинико-психолого-педагогических характеристик детей с нарушениями зрения ГО и ГК, воспитывающихся в разных социальных условиях, были уточнены критерии, научные и эмпирические обоснования процедуры проектирования коррекционно-педагогической работы и содержания индивидуальной программы развития с детьми первого года жизни с нарушениями зрения (Приложение Б, таблица 7).

Динамика преобразования зоны ближайшего психического развития в актуальные достижения, которые можно наблюдать в самостоятельной деятельности ребенка, свидетельствует о появлении новой зоны ближайшего развития, готовности и потребности к освоению более сложных способов социального взаимодействия со средой и является показателем к усложнению содержания индивидуальной программы развития. При легком отставании психического развития дети с нарушениями зрения за первый год жизни осваивают три блока программы (ПКР) и приступают к четвертому, который дети с нормативным психическим развитием осваивают к концу первого года. При среднем отставании психического развития дети с нарушениями зрения за первый год жизни осваивают два блока программы (ПКР) и приступают к третьему, при умеренном и значительном отставании – первый или второй блоки программы (ПКР). Динамические различия в освоении психологических достижений возраста детьми с нарушениями зрения объясняются взаимосвязью факторов: тяжестью последствий офтальмологического заболевания и перинатальной патологии. Преобразование зоны ближайшего развития в актуальные достижения психики при использовании акустической, обонятельной и тактильной чувствительности и восприятия происходит дольше, чем у «слабовидящих»,

получающих визуальную информацию, которая дополняется другими каналами восприятия. Данная закономерность объясняет факт увеличения по мере взросления степени отставания психического развития от возрастного норматива у детей группы «слепых» и их перехода из варианта с динамичным психическим развитием в вариант с более медленным психическим развитием. В дополнение к этому, в силу ограничения функционирования зрительного анализатора психологические достижения зрительного восприятия появляются позже, чем в линиях развития, не имеющих функциональных ограничений, и при медленной динамике психического развития в возрасте одного года уровни зрительного восприятия, характерные для группы «слабовидящих», зафиксировать не удастся. Отсутствие динамических изменений в зрительном восприятии у младенцев в течение 6–9 месяцев на фоне преобразования психологических достижений зоны ближайшего развития в актуальные достижения психики является критерием включения в ФАОП ДО коррекционно-педагогической технологии компенсаторно-развивающей направленности (ТК). Совершенствование степени зрелости зрительного восприятия и появление способности визуального обследования и опознания предметов следует рассматривать как критерий, указывающий на возможность включения в ФАОП ДО коррекционно-педагогической технологии коррекционно-развивающей направленности. Дополнение и систематическая реализация содержания программы коррекционно-педагогической работы в комплексной реабилитации создает условия для активизации психического развития детей с нарушениями зрения и перинатальной патологией разной степени тяжести последствий, а также совершенствования зрительного восприятия у детей из группы «слабовидящих» с непрогрессирующими офтальмологическими заболеваниями и других видов восприятия у детей из группы «слепых», благодаря которым они осуществляют ориентировку, взаимодействие и познание окружающей действительности, что указывает на сформированность механизмов компенсации. Специально разработанное содержание коррекционно-педагогической работы и алгоритм проектирования индивидуальной программы развития (ИПР), применение коррекционно-педагогических технологий коррекционно-развивающей и компенсаторно-развивающей направленности в комплексной реабилитации активизирует процесс формирования механизмов восприятия и сенсорной чувствительности у детей группы «слепых» и зрительные возможности и восприятие у

детей группы «слабовидящих». Благодаря ему у группы «слепых» детей происходит достаточное накопление сенсорного опыта для преобразования сенсорной чувствительности в другие способы познания окружающего. Отсутствие коррекционно-педагогического воздействия, специальных условий среды не позволяет детям из группы «слепых» со «значительным отставанием психического развития» овладеть более сложными способами ориентировки и использовать руку как средство познания окружающего.

Таким образом, данные обучающей части исследования подтвердили научную гипотезу и ряд положений, выносимых на защиту.

Полученные результаты отражают актуальные потребности тифлопедагогики: определение алгоритма дифференциации коррекционно-педагогической помощи детям первого года жизни с нарушениями зрения; подход к выбору коррекционно-педагогических технологий по развитию зрительного восприятия для детей из группы «слабовидящих» и компенсаторных механизмов для детей из группы «слепых».

## **Выводы**

1. Вариант психического развития младенцев с нарушениями зрения определяется этиологией, структурой и тяжестью последствий перинатальной патологии, оказывающей влияние на степень отставания психологических достижений возраста в основных линиях развития от возрастного норматива: легкое, среднее, умеренное, значительное.

2. Группа «слепых» детей с отсутствием или наличием зрачковой реакции на свет, мгновенной остановкой взора и прослеживанием за мягким источником света значимо чаще имеет тяжелые последствия перинатальной патологии, обуславливающие медленный темп и отставание психического развития от возрастной нормы, а также сложную структуру особых образовательных потребностей, что необходимо учитывать при проектировании индивидуальной программы развития.

3. Психолого-педагогическое сопоставление результатов оценки актуальных и потенциальных возможностей зрительной чувствительности за счет специального воздействия визуальными стимулами разной модальности позволяет определить степень зрелости восприятия, направленность и содержание технологии коррекционного

обучения для совершенствования зрительных функций у детей группы «слабовидящих» и механизмов компенсации у детей группы «слепых».

4. Степень зрелости зрительной чувствительности является психолого-педагогическим критерием распределения детей в группу «слепые и слабовидящие». Группу «слепые» составляют дети с отсутствием или наличием зрачковой реакции на свет, мгновенной остановкой взора и прослеживанием за мягким источником света. Группу «слабовидящие» составляют младенцы с фиксацией, прослеживанием и исследованием взглядом крупных объектов; зрительным узнаванием (опознанием) лиц взрослых и предметов; дифференциацией предметов по внешнему виду, имитацией и подражанием движениям, действиям взрослого с предметами; зрительной ориентировкой в окружающей среде для обеспечения безопасности при передвижении и достижения социальной цели во время действия с предметом; зрительной ориентировкой на внешний вид и явные сенсорные признаки предмета при их группировке и выполнении предметных действий.

5. Нелинейная динамика зрительного восприятия и психического развития младенцев с нарушениями зрения, вероятность изменения функционального статуса указывают на необходимость междисциплинарного диалога и комплексного анализа медико-психолого-педагогической информации о состоянии здоровья и динамике психического развития при определении содержания, организации и технического оснащения коррекционно-педагогической работы в программе комплексной реабилитации на каждом возрастном этапе.

6. Критерием выбора содержания и организации обучения ребенка с нарушениями зрения являются потенциальные психические возможности, которые он демонстрирует в специально созданной ситуации игрового взаимодействия взрослого с ним (показатели зоны ближайшего психического развития). Динамика преобразования зоны ближайшего психического развития в актуальные достижения, которые можно наблюдать в самостоятельной деятельности ребенка, свидетельствует о готовности ребенка к освоению более сложных способов социального взаимодействия со средой и является основанием для изменения содержания образовательной части ИПР. Ориентиром выбора технического оснащения, содержания и методов коррекционно-педагогической технологии коррекционно-развивающей и компенсаторно-развивающей направленности является степень зрелости зрительного и иных видов восприятия у младенцев с нарушениями зрения. Выявление во время контрольного психолого-

педагогического обследования ребенка способности визуального обследования и опознания предметов указывает на необходимость обсуждения с врачами-специалистами целесообразности реализации коррекционного обучения по технологии коррекционно-развивающей направленности. Отсутствие положительной динамики зрительного восприятия и невозможность узнавания, опознания детьми старше 6 месяцев лиц и предметов является обоснованием для реализации обучения по коррекционно-педагогической технологии компенсаторно-развивающей направленности. Организация и содержание обучения родителей определяется степенью их педагогической компетентности и готовности к применению коррекционно-педагогических технологий в процессе воспитания ребенка.

7. В условиях регулярного коррекционного обучения у детей со схожими по тяжести последствиями перинатальной патологии динамика психического развития при тотальной зрительной депривации (слепоте) медленнее, чем при ограничении функциональных возможностей зрительного анализатора (слабовидении), в связи с чем происходит увеличение временного интервала для овладения детьми психологическими достижениями возраста. Данный феномен объясняется двумя причинами: во-первых, ребенок получает с других каналов восприятия меньший объем сенсорной информации и дольше накапливает сенсорный опыт, необходимый для перехода на более совершенный уровень восприятия; во-вторых, совершенствование тактильного восприятия в качестве компенсаторного механизма требует больше времени, чем зрительного восприятия.

8. Специально разработанное содержание обучения и воспитания, применение коррекционно-педагогических технологий коррекционно-развивающей и компенсаторно-развивающей направленности в комплексной реабилитации обеспечивают возможность совершенствования восприятия и тактильной чувствительности у «слепых», зрительного восприятия у «слабовидящих», благодаря чему к концу первого года жизни они накапливают сенсорный опыт достаточный для перехода к оперированию образами-восприятия, составляющих основу познавательной деятельности. Отсутствие коррекционно-педагогического воздействия, специальных условий среды не позволяет «слепым» детям с умеренным и значительным отставанием психического развития перейти от уровня сенсорной чувствительности к уровню восприятия и использовать руку как средство познания окружающего.

9. Организация, содержание, формат и форма педагогической поддержки родителей, в том числе с использованием современных информационных средств,



определяются по результатам сопоставления медико-социальных данных: индивидуального уровня готовности к применению коррекционно-педагогических технологий в процессе воспитания ребенка, педагогического опыта, актуальных трудностей по воспитанию и уходу за ребенком с нарушениями зрения, степени зрелости зрительной чувствительности или восприятия у младенца, динамики его психического развития.

10. Интеграция коррекционно-педагогической работы в комплексную реабилитацию происходит путем обмена клиническими и психолого-педагогическими данными между специалистами, реализующими ее в различных формах (в медицинском стационаре и условиях семьи) и на разных возрастных этапах восстановления здоровья детей с нарушениями зрения: организационно-аналитическом, проектно-практическом, контрольно-прогностическом.

Результаты исследования расширяют представления о потенциальных возможностях психического развития детей с нарушениями зрения в процессе раннего коррекционного обучения в комплексной реабилитации и дополняют научные данные новыми сведениями о динамике формирования компенсаторных механизмов у младенцев с офтальмологической патологией. Практическая реализация теоретических основ проектирования при определении структуры и содержания индивидуальной программы коррекционно-педагогической помощи в ранней реабилитации детей с нарушениями зрения является одним из методических путей решения современных проблем в педагогической практике.

Предложенная профессиональная терминология, разработанные алгоритмы и содержание деятельности тифлопедагога, методические рекомендации по реализации коррекционно-педагогической работы в комплексной реабилитации расширяют сферу профессиональной деятельности специалистов медицинской и психолого-педагогической службы и упрощают их межведомственное взаимодействие.

Представленная научная работа содержит ориентиры для дальнейших исследований в области организации коррекционно-педагогической помощи детям с нарушениями зрения и последствиями перинатальной патологии на других возрастных этапах.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее исследование посвящено разработке научно обоснованной процедуры проектирования содержания программы коррекционно-педагогической работы с детьми первого года жизни с нарушениями зрения в процессе комплексной реабилитации (абилитации). Актуальность научного поиска обусловлена следующим: увеличением количества младенцев с патологией органа зрения, в том числе с тяжелыми офтальмологическими заболеваниями с ранней манифестацией, в детской популяции; приоритетом развития науки в области реабилитации детей-инвалидов с учетом современных научных достижений в области медицины и педагогики с целью повышения результативности восстановления функциональных возможностей организма и максимально ранней социальной интеграции в общество. При наличии необходимой законодательной и нормативной базы алгоритм реализации содержания коррекционно-развивающего обучения детей раннего возраста с нарушениями зрения в комплексной реабилитации научно не обоснован. В публикациях не рассмотрена последовательность профессиональной деятельности тифлопедагога при определении содержания, методов и приемов коррекционно-педагогической работы с детьми со зрительной депривацией разной степени тяжести для формирования механизмов компенсации и развития зрительного восприятия. Все вышесказанное стало основанием для организации научного исследования, констатирующий этап которого выявил корреляцию между отягощенным неврологическим, соматическим состоянием и показателями психического развития (степень отставания от возрастного норматива) младенцев. Установлено, что у всех детей с нарушениями зрения на первом году жизни сохраняется незрелость зрительной чувствительности разной степени и отставание психического развития от возрастного норматива. Оценить степень психологической зрелости зрительной перцепции и зону ближайшего развития восприятия, актуальные психологические достижения возраста и зону ближайшего развития в линиях развития (физического, социального, познавательного и речевого) у детей с нарушениями зрения удастся за счет применения в ходе психолого-педагогического обследования специального диагностического инструментария, педагогических методов и приемов. К группе «слепых» относятся дети со «зрачковой реакцией на свет с мгновенной остановкой взора» (10 дней жизни) и «отсутствием зрачковой реакции на свет»; группу

«слабовидящих» составляют дети со зрительными реакциями: «устойчивое прослеживание» (60 дней жизни), «устойчивая фиксация» (30 дней жизни), «кратковременная зрительная фиксация» (20 дней жизни).

Разная степень готовности родителей к реализации коррекционно-педагогических технологий в процессе воспитания ребенка с нарушениями зрения в семье требует реализации дифференцированного подхода в организации педагогического консультирования родителей в целях сохранения их психологических ресурсов, повышения педагогической компетентности и приверженности к соблюдению рекомендаций специалистов. В педагогическом консультировании в комплексной реабилитации нуждаются все родители детей с нарушениями зрения. В особом внимании и индивидуальной организации педагогического просвещения нуждаются слепые родители детей с наследственной офтальмологической патологией, которым необходимо освоить специальные методы ухода, обучения и воспитания ребенка. Наиболее благоприятными для налаживания социального взаимодействия ребенка с близким взрослым и предметным миром являются первые месяцы жизни, когда значительную часть времени семья с ребенком с нарушениями зрения и последствиями перинатальной патологии находится в условиях медицинского стационара, где применяются комплексные меры по восстановлению детского здоровья и функционирования органа зрения.

Аналитические данные констатирующего этапа исследования о высокой вероятности изменения функционального статуса ребенка стали основанием для определения теоретической базы педагогического проектирования структуры и содержания программы коррекционно-педагогической работы (ПКР), коррекционно-педагогических технологий по развитию и активизации темпа овладения более совершенными уровнями зрительного восприятия, сенсорной чувствительности и формирования компенсаторных механизмов у младенцев с нарушениями зрения. Первое полугодие жизни детей обозначено как наиболее благоприятный возрастной период включения коррекционно-педагогической работы в программу комплексной реабилитации младенцев с нарушениями зрения и последствиями перинатальной патологии разной степени тяжести.

Проектирование программы коррекционно-педагогической работы для младенцев с нарушениями зрения предполагает выбор содержания, игрового и технического

оснащения, графика и методов работы с семьей. При этом учитываются прогноз результатов обучения согласно целевым ориентирам, исходя из зоны ближайшего развития ребенка и запроса родителей на момент психолого-педагогического обследования, направленность коррекционно-педагогических технологий с учетом степени зрелости зрительного восприятия. Содержание программы коррекционного обучения детей первого года жизни включает задачи и направления по образовательным областям, а также технологии коррекционно-педагогической направленности (компенсаторно-развивающей и коррекционно-развивающей) в зависимости от степени зрелости зрительной чувствительности, которая уточняется на каждом возрастном этапе. Перевод ребенка с одной программы обучения на программу следующего периода осуществлялся по результатам оценки сформированности психологических достижений, а также от возможностей зрительного восприятия. Определен алгоритм деятельности тифлопедагога, как в медицинском стационаре, так и в службах ранней помощи разной ведомственной принадлежности, в том числе в процессе воспитания ребенка с нарушениями зрения в семье, представлены критерии оценки эффективности коррекционно-педагогической технологии.

Предложены организационные формы и содержание обучения родителей реализации коррекционно-педагогических технологий по развитию у младенцев зрительной чувствительности и формированию компенсаторных механизмов как в стационаре, так и в домашних условиях, что позволяет повысить их педагогическую компетентность и степень участия в комплексной реабилитации.

Сравнение результатов психолого-педагогического обследования детей первого года жизни показало, что у детей группы обучения психическое развитие реализуется преимущественно с легким и средним, в меньшей степени с умеренным отставанием от возрастного норматива, и лишь у небольшого количества «слабовидящих» детей группы контроля – с легким и средним, и у большинства «слепых» детей группы контроля – с умеренным и значительным отставанием психического развития от возрастного норматива. Детей со значительным отставанием психического развития от возрастного норматива среди «слепых» младенцев ГО выявлено не было. Кроме того, в каждом из вариантов психического развития дети отличались между собой реакциями на новую ситуацию, готовностью к взаимодействию с новым взрослым, а также

способами познания окружающего (использование рук для познания окружающих предметов и пространства).

Дети с нарушениями зрения с легким отставанием психического развития за первый год жизни осваивают три блока программы (ИПР) и приступают к четвертому, который дети с нормативным психическим развитием осваивают к концу первого года. При среднем отставании психического развития дети с нарушениями зрения за первый год жизни осваивают два блока программы (ИПР) и приступают к третьему, а при значительном и выраженном отставании – первый или второй блоки программы (ИПР). Динамические различия в освоении психологических достижений возраста детьми с нарушениями зрения объясняются взаимосвязью факторов: тяжестью последствий офтальмологического заболевания и перинатальной патологии. Преобразование зоны ближайшего развития в актуальные достижения психики у «слепых» при использовании акустической, обонятельной и тактильной чувствительности и восприятия происходит медленнее, чем у «слабовидящих». Данная закономерность объясняет факт увеличения по мере взросления степени отставания психического развития от возрастного норматива у детей из группы «слепых» и их перехода из варианта с динамичным психическим развитием в вариант с более медленным психическим развитием. В дополнение к этому, в силу ограничения функционирования зрительного анализатора, психологические достижения зрительного восприятия появляются позже, чем в линиях развития, не имеющих функциональных ограничений. В то же время при медленной динамике психического развития в возрасте одного года уровни зрительного восприятия, характерного для детей из группы «слабовидящих», зафиксировать не удастся. Отсутствие динамических изменений в зрительном восприятии у младенцев в течение 6–9 месяцев на фоне преобразования психологических достижений зоны ближайшего развития в актуальные достижения психики является показателем (критерием) включения в ФАОП ДО коррекционно-педагогической технологии компенсаторно-развивающей направленности (ТК). Совершенствование степени зрелости зрительного восприятия и появление способности визуального обследования и опознавания предметов следует рассматривать как показатель, указывающий на возможность включения в ФАОП ДО коррекционно-педагогической технологии коррекционно-развивающей направленности (ТР).

Научное обоснование содержания и процедуры проектирования коррекционно-педагогической работы с детьми первого года жизни с нарушениями зрения способствует решению актуальной научной проблемы в области коррекционной педагогики, в частности, тифлопедагогики по включению в программу комплексной реабилитации дифференцированного содержания специального обучения и коррекционно-педагогических технологий по развитию зрительного восприятия у детей группы «слабовидящих» и компенсаторных механизмов у детей группы «слепых». Комплексная реабилитация по совершенствованию зрительного восприятия у детей с определенными офтальмологическими заболеваниями и других видов восприятия из группы «слепых», благодаря которым они осуществляют ориентировку, взаимодействие и познание окружающей действительности, указывает на возможность формирования механизмов компенсации. При этом важным направлением является повышение педагогической компетентности родителей в вопросах развития психических возможностей детей в условиях семейного воспитания.

Результаты исследования могут быть использованы специалистами коррекционно-педагогического и медицинского профиля в учреждениях здравоохранения, в дошкольных образовательных организациях, а также рекомендованы к использованию в учебных программах по подготовке студентов-дефектологов (тифлопедагогов) в вузах. Предложенная профессиональная терминология, деятельность тифлопедагога, методические рекомендации по реализации ПКР расширяют профессиональные представления и способствуют межведомственному взаимодействию специалистов медицинской и психолого-педагогической службы.

В дальнейшем научные исследования могут быть продолжены в направлении изучения особых основательных потребностей детей раннего и дошкольного возраста с нарушениями зрения и условий их удовлетворения с помощью специального обучения с учетом предложенного научно-обоснованного подхода к проектированию индивидуальной программы развития.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ТЕРМИНОВ

<b>Сокращения</b>	<b>Расшифровка</b>
ОВЗ	ограниченные возможности здоровья
ПП ЦНС	перинатальное поражение центральной нервной системы
последствия ПП	последствия перинатальной патологии
ЭНМТ	экстремально низкая масса тела (при рождении)
ОНМТ	очень низкая масса тела (при рождении)
НМТ	низкая масса тела (при рождении)
ОРИТ	отделение реанимации и интенсивной терапии
ЭРГ	Электроретинограмма
ЗВП	корковые зрительные вызванные потенциалы
МКФ	международная классификация функционирования
ВПФ	высшие психические функции
ДЦП	детский церебральный паралич
МВПР	множественные врожденные пороки развития
РДСН	респираторный дистресс синдром
БЛД	бронхолегочная дисплазия
ЖКТ	желудочно-кишечный тракт
ВСД	вегетососудистая дистония
ЧАЗН	частичная атрофия зрительного нерва
ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» МЗ РФ	федеральное государственное автономное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
ФГБУ «НМИЦ ГБ им. Гельмгольца» МЗ РФ	федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней имени Гельмгольца» Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБНУ «ИКП»	федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Институт коррекционной педагогики»
ФАОП ДО ОВЗ (ФАОП ДО)	федеральная адаптированная образовательная программа дошкольного образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья
ГО	группа обучения
ГК	группа контроля
э.с.	эпикризный срок
ИПР	индивидуальная программа развития
ПКР	программа коррекционно-педагогической работы
ТК	технология компенсаторно-развивающая
ТР	технология коррекционно-развивающая

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абрамов, В.Г. Основные заболевания глаз в детском возрасте и их клинические особенности / В.Г. Абрамов. – М.: Мобиле, 1993. – 493 с.
2. Авдеева, Н.Н. Вы и ваш младенец: о воспитании и психическом развитии от рождения до года / Н.Н. Авдеева, С.Ю. Мещерякова. – М.: Мозаика-Синтез, 2006. – 224 с.
3. Аветисов, Э.С. Охрана зрения детей / Э.С. Аветисов. – М.: Медицина, 1975. – 272 с.
4. Айвазян, Е.Б. Механизмы формирования и возможности предупреждения отклонений в развитии слепого ребенка младенческого возраста в перспективе культурно-исторического подхода / Е.Б. Айвазян, Т.П. Кудрина // Дефектология. – 2019. – № 4. – С. 3– 13.
5. Аксарина, Н.М. Воспитание детей раннего возраста / Н.М. Аксарина. – М.: Медицина, 1977. – 303 с.
6. Аксарина, Н.М. Развитие и воспитание ребенка от рождения до трех лет / Н.М. Аксарина, М.Ю. Кистяковская, Н.Ф. Ладыгина [и др.]: под ред. Н.М. Щелованова. – М.: Просвещение, 1968. – 101 с.
7. Ананьев, Б.Г. Особенности восприятия пространства у детей / Б.Г. Ананьев, Е.Ф. Рыбалко. – М.: Просвещение, 1964. – 304 с.
8. Ананьев, Б.Г. Сенсорно-перцептивная организация человека / Б.Г. Ананьев. – М.: Педагогика, 1982. – 336 с.
9. Аршавский, И.А. Основы возрастной периодизации / И.А. Аршавский // Хрестоматия по возрастной физиологии: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям – «Дошкольная педагогика и психология», «Педагогика и методика дошкольного образования» / Сост. М.М. Безруких, В.Д. Сонькин, Д.А. Фарбер. – М.: Академия, 2002. – 288 с.
10. Бадалян, Л.О. Руководство по неврологии раннего детского возраста / Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, Н.М. Всеволожская. – К.: Здоров, 1980. – 527 с.
11. Баенская, Е.Р. Мы: общение и игра взрослого с младенцем: Книга для родителей / Е.Р. Баенская, Ю.А. Разенкова, И.А. Выродова. – М.: Полиграф сервис, 2002. – 132 с.



12. Баженова, О.В. Диагностика развития детей первого года жизни / О.В. Баженова. – М.: Изд-во МГУ, 1986. – 92 с.
13. Баранов, А.А. Заболеваемость детского населения России (итоги комплексного медико-статистического исследования) / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов [и др.]. // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 5. – С. 21–26.
14. Басаргина, М.А. Моделирование саногенетической развивающей среды и стартовая немедикаментозная абилитация недоношенных младенцев / М.А. Басаргина, А.П. Фисенко Е.П. Бомбардирова [и др.]. // Российский педиатрический журнал. – 2019. – № 6. – С. 380–387.
15. Бернштейн, Н.А. О ловкости и ее развитии / Н.А. Бернштейн. – М.: Медицина, 1991. – 288 с.
16. Бехтерева, Н.П. О мозге человека: размышления о главном / Н.П. Бехтерева. – СПб.: Нотабене, 1994. – 249 с.
17. Божович, Л.И. Проблемы формирования личности: избранные психологические труды / под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.: Институт практической психологии, 1995. – 352 с.
18. Болдинова, О.Г. Педагогическое сопровождение совместной деятельности детей дошкольного возраста с нарушениями зрения в условиях инклюзивного образования: дис. ... канд. пед. наук: 5.8.3 / Болдинова Ольга Геннадьевна. – М., 2023. – 150 с.
19. Боскис, Р.М. Проблема аномального развития детей при ранней сенсорной недостаточности / Р.М. Боскис // XVII Международный психологический конгресс. Симпозиум 33. Развитие психики в условиях сенсорных дефектов. – М.: 1966. – С. 7–18.
20. Бюлер, Ш. Диагностика нервно-психического развития детей раннего возраста: (Тесты развития 1–6 годов жизни) / Ш. Бюлер, Г. Гетцер; пер. с нем. Н.И. Касаткина, Е.М. Лахтиной; под ред. проф. Н.М. Щелованова. – М.: Учпедгиз, 1935. – 126 с.
21. Валиуллина, С.А. Технологии детской реабилитации / С.А. Валиуллина // Московская медицина. – 2021. – № 5 (45). – С. 98–103.

22. Васильева, Т.П. Методические рекомендации по проведению скрининга зрения и слуха / Т.П. Васильева, И.В. Калмыкова, Л.И. Леушина [и др.]: – СПб.: Санкт-Петербургский институт раннего вмешательства, 1998. – 30 с.
23. Валлон, А. Психическое развитие ребенка / А. Валлон. – СПб.: Питер, 2001. – 249 с.
24. Винтаева, Т.Н. Проектирование и реализация индивидуальных образовательных программ для детей с ограниченными возможностями здоровья / Т.Н. Винтаева // Поволжский педагогический вестник. – 2015. – № 4(9). – С. 95–101.
25. Витковская, А.М. Особенности овладения предметными действиями слепыми детьми дошкольного возраста / А.М. Витковская // В кн.: X сессия по дефектологии. М., 1990. – С. 13–14.
26. Воспитание детей раннего возраста: пособие для воспитателей дет. сада и родителей / Е.О. Смирнова, Н.Н. Авдеева, Л.Н. Галигузова [и др.]. – М.: Просвещение, 1996. – 154 с.
27. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. / под ред. А.Р. Лурия, Т.А. Власовой, М.Г. Ярошевского [и др.]. – М.: Педагогика, 1984. – 1–6 т.
28. Галкина, А.С. Особенности артификаческой миопии после экстракции врожденной катаракты в грудном возрасте. Факторы риска развития и пути профилактики: дис. ... канд. мед. наук: 3.1.5 / Галкина Александра Сергеевна. – М., 2022. – 146 с.
29. Гальперин, П.Я. О формировании чувственных образов и понятий. – В кн.: Материалы совещания по психологии. М., 1967. – С. 417 – 424.
30. Гиневская, Т.О. Развитие движений руки при осязании у детей дошкольного возраста [Электронный ресурс] / Т.О. Гиневская // Известия Академии педагогических наук РСФСР. – 1948. – № 4. – С. 197–215. – Режим доступа: <https://predu.livejournal.com/1137295.html>.
31. Гуревич, П.С. Психология и педагогика. Проблемы изучения и воспитания ребенка / П.С. Гуревич. – М.: ЮНИТИ, 2012. – 318 с.
32. Данилова, Н.Н. Физиология высшей нервной деятельности / Н.Н. Данилова, А.Л. Крылова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. – 480 с.
33. Демирчоглян, Г.Г. Физиология и патология сетчатки глаза. Первичные механизмы зрения / Г.Г. Демирчоглян. – М.: Медицина, 1964. – 143 с.

34. Денискина, В.З. Особенности зрительного восприятия у слепых, имеющих остаточное зрение / В.З. Денискина // Дефектология. – 2011. – № 5. – С. 56 – 64.

35. Денискина, В.З. Воспитание в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Семья ребенка с нарушением зрения // Психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья: учебник для студентов деф.факультетов /под ред. В.В. Ткачевой. – М.: Академия, 2014. – С. 176-191.

36. Дружинина, Л.А. Коррекционная работа в детском саду для детей с нарушениями зрения / Л.А. Дружинина. – М.: Экзамен, 2006. – 159 с.

37. Дружинина, Л.А. Исследования в тифлопедагогике как основа индивидуализации медико-психолого-педагогического сопровождения детей с нарушением зрения / Л.А. Дружинина // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2012. – № 4. – С. 58. – 69.

38. Дружинина, Л.А. Теоретические аспекты персонализации образования детей с ограниченными возможностями здоровья / Л.А. Дружинина, Л.Б. Осипова, Н.Ю. Степанова [и др.]. // Педагогика. Вопросы теории и практики. 2023. Т. 8. № 8. С. 872–880.

39. Дымшиц, Л.А. Основы офтальмологии детского возраста / Л.А. Дымшиц. – Л.: Медицина, 1970. – 543 с.

40. Ерастова, Е.А. Воспитание слепых детей в семье [Электронный ресурс] / Е.А. Ерастова. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956. – 60 с. – Режим доступа: [https://rusneb.ru/catalog/000199\\_000009\\_005877760/](https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_005877760/).

41. Ермаков, В.П. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения: справочно-методическое пособие для учителя / В.П. Ермаков, Г.А. Якунин. – М.: Просвещение, 1990. – 222 с.

42. Ермаков, В.П. Основы тифлопедагогике. Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения / Ермаков В.П., Г.А. Якунин. – М.: Владос, 2000. – 240 с.

43. Жигорева, М.В. Система психолого-педагогической помощи детям с комплексными нарушениями: дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.03 / Жигорева Марина Васильевна. – М., 2009. – 455 с.

44. Жигорева, М.В. Методические подходы к проектированию АООП для детей дошкольного возраста с тяжелыми множественными нарушениями развития /

М.В. Жигорева, И.Ю. Левченко // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития: методический и практический журнал – 2019. – № 3. – С. 22–29.

45. Журавлева, Г.Н. Активное осязание при расстройствах зрения / Ученые записки ЛГПИ им. А.И. Герцена // Т. 100, 1955. – С. 303–310.

46. Заир-Бек, Е.С. Современная методология проектных исследований инноваций в образовании [Электронный ресурс] / Е.С. Заир-Бек // Логос. – 2001. – № 6. – С. 15–19. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennaya-metodologiya-proektnyh-issledovaniy-innovatsiy-v-obrazovanii>.

47. Закон от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_140174/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/).

48. Зальцман, Л.М. Работа с родителями детей, имеющих нарушения зрения и интеллекта / Л.М. Зальцман // Дефектология. – 2006. – № 2. – С. 31–35.

49. Запорожец, А.В. Значение ранних периодов детства для формирования детской личности / А.В. Запорожец // Принцип развития в психологии. – М.: Наука, 1978. – С. 243 – 267.

50. Запорожец, А.В. Развитие восприятия и деятельность / А.В. Запорожец // Вопросы психологии. – 1967. – № 1. – С. 11–16.

51. Земцова, М.И. Некоторые особенности обучения и развития слепых и слабовидящих детей: Сборник научных статей / под ред. М.И. Земцовой, Л.И. Солнцевой. – М.: Типография газеты «Красный воин», 1975. – 114 с.

52. Земцова, М.И. Особенности зрительного восприятия при глубоком нарушении зрения у детей / М.И. Земцова // Специальная школа. – 1967. – № 1. – С. 89–99.

53. Земцова, М.И. Пути компенсации слепоты / М.И. Земцова. – М.: АПН РСФСР, 1956. – 419 с.

54. Зимняя, И.А. Педагогическая психология: учебник для вузов / И.А. Зимняя. – Воронеж: Модэк, 2010. – 448 с.

55. Зинченко, В.П. Сравнительный анализ осязания и зрения / В.П. Зинченко, А.Г. Рузская, Т.В. Лаврентьева [и др.] [Электронный ресурс] // Доклады АПН РСФСР / Сообщения I–XI. 1962. – № 1, 3. – Режим доступа: [https://psychlib.ru/mgppu/zod-1997/ZOd-0072.htm#\\$p7](https://psychlib.ru/mgppu/zod-1997/ZOd-0072.htm#$p7).

56. Зотов, А.И. Актуальные вопросы исследования возрастных индивидуальных особенностей формирования познавательной деятельности слепых и слабовидящих школьников / А.И. Зотов // Сборник статей. – 1970. – № 2. – 358 с.

57. Зотов, А.И. Взаимодействие зрительных ощущений в норме и патологии: автореф. дис. ... д-ра пед. наук / Зотов Андрей Иванович. – Л., 1958. – 33 с.

58. Игры и занятия с детьми раннего возраста, имеющими отклонения в психофизическом развитии: кн. Для педагогов / под ред. Е.А. Стребелевой, Г.А. Мишиной. М., 2002. – 128 с.

59. Камаев, И.А. Детская инвалидность: (Проблемы и пути решения): монография / И. А. Камаев, М. А. Позднякова. // М-во здравоохранения Рос. Федерации. Нижегород. гос. мед. акад. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1999. – 155 с.

60. Кантор, В.З. Педагогическая реабилитация и стиль жизни слепых и слабовидящих / В.З. Кантор. – СПб.: КАРО, 2004. – 240 с.

61. Каплан, А.И. Задачи и методы повышения зрительной активности и развития восприятия у детей с остаточным зрением / А.И. Каплан // Дефектология. – 1981. – № 4. – С. 68 – 76.

62. Каплан, А.И. Развитие зрительного восприятия у детей с остаточным зрением / А.И. Каплан // Материалы Всесоюзного симпозиума по дошкольному воспитанию детей с нарушениями зрения. – М.: ВОС, 1980. – С. 29–34.

63. Каплан А.И., Морозова Н.Г. Если ребенок плохо видит / А.И. Каплан, Н.Г. Морозова. – М.: Педагогика, 1969. – 75 с.

64. Катаева, А.А. Сенсорное развитие и сенсорное воспитание аномальных детей дошкольного возраста: автореф. дис. ... док. психолог. наук / Катаева Александра Абрамовна. – М., 1977. – 32 с.

65. Катаргина, Л.А. Современные взгляды на проблему ретинопатии недоношенных / Л.А. Катаргина // Вестник офтальмологии. – 2014. – № 130(6). – С. 23–27.

66. Катаргина, Л.А. Состояние детской офтальмологической службы в Российской Федерации (2012–2013гг.). / Л.А. Катаргина, Л.А. Михайлова // Российская педиатрическая офтальмология. – 2015. – № 1. – С. 5–10.

67. Кащенко, В.П. Проблемы изучения и воспитания ребенка / В.П. Кащенко. – М., 1926. – 203 с.

68. Кириллова, Л.И. Причины нарушения зрения у детей / Л.И. Кириллова // В кн. для род.: Слепой ребенок в семье. – Науч.-исслед. ин-т дефектологии АПН СССР; под ред. Л.И. Солнцевой. – М., 1989. – 57 с.
69. Кистяковская, М.Ю. О стимулах, вызывающих положительные эмоции у ребенка первых месяцев жизни / М.Ю. Кистяковская // Вопросы психологии: одиннадцатый год издания / Ред. Б.М. Теплов, В.Н. Колбановский, Ф.А. Сохин. – 1965. – № 2. – С. 129–141.
70. Кистяковская, М.Ю. Развитие движений у детей первого года жизни / М.Ю. Кистяковская. – М.: Педагогика, 1970. – 223 с.
71. Кобрина, Л.М. Проблемы и пути их решения в развитии ранней помощи детям: региональный аспект / Л.М. Кобрина, М.Л. Скуратовская, О.А. Денисова // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. – 2023. – № 4. – С. 205–224.
72. Ковалевский, Е.И. Глазные болезни / Е.И. Ковалевский. – М.: Медицина, 1986. – 414 с.
73. Кожухова, Н.Н. Исследование функционального значения игрушек для младенцев. / Н.Н. Кожухов // Техническая эстетика. – 1976. – № 7. – С. 8–10.
74. Колосовский, Б.Н. Деятельное и тормозное состояние мозга / Б.Н. Колосовский, Космарская Е.Н. – М.: Медгиз, 1961. – 412 с.
75. Комплексная реабилитация детей с ОВЗ и детей-инвалидов [Электронный ресурс] // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2020. – № 40. – Режим доступа: <https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-40/>.
76. Конова, С.Р. Состояние здоровья детей и совершенствование медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09, 14.00.33 / Конова Светлана Романовна. - М., 2007. – 55 с.
77. Коробейников, И.А. Консультативный ресурс психологического диагноза при нарушениях психического развития у детей [Электронный ресурс] / И.А. Коробейников, Н.В. Бабкина // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Том 25. – № 4. – Режим доступа: <https://ikp-rao.ru/txt/1524138205286.pdf>.
78. Коробейников, И.А. Психолого-педагогическая диагностика развития произвольного поведения и деятельности у детей с нарушениями зрения / И.А. Коробейников, О.Г. Болдинова // Дефектология. – 2022. – № 3. – С. 12 – 21.

79. Красногорский, Н.И. Развитие учения о физиологической деятельности мозга у детей: ст., лекции, докл. / Н.И. Красногорский. Ленинград: Изд-во ин-та ОЗДиП, 1939. – 204 с.
80. Крогиус, А.А. Психология слепых и ее значение для общей психологии и педагогики / А.А. Крогиус. – Саратов: б.и., 1926. – 143 с.
81. Кудрина, Т.П. «Психолого-педагогическое обследование функциональных возможностей нарушенного зрения у детей младенческого и раннего возрастов» / Т.П. Кудрина, Л.В. Блохина, Н.Е. Бузук, Н.С. Новикова // Актуальные проблемы специальной психологии и коррекционной педагогики: теория и практика. Материалы IX Международной научно-образовательной конференции. Под редакцией А.И. Ахметзяновой – 2015. – С. 155–158.
82. Кудрина, Т.П. Преодоление трудностей в развитии общения матери и слепого младенца: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Кудрина Татьяна Петровна. – М., 2016. – 140 с.
83. Кудрина, Т.П. Изучение поведения матерей и слепых детей с перинатальным поражением ЦНС первого-второго годов жизни в ситуациях общения / Т.П. Кудрина // «Дефектология». – 2024. – № 2. – С. 28 – 40.
84. Кулагин, Ю.А. Осязательное восприятие предметов слепыми детьми: автореф. дис. ... канд. пед. наук / Кулагин Юрий Александрович. – М., 1954. – 16 с.
85. Кулагин, Ю.А. Слабовидящие дети [Электронный ресурс] / Ю.А. Кулагина, Н. Г. Морозова, М. Б. Эйдинова; под ред. Ю.А. Кулагина. – М.: Просвещение, 1967. – Режим доступа: [https://rusneb.ru/catalog/000199\\_000009\\_008436210](https://rusneb.ru/catalog/000199_000009_008436210).
86. Лазуренко, С.Б. Диагностика психической активности младенцев / С.Б. Лазуренко, Е.А. Стребелева, Г.В. Яцык [и др.]. – М.: ИНФРА-М, 2017. – 69 с.
87. Лазуренко, С.Б. Коррекционно-педагогическая помощь недоношенным детям: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Лазуренко Светлана Борисовна. – М., 2005. – 158 с.
88. Лазуренко, С.Б. Психическое развитие детей с нарушениями здоровья в раннем возрасте. Монография / С.Б. Лазуренко. – М.: Логомаг, 2014. – 266 с.
89. Лебедев, Б.В. Невропатология раннего детского возраста / Б.В. Лебедев, Ю.И. Барашнев, Ю.А. Якунин. – Л.: Медицина, 1981. – 352 с.
90. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте / В.В. Лебединский. – М.: Изд. «Академический проект», 2019. – 303 с.

91. Леонтьев, А.Н. Лекции по общей психологии: учебн. пособие для студ. высш. учебн. заведений / А.Н. Леонтьев. – М.: Смысл; Издат. Центр «Академия», 2010. – 511 с.
92. Леонтьев, А.Н. Ощущения и восприятия как образы предметного мира / А.Н. Леонтьев // Познавательные процессы: Ощущения, восприятие / под ред. А.В. Запорожца, Б.Ф. Ломова, В.П. Зинченко. – М.: Педагогика, 1982. – 336 с.
93. Лехтман-Абрамович, Р.Я. Этапы развития игры и действий с предметами в раннем детстве / Р.Я. Лехтман-Абрамович, Ф.И. Фрадкина; под ред. Н.М. Щелованова, Н.М. Аксариной. – М.: Медицина, 1949. – 76 с.
94. Либман, Е.С. Слепота и инвалидность вследствие патологии органа зрения в России / Е.С. Либман, Е.В. Шахова // Вестник офтальмологии. – 2006. – Т. 122. – № 1. – С. 35–37.
95. Лисина, М.И. Общение, личность и психика ребенка / М.И. Лисина. – М.: Институт практической психологии, 1997. – 384 с.
96. Лисина, М.И. Развитие познавательной деятельности детей первого полугодия жизни / М.И. Лисина // Развитие восприятия в раннем и дошкольном детстве: сборник статей. Акад. пед. наук СССР, Ин-т психологии; под ред. А.В. Запорожца и М.И. Лисиной. – М.: Просвещение, 1966. – 299 с.
97. Литвак, А.Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб. пособие / А.Г. Литвак. – СПб.: Изд-во РГПУ, 1998. – 271 с.
98. Ломтатидзе, О.В., Физиология сенсорных систем: учебно-методическое пособие / О.В. Ломтатидзе, А.С. Алексеева. – Екатеринбург: «Изд-во Уральского Университета», 2022. – 120 с.
99. Лубовский, В.И. Общие и специфические закономерности развития психики аномальных детей / В.И. Лубовский // Дефектология. – 1971. – № 6. – С. 15–19.
100. Лурия, А.Р. Мозг человека и психические процессы / Материалы к совещанию по философским вопросам физиологии высшей нервной деятельности и психологии / А.Р. Лурия. – М.: Производственно-издательский комбинат ВINITI, 1962. – 88 с.
101. Люблинская, А.А. Детская психология / А.А. Люблинская. – М.: Просвещение, 1971. – 410 с.
102. Маллаев, Д.М. Психология и педагогика игры слепого и слабовидящего ребенка / Д.М. Маллаев. – М.: СМУР «Academa», 2008. – 328 с.



103. Малофеев, Н.Н. Становление и развитие государственной системы специального образования в России: автореф. дис. ... д-ра пед. Наук / Малофеев Николай Николаевич. – М., 1996. – 81 с.
104. Малофеев, Н.Н. Развитие ранней помощи в образовании детям с ОВЗ и группы риска: основания, ориентиры и ожидаемые результаты / Н.Н. Малофеев, О.С. Никольская, О.И. Кукушкина [и др.] // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2019. – № 36. – С. 17–43.
105. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [Электронный ресурс] // ЗдравМедИнформ – онлайн справочник по здравоохранению и медицине. – Режим доступа: <https://zdravmedinform.ru/icf.html?ysclid=lzv39mmba148787439>.
106. Мещеряков, А.И. Слепоглухонемые дети. Развитие психики в процессе формирования поведения. / А. И. Мещеряков. – М.: Педагогика, 1974. – 327 с.
107. Монахов, В.М. Моделирование в педагогике и дидактике [Электронный ресурс] / В.М. Монахов // Школьные технологии – 2005. – С. 75–89. – Режим доступа: <https://shgpi.edu.ru/files/nauka/vestnik/2013/2013-3-7.pdf>.
108. Морозова, Н.Г. Морозова, Воспитание познавательных интересов у детей в семье. – М.: АПН РСФСР, – 1961. – 224 с.
109. Моргулис, И.С. Вопросы ранней компенсации и коррекции дефектов, обусловленных зрительной недостаточностью детей / И.С. Моргулис // Некоторые вопросы воспитания и лечения детей дошкольного возраста с патологией зрения. Методические указания работникам дошкольных учреждений. – Киев, 1977. – С. 4–10.
110. Муравьева, Г.Е. Проектирование технологий обучения: учеб. пособие для студентов и преподавателей пед. вузов, слушателей и преподавателей курсов повышения квалификации учителей / Г.Е. Муравьева. – Иваново, 2001. – 123 с.
111. Мухамедрахимов, Р.Ж. Эмоциональное развитие младенцев / Р.Ж. Мухамедрахимов. – СПб.: Изд-во Санкт-Петерб. Ун-та, 1999. – 287 с.
112. Никольская, О.С. Концепция развития образования обучающихся с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья до 2030 г. / О.С. Никольская, О.И. Кукушкина, Е.Л. Гончарова [и др.] Кантор. – СПб., 2019. – 120 с.
113. Никулина, Г.В. Диагностика, развитие и коррекция сенсорной сферы лиц с нарушениями зрения / Г.В. Никулина // Дефектология. – 1997. – № 2. С. 90–92.

114. Никулина, Г.В. Развитие зрительного восприятия: учебное пособие / Г.В. Никулина, Л.В. Фомичев, Е.В. Замашнюк. – СПб.: РГПУ, 2003. – 188 с.

115. Никулина, Г.В. Мотивационная готовность родителей к осуществлению выбора организационной формы обучения для ребенка с нарушениями зрения / Г.В. Никулина, И.Н. Никулина // Вестник психофизиологии – 2020. – № 2. – С. 80–88.

116. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 октября 2013 г. № 1155 (С изменениями и дополнениями от 8 ноября 2022 г.) – [Электр. ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70512244/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/?ysclid=lx8srroa3k779384265>.

117. Одинокова, Г.Ю. Изучение ориентированности специалистов ранней помощи на работу с семьей ребенка с ограниченными возможностями здоровья / Г.Ю. Одинокова // Дефектология. – 2024. – № 4. С. 43 – 54.

118. Орусбаева, Т.А. Об особенностях развития ребенка с нарушением зрения [Электронный ресурс] / Т.А. Орусбаева // Проблемы Науки. – 2016. – № 19 (61). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/ob-osobennostyah-razvitiya-rebenka-s-narusheniem-zreniya>.

119. Осипова, Л.Б. Психолого-педагогическое (тифлопедагогическое) обследование дошкольников с нарушениями зрения: Методическое пособие / Л.Б. Осипова. – Челябинск: 2005. – 59 с.

120. Особые дети: вариативные формы коррекционно-педагогической помощи: метод. пособие / Г.В. Филипповых [и др.]; под. ред. Е.А. Стребелевой, А.В. Закрепиной. – М.: Логомаг, 2013. – 247 с.

121. Павлова, Н.Н. Активизация психического развития детей раннего возраста с множественными нарушениями средствами коррекционной педагогики: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Павлова Наталья Николаевна. – М., 2018. – 26 с.

122. Павлов, И.П. Полное собрание трудов. Т.3. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных – условные рефлексы (статьи, доклады, лекции, речи) / И.П. Павлов. – М.: Изд-во Академии наук СССР, 1951. – 3 т.

123. Пальчик, А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: рук. для врачей / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. – СПб.: Питер, 2001. – 224 с.
124. Пантюхина, Г.В. Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста / Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт; под ред. В.А. Доскина. – М.: ВУНМЦ, 1996. – 76 с.
125. Парамей, О.В. Заболевания глаз у детей с патологией перинатального периода: автореферат дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.09, 14.00.08 / Парамей Ольга Владимировна. – М., 1999. – 47 с.
126. Петрачкова, М.С. Прогнозирование и лечение пороговых стадий ретинопатий недоношенных в медицинских учреждениях различного уровня оказания неонатальной помощи: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.07 / Петрачкова Марина Сергеевна. – СПб, 2018. – 118 с.
127. Петров, Ю.И. Особенности ориентировки незрячих в пространстве: Методическое пособие / Ю.И. Петров, А.П. Садчиков, И.В. Блинникова. – М.: ВОС, 1989. – 67 с.
128. Пиаже, Ж. Речь и мышление ребенка / Ж. Пиаже; под ред. Е. Булгакова. – М.: Изд-во: АСТ, 2020. – 352 с.
129. Плаксина, Л.И. Теоретические основы коррекционной работы в детских садах для детей с нарушением зрения / Л.И. Плаксина. – М.: Город, 1998. – 262 с.
130. Плаксина, Л.И. Развитие зрительного восприятия в процессе предметного рисования у детей с нарушением зрения: пособие для общеобразовательных организаций. – М.: ВЛАДОС, 2021. – 87 с.
131. Пластунова, Л.Г. Особенности психического развития детей первого года жизни со зрительными нарушениями: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Пластунова Лилия Германовна. – СПб., 2006. – 187 с.
132. Подколзина, Е.Н. Некоторые особенности коррекционного обучения дошкольников с нарушением зрения / Е.Н. Подколзина // Дефектология. –2001. – № 2. – С. 84–88.
133. Познавательные процессы: ощущения, восприятие: научное издание / НИИ общ. и пед. психологии АПН СССР; под ред. А.В. Запорожца, Б.Ф. Ломова, В.П. Зинченко. – М.: Педагогика, 1982. – 336 с.

134. Приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 24 ноября 2022 г. № 1022 «Об утверждении федеральной адаптированной образовательной программы дошкольного образования для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_402328/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_402328/).

135. Приходько, О.Г. Алгоритм психолого-педагогического консультирования родителей детей раннего возраста с нарушениями развития / О.Г. Приходько, О.В. Югова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2023. – № 4. – С. 16–25.

136. Приходько, О.Г. Система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом: дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.03 / Приходько Оксана Георгиевна. – М., 2009. – 350 с.

137. Программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений IV вида (для детей с нарушением зрения). Программы детского сада. Коррекционная работа в детском саду / В.А. Бельмер, Л.П. Григорьева, В.З. Денискина [и др.]; под ред. Л.И. Плаксиной. – М.: Экзамен, 2003. – 173 с.

138. Радионов, В.Е. Теоретические основы педагогического проектирования: автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.01 / Радионов Виктор Евсеевич. – СПб., 1996. – 37 с.

139. Развитие и воспитание ребенка от рождения до трех лет / Н.М. Щелованов, Н.М. Аскарин, М.Ю. Кистяковская [и др.]; под ред. проф. Н.М. Щелованова. – М.: Просвещение, 1965. – 183 с.

140. Разенкова, Ю.А. Система ранней помощи: поиск основных векторов развития / Ю.А. Разенкова. – М.: Карапуз, 2011. – 144 с.

141. Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2021 № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года». – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403191589/>.

142. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии: в 2-х т. / С.Л. Рубинштейн. – М.: Педагогика, 1989. – 322 с.

143. Рудакова, Л.В. К вопросу об изучении зрительного восприятия дошкольников с амблиопией и косоглазием // Вопросы обучения и воспитания слепых и слабовидящих: Сборник научных трудов ЛГПИ им. А.И. Герцена. – Л., 1982. – с. 85–93.

144. Сайдашева, Э.И. Основные причины формирования инвалидности по зрению у детей раннего возраста в Санкт-Петербурге / Э.И. Сайдашева, О.Д. Бабенко // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2010. – № 1 (29) – С. 163–166.

145. Сайдашева, Э.И. Совершенствование офтальмологической помощи недоношенным детям в условиях мегаполиса: дис. ... д-ра мед. наук: 14.02.03, 14.01.07 / Сайдашева Эльвира Ирековна. – СПб., 2010. – 284 с.

146. Сверлов, В.С. Пространственная ориентировка слепых / В.С. Сверлов. – М.: Учпедгиз, 1951. – 151 с.

147. Сериков, В.В. Педагогическое исследование: в поисках повышения качества / В.В. Сериков // Образование и наука. – 2015 г. – № 7. – С. 4–23.

148. Сеченов, И.М. Участие органов чувств в работах рук у зрячего и слепого / И.М. Сеченов // Избранные философские и психологические произведения. – М.: Государственное Изд-во политической литературы, 1947. – С. 392–397.

149. Складнева, В.М. Влияние перинатальной патологии на психическое развитие младенцев с нарушениями зрения [Электронный ресурс] / В.М. Складнева // Журнал Специальное образование. – 2015. – №. 3. – С. 76–91. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=24392084>.

150. Складнева, В.М. Современное состояние тифлопедагогической помощи младенцам с нарушениями зрения [Электронный ресурс] / В.М. Складнева // Журнал Специальное образование. – 2018. – № 4 (52). – С. 106–120. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36604868>.

151. Складнева, В.М. Состояние зрительных реакций у детей первого полугодия жизни с офтальмологическими заболеваниями [Электронный ресурс] / В.М. Складнева // Дефектология. – 2021. – № 2. – С. 23–30. – Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=45729183>.

152. Смолин, О.Н. Социально-философские основания стратегии модернизации России: роль образования и науки / О.Н. Смолин // Философские науки. – 2006. – № 1. – С. 5–27.

153. Солнцева, Л.И. Введение в тифлопсихологию раннего, дошкольного и школьного возраста / Л.И. Солнцева. – М.: Полиграф-сервис, 2000. – 124 с.

154. Солнцева, Л.И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста / Л.И. Солнцева. – М.: Педагогика, 1980. – 188 с.

155. Солнцева, Л.И. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста. 3-е издание / Л.И. Солнцева, С.М. Хорош. – М.: ИКП РАО, 2003. – 87 с.
156. Соловьева, Т.А. Психолого-педагогическая реабилитация и абилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью в системе образования: правовые аспекты и особенности содержания / Т.А. Соловьева, А.Я. Абкович // Состояние и перспективы системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации – 2020: Сборник материалов и докладов II Межрегиональной конференции, Москва, 18 ноября 2020 года; под общей редакцией М.А. Дымочка. – М.: Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, 2020. – С. 179–182.
157. Сорокина, В.А. Особенности развития детей раннего возраста с ОВЗ / В.А. Сорокина, О.Г. Болдинова // Вопросы педагогики. – 2021. – № 6-2. – С. 177–182.
158. Стребелева, Е.А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии / Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина. – М.: Парадигма, 2015. – 72 с.
159. Стребелева, Е.А. Ранняя коррекционно-педагогическая помощь детям с ограниченными возможностями здоровья / Е.А. Стребелева // Дефектология. – 2003. – № 3. – С. 39–43.
160. Трошин, Г.Я. Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей / Г.Я. Трошин. СПб., 1915. – 2 т.
161. Тюхтин, В.С. Проблемы изучения и воспитания ребенка. / Под ред. В.П. Кащенко. – М., 1926. – 203 с.
162. Ушинский, К.Д. Человек как предмет воспитания: Опыт пед. антропологии / К.Д. Ушинский. – СПб.: тип. Н.А. Лебедева, 1894. – 495 с.
163. Фарбер, Д.А. Формирование системы зрительного восприятия в онтогенезе / Д.А. Фарбер, Т.Г. Бетелева // Физиология человека. – 2005. – С. 26–36.
164. Федеральные клинические рекомендации, утвержденные Минздравом РФ. – Общество офтальмологов России. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://oor.ru/medic/recommendations?ysclid=lv2mlooin3371726101>.
165. Федеральная служба государственной статистики – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/folder/10705>

166. Феоктистова, В.А. Использование остаточного зрения в работе с частично зрячими детьми / В.А. Феоктистова // Тезисы докладов третьей научной сессии по вопросам дефектологии. – М., 1960. – С. 92–93.
167. Феоктистова, В.А. Очерки истории зарубежной тифлопедагогики и практики обучения слепых и слабовидящих детей: учебное пособие / В.А. Феоктистова; под ред. проф. А.И. Зотова. – Л.: Типография № 7 Ленуприздат, 1973. – 119 с.
168. Фигурин, Н.Л. Этапы развития поведения детей от рождения до одного года / Н. Л. Фигурин, М.П. Денисова. – М.: Медгиз, 1949. – 104 с.
169. Фильчикова, Л.И. Основы ранней психологической коррекции сенсорного развития детей с нарушением зрения: дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.10 / Фильчикова Любовь Ивановна. – М., 1999. – 234 с.
170. Фильчикова, Л.И. Нарушения зрения у детей раннего возраста: для педагогов и психологов, врачей и родителей / Л.И. Фильчикова, М.Э. Бернадская, О.В. Парамей. – М.: Экзамен, 2004. – 190 с.
171. Фомичева, Л.В. Офтальмологические и гигиенические аспекты охраны и развития зрения: Учебно-методическое пособие / Л.В. Фомичева. – С-П.: КАРО, 2007. – 256 с.
172. Фомичева, Л.В. К вопросу о социализации ребенка раннего возраста с нарушением зрения / «Специальное образование». – М., 2014. – № 2 (34). – С. 57– 64.
173. Фомичева, Л.В. Феномен остаточного зрения и тифлопедагогические приемы его развития у ребенка в условиях абилитации / «Сибирский педагогический журнал». – С-П., 2015. – № 1. – С. 104 – 110.
174. Фомичева, Л.В. Программно-методическое обеспечение коррекционно-развивающего сопровождения детей с нарушением зрения раннего возраста // Вестник психофизиологии. 2018. № 2. С. 201 – 205.
175. Фомичева, Л.В. Концептуально-целевые основы предметно-содержательной направленности технологии «Здоровьесбережение обучающихся с нарушениями зрения / «Воспитание и обучение детей с нарушениями развития». – М., 2024. – № 1. – С. 30-47.
176. Фонарев, А.М. Развитие личности ребенка / А.М. Фонарев. – М.: Прогресс Москва, 1987. – 272 с.
177. Хватова, А.В. Наш опыт первичной имплантации ИОЛ у детей младшего возраста с врожденными катарактами / А.В. Хватова, Т.Б. Круглова, Л.Б. Кононов //

Материалы научно-практической конференции «Детская офтальмология: итоги и перспективы». – М., 2006. – С. 68–70.

178. Хватова, А.В. Состояние и перспективы исследований по проблеме ретинопатии недоношенных / А.В. Хватова, Л.А. Катаргина // Матер. симпозиума «Профилактика и лечение ретинопатии недоношенных». – М., 2000. – С. 3–16.

179. Хьюбел, Д. Глаз, мозг, зрение / Д. Хьюбел; Перевод с англ. О.В. Левашова, Г.А. Шараева; под ред. А.Л. Бызова. – М.: Мир, 1990. – 239 с.

180. Хювяринен, Л. Зрение у детей: нормальное и с нарушениями / Хювяринен Л. Пер. с англ. – СПб.: Петербург – XXI век, 1996. – 72 с.

181. Цех, Ф. Воспитание и обучение слепых детей / Ф. Цех, дир. Данцигск. ин-та для слепых детей; пер. с нем. под ред. проф. В.А. Гандера. – М.: Гос. учеб.-педагог. изд-во, 1934. – 132 с.

182. Шалагина, Т.С. Реабилитация слепых от рождения / Т.С. Шалагина. // В кн. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. М.: «Полиграф сервис», 2000. – С. 1–126.

183. Эльконин, Д.Б. Кризис детства и основания проектирования форм детского развития / Д.Б. Эльконин // Вопросы психологии. – 1992. – № 3/4. – С. 7–14.

184. Эльконин, Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах. Избранные психологические труды / Д.Б. Эльконин. – Издание 2-е, стереотипное. – М.: Институт практической психологии; Воронеж: НПО МОДЭК, 1997. – 416 с.

185. Юдин, В.В. Проектирование педагогических систем: учебное пособие / В.В. Юдин, С.Л. Паладьев, С.М. Головлева; Министерство образования и науки РФ, ФГБОУ ВО «Ярославский государственный педагогический университет им. К.Д. Ушинского». – Ярославль: РИО ЯГПУ, 2017. – 115 с.

186. Якунин, Ю.А. Перинатальные и пренатальные поражения ЦНС / Ю.А. Якунин, Э.И. Ямпольская. – М.: Медицина, 1986. – С. 223–254.

187. Ярбус, А.Л. Роль движений глаз в процессе зрения / А.Л. Ярбус. – М.: Наука, 1965. – 166 с.

188. Aslin, R.N. Visual and auditory development in infancy / R.N. Aslin // Handbook of infant development /Ed. by J.D.Osofsky. – N.Y. – 1987. – pp. 142.

189. Bender, L.A Visual Motor Gestalt Test and its clinical use / Research Monograph No. 3. / L. Bender. – American Orthopsychiatric Ass, 1938. – 156 p.



190. Blohme, J., Tornqvist, K. Visual impairment in Swedish children. I. Register and prevalence data // *Acta Ophthalmol Scand.* – 1997. – № 75(2). – pp. 194–202.
191. Brambring, M. The assessment of cognitive development in blind infants and preeschoolers. / M. Brambring, H. Troster // *Journal of Visual Impairment & Blindness.* – 1994. – Vol. 88. – Issue 1. – pp. 9–18.
192. Celeste, M. A survey of motor development for infants and young children with visual impairments / M. Celeste // *Journal of Visual Impairment & Blindness.* – 2002. – № (96)3. – pp. 169–174.
193. Dhillon, H.K., Ichhpujani, P., Muralidharan, Sh. Visual rehabilitation for children with vision impairment / H.K. Dhillon, P. Ichhpujani, S. Muralidharan // *Sn Comprehensive Clinical Medicine.* – 2022. – № (4)1. – pp. 1–7.
194. Dowdswell, H. Visual deficits in children born at less than 32-week gestation and without major ocular pathology and cerebral damage / H. Dowdswell, A. Slater, J. Broomholl et al. // *Br. J Ophthalmol.* – 1995. – N 5. – pp. 447–452.
195. Farrell, K.A. To parents of preschoolers: tips for the education of blind and visually impaired children" // K.A. Farrell. – M.: Russian State Library for the blind. - 2003. – 30 p.
196. Fraiberg, S. Insights from the blind: comparative studies of blind and sighted infants. Basic Books / S. Fraiberg. – New York: Publishers. – 1977. – 297 p.
197. International Classification of Functioning, Disability and Health-Children and Youth Version. Geneva: World Health Organization (2007). [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>.
198. Loots, G. The interaction between mothers and their visually impaired infants: An intersubjective developmental perspective / G. Loots, I. Devise, J. Sermijn // *Journal of Visual Impairment and Blindness.* – 2003. – Vol. 97. – Issue 7. – pp. 403–417.
199. Nielsen, L. Spatial relations in congenitally blind infants: A study / L. Nielsen // *Journal of Visual Impairment & Blindness.* – 1991. – № 85(1). – pp. 11–16.
200. Redd, T., Technologies and innovations in global ophthalmology: the past, potential and the way forward / T. Redd, T. Al-Khaled, P. Chan, P. Campbell // *Int Ophthalmol Clin.* – 2023. – № 63(1). – pp. 25–32.

201. Rosner, J. Comparison of visual characteristics in children with and without learning difficulties / J. Rosner // *Am. J. Of Optometry & Physiological Optics*. – 1987. – V.64. – G7. – pp. 513–533.

202. Siedlaczek–Szwed, A. Diagnostyka psychologiczno-pedagogiczna dzieci z wadą wzroku / A. Siedlaczek–Szwed, A. Jałowiecka-Frania // *Pedagogika. Studia i Rozprawy*. – 2019. – Vol. 28. – pp. 193–199.

203. Skliadneva, V. Analysis of the play aids didactic possibilities for children with the nervous system diseases / V. Skliadneva, S. Lazurenko, A. Golubchikova, I. Nurlygayanov // *Proceedings of 15th International Technology, Education and Development Conference*. Barcelona, 2021. – pp. 8996–9001.

204. Thariq Hussan, M.I. Object detection and recognition in real time using deep learning for visually impaired people / M.I. Thariq Hussan, D. Saidulu, P.T. Anitha, A. Manikandan, P. Naresh // *International journal of electrical and electronics research*. – 2022. – № 10 (2). – pp. 80–86.

## Приложение А

### Педагогическая позиция матери в отношении воспитания младенца с нарушениями зрения

Бланк 1

#### АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ

Уважаемые родители!

Просим вас ответить на вопросы анкеты относительно здоровья и воспитания малыша. Отметьте в строке для ответа свой вариант или подчеркните подходящий из предложенных.

1. Дата заполнения анкеты \_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя ребенка, возраст \_\_\_\_\_

3. Фамилия, имя, отчество мамы, контакт для связи \_\_\_\_\_

4. Фамилия, имя, отчество папы, (контакт для связи) \_\_\_\_\_

5. Состав семьи \_\_\_\_\_

6. Особенности поведения ребенка в первые месяцы жизни (возбудимый / часто, много плакал, было трудно успокоить) / пассивный (все время спал, к моменту кормления его будили) / без особенностей \_\_\_\_\_

7. Как малыш ведет себя в ситуации взаимодействия с близким взрослым (активный/мало подвижный; возбудимый; интересующийся / мало интересующийся) \_\_\_\_\_

8. Опишите поведение ребенка во время выполнения гигиенических и медицинских процедур (играет в игрушки, слушает голоса людей, двигательно активен, мало заинтересован окружающим и быстро становится капризным) \_\_\_\_\_

9. Какие особенности психического развития характерны для малыша (не фиксирует взгляд на лице взрослого (игрушках) / не интересуется игрушками / плачет,

когда выкладывают на живот или меняют его положение тела / плохо ест (сосет), не улыбается \_\_\_\_\_

10. Кто помогает Вам в воспитании и выполнении рекомендаций по уходу, воспитанию и восстановлению здоровья ребенка (муж, бабушка/дедушка, подруга/крестная/сестра, я одна справляюсь / никто) \_\_\_\_\_

11. Как малыш реагирует на новых людей (прислушивается, улыбается, начинает плакать и длительно успокаивается) \_\_\_\_\_

12. Бывают ли у ребенка не понятные Вам психологические или физические состояния, поведение, реакции (да/нет) \_\_\_\_\_

13. Как проходит бодрствование ребенка, что он любит делать больше всего (спокойно лежать, разглядывать, играть, общаться) \_\_\_\_\_

14. Что не любит, чего боится Ваш ребенок (громких звуков, посторонних голосов, новых игрушек: \_\_\_\_\_

15. Как Вы успокаиваете малыша, когда он беспокоится или плачет (прослушивание колыбельной, музыкальных композиций; воздушные процедуры; игры) \_\_\_\_\_

## **Игровой инструментарий для дополнительных проб.<sup>11</sup>**

### **Игровой инструментарий для детей от 10 дней до 6 месяцев:**

- Переносной фонарик с мягким светом для подсвечивания лица взрослого.
- Фонарь с цветным светом (теплый желтый, зеленый, синий, красный) 8-10 см в диаметре.
- Аксессуары для взрослого – солнцезащитные очки (темная оправа), нос клоуна, перчатка на одну руку (бархатная, виниловая), кольца гладкие и с орнаментом на разные пальцы (4-6 шт.), веер.
- Звонкие бубенцы.
- Дудочка или клаксон.
- Бутылочка с молочной смесью / емкость с грудным молоком.
- Сухой молотый чеснок, ваниль / корица.
- Плотный валик в диаметре 6 – 8 см, длиной 30 – 40 см.
- Разные фактурные предметы (щеточка, кисточка, резиновый мякиш).
- Маленькие легкие погремушки с громким звуком, фактурной ручкой, с подвижным элементом.

### **Игровой инструментарий для детей от 7 до 9 месяцев:**

- Аксессуары для взрослого – яркий платок для головы и шляпа с нежным ароматом.
- Переносная лампа, игрушки, знакомые ребенку с встроенным световым маячком и аудио сопровождением (музыка, звуки животных и др.).
- Анисовая вода; чеснок; ароматы из пищевого рациона (знакомые и незнакомые).
- Крупная неваляшка, передвижная игрушка со светом и звуковым сопровождением.
- Детский вентилятор, умещающийся в руке (с мягкими, не травматичными лопастями).
- Контрастные по фактуре и звуку игрушки с подвижными элементами. Ребристые и гладкие колечки (8-10 см в диаметре). Объемные предметы с выделенными вставками, мелкими деталями.

### **Игровой инструментарий для детей от 10 до 12 месяцев:**

- Аксессуары для взрослого – крупные серьги / клипсы, духи с легким ароматом (ароматизированный гипоаллергенный крем для рук).
- Продукты из рациона ребенка, чеснок / пряности (с учетом степени гипоаллергенности).
- Подвижная детская машина с устойчивой ручкой сзади для толкания перед собой, световой фонарик (10 см в диаметре), прикрепленный к рулю.
- Крупные, яркого цвета лего-блоки (2-3 шт.), цветные, звуковые шарики с фактурным обрамлением (4-6 шт.), металлический круглый поднос с высокими бортиками, многофункциональный кубик с подвижными кнопками, углублениями, передвижными деталями.

<sup>11</sup> «Методика нервно-психического развития детей первого года жизни», Фрухт Э.Л.

**Дополнительные пробы для оценки чувствительности и восприятия  
различной модальности у младенцев с нарушениями зрения**

<b>Возраст</b>	<b>Психолого-педагогическая характеристика реакций</b>	<b>Степень зрелости зрительной чувствительности и восприятия</b>	<b>Степень зрелости слуховой чувствительности и восприятия</b>	<b>Степень зрелости обонятельной чувствительности и восприятия</b>	<b>Степень зрелости тактильной чувствительности и восприятия</b>
<b>10 дней</b>	<b>Замирание (сторожевая реакция) с мгновенной остановкой взора на теплом источнике света</b>				
<b>20 дней</b>	<b>Кратковременное сосредоточение на крупном визуальном стимуле</b>				
<b>1 месяц</b>	<b>Устойчивое сосредоточение на лице взрослого и ярком предмете</b>				
<b>2 месяца</b>	<b>Ориентировка на внешнее воздействие визуального объекта</b>				
<b>3-5 месяцев</b>	<b>Узнавание и опознание предметов и людей</b>				
<b>6-8 месяцев</b>	<b>Дифференцировка и различение близко расположенных предметов и людей</b>				
<b>9-11 месяцев</b>	<b>Ориентировка на внешний вид и дифференциация по внешнему виду визуального стимула</b>				
<b>12 месяцев</b>	<b>Группировка по явным сенсорным признакам предметов</b>				

**Карта развития младенца с нарушениями зрения****1. Фамилия имя ребенка**

---

**2. Дата рождения (возраст)**

---

**3. Акушерско-гинекологический анамнез**

---

**4. Применение реанимационных мероприятий и интенсивной терапии**

---

**5. Данные объективных методов исследования**

---

**6. Сведения о клиническом состоянии органов и систем**

---

**7. Заключение педиатра**

---

**8. Заболевания органа зрения**

---

**9. Результаты беседы с родителями**

---

**10. Результаты анкетирования родителей**

---

**11. Результаты наблюдения за поведением ребенка**

---

**12. Результаты психолого-педагогического обследования:**

---

- **актуальный уровень психического развития**

---

- **зона ближайшего психического развития**

---

**13. Группа развития**

---

**14. Психолого-педагогические рекомендации**

---

---

## Результаты констатирующего этапа исследования

Таблица 1

### Нарушения здоровья и заболевания органа зрения младенцев 3-х месяцев жизни (клинические данные)

	Легкие последствия ПП	Средние последствия ПП	Тяжелые последствия ПП
	36 (17,3%)	146 (85,3%)	25 (14,6%)
<b>Срок гестации при рождении</b>			
Доношенные: после 37 недель	36	-	-
Недоношенные: до 36 недель	-	146	25
<b>Вес при рождении / масса тела при рождении</b>			
ЭНМТ и ОНМТ (менее 1500гр)	-	34	21
НМТ (от 1600гр до 2400гр)	8	112	4
Нормальная масса тела (более 2500 гр)	28	-	-
<b>Реанимационные мероприятия, ИВЛ</b>	-	58	25
<b>Офтальмологические заболевания разного генеза</b>			
Функциональная постнатальная патология	31	54	2
Нарушения постнатального периода	4	72	6
Органическая патология внутриутробного генеза	2	20	17
<b>Сопутствующие заболевания</b>			
Структурные и сосудистые изменения головного мозга (кистозные поражения; нарушение мозгового кровообращения, нарушение тонуса мозговых сосудов, изменение межполушарной щели и др.)	-	41	23
Нарушения костно-мышечной системы (дисплазия тазобедренных суставов, рахит, плоскостопие и др.)	-	15	23
Нарушения органов дыхания (респираторный дистресс синдром (РДСН), БЛД, врожденные пневмонии)	-	52	25



Продолжение таблицы 1.

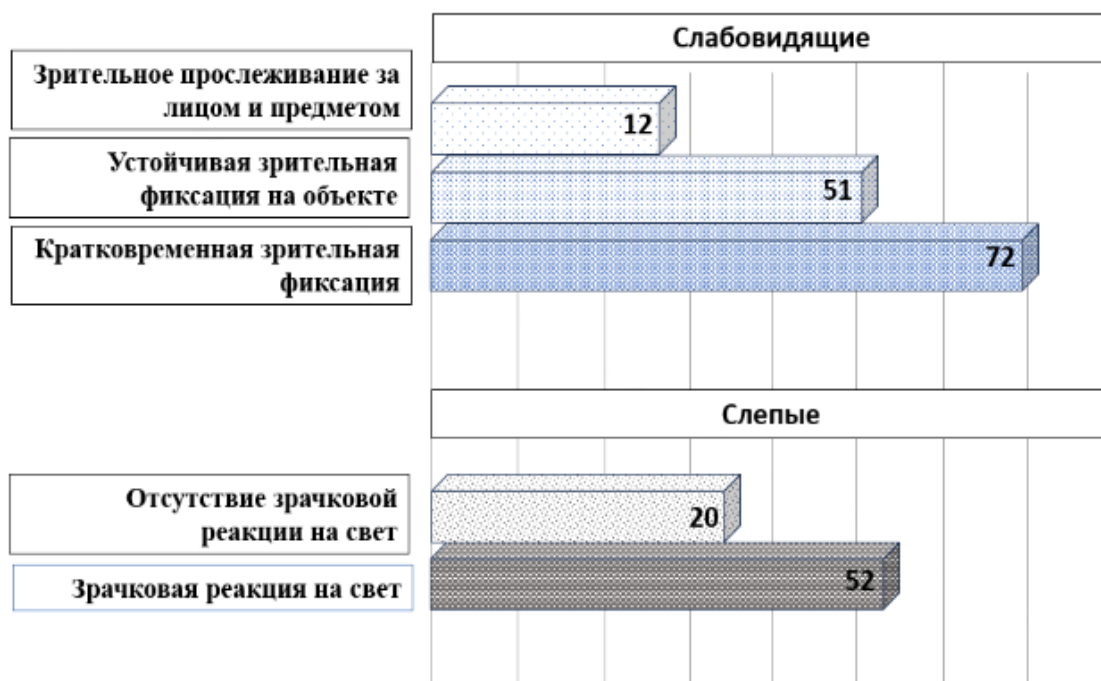
Нарушения желудочно-кишечного тракта (энтероколит, кишечные инфекции и др.)	9	63	25
Нарушения сердечно-сосудистой системы (врожденный порок сердца, аритмия и др.)	-	8	5
Нарушения мочеполовой системы (инфекция мочевыделительной системы, врожденный порок развития почек и др.)	10	37	18
Аллергии (крапивница, потница, атопический дерматит и др.)	15	49	24
Наследственная патология (с разным типом наследования, проявляющаяся, в том числе, в зрительной патологии)	-	7	9

Таблица 2

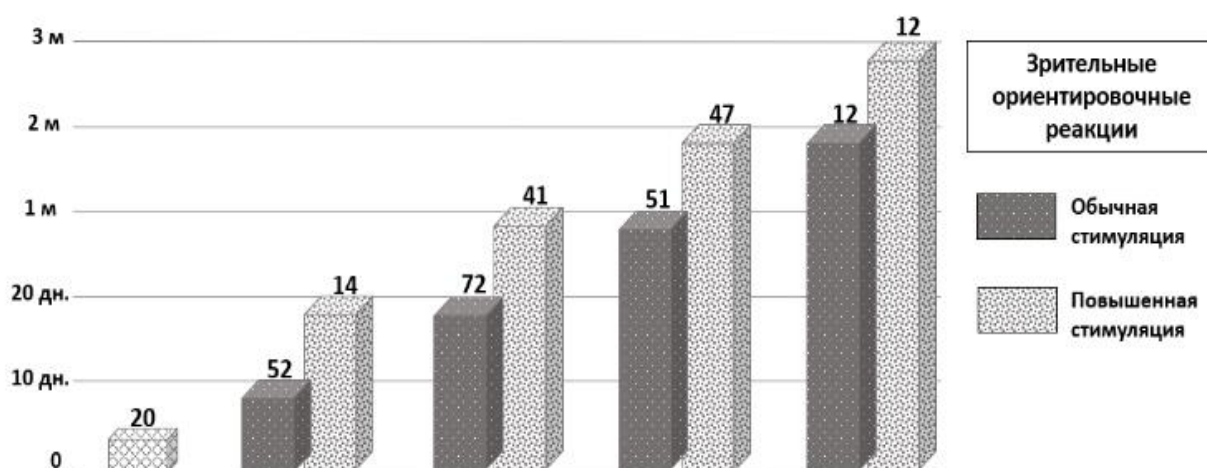
**Анализ результатов опроса родителей младенцев с нарушениями зрения**

	<b>Характеристика педагогической компетентности матери</b>	
	<b>Достаточная</b>	<b>Недостаточная</b>
<b>Возрастная категория</b>		
От 25 до 35 лет	15	27
От 36 до 49 лет	97	68
<b>Состояние зрительного восприятия</b>		
Слепые	16	-
Снижение зрения	34	21
Нормальное зрение	82	54
<b>Наличие опыта воспитания</b>	123	84
<b>Наличие помощи</b>	130	77

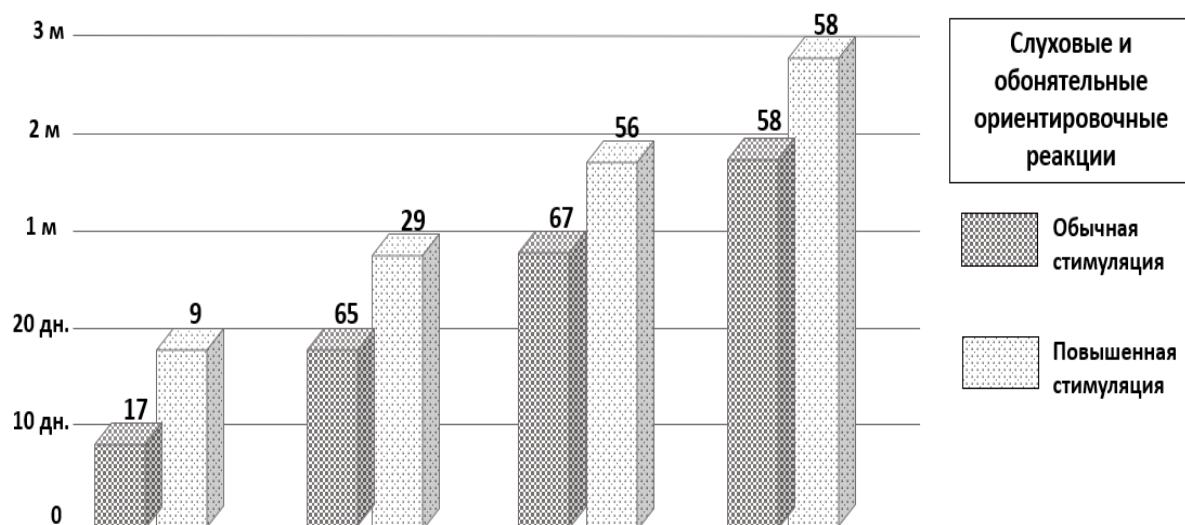
**Психолого-педагогические показатели психического развития детей  
(по сферам)**



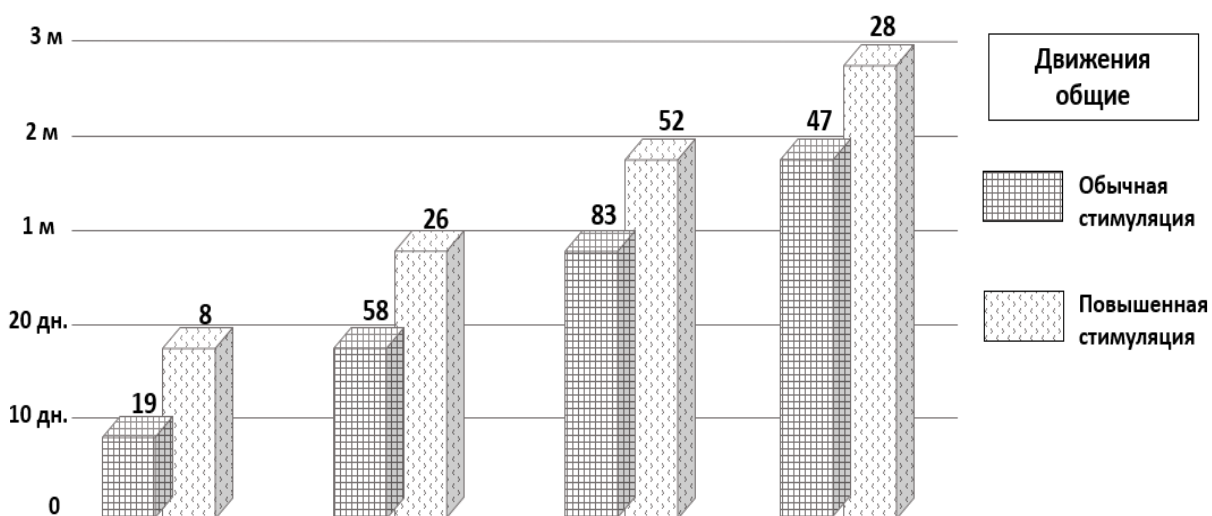
**Рисунок 1.** Степень зрелости зрительной чувствительности у детей



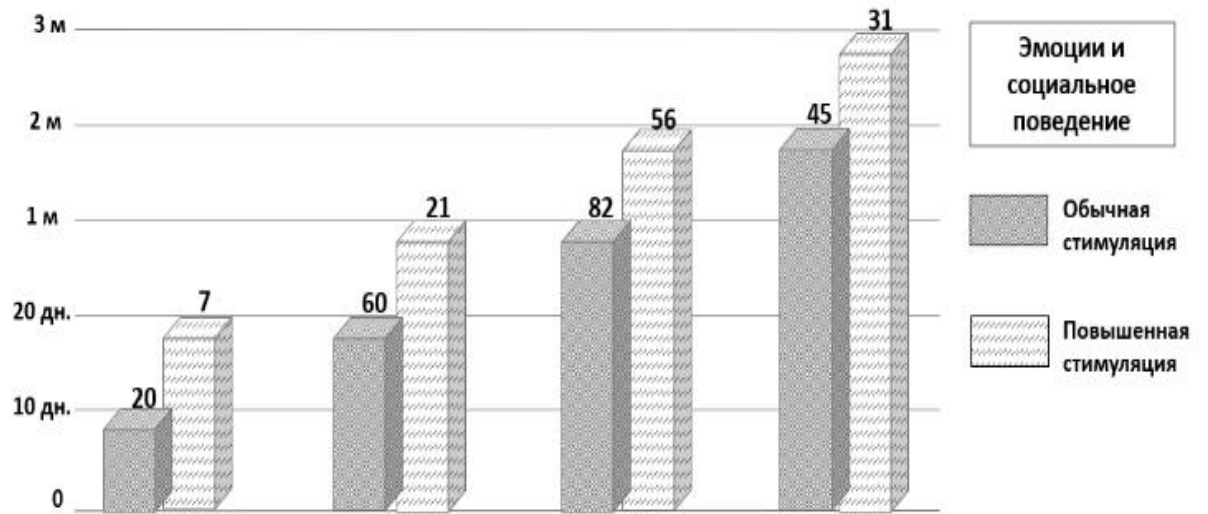
**Рисунок 2.** Актуальные и потенциальные возможности зрительной чувствительности у детей



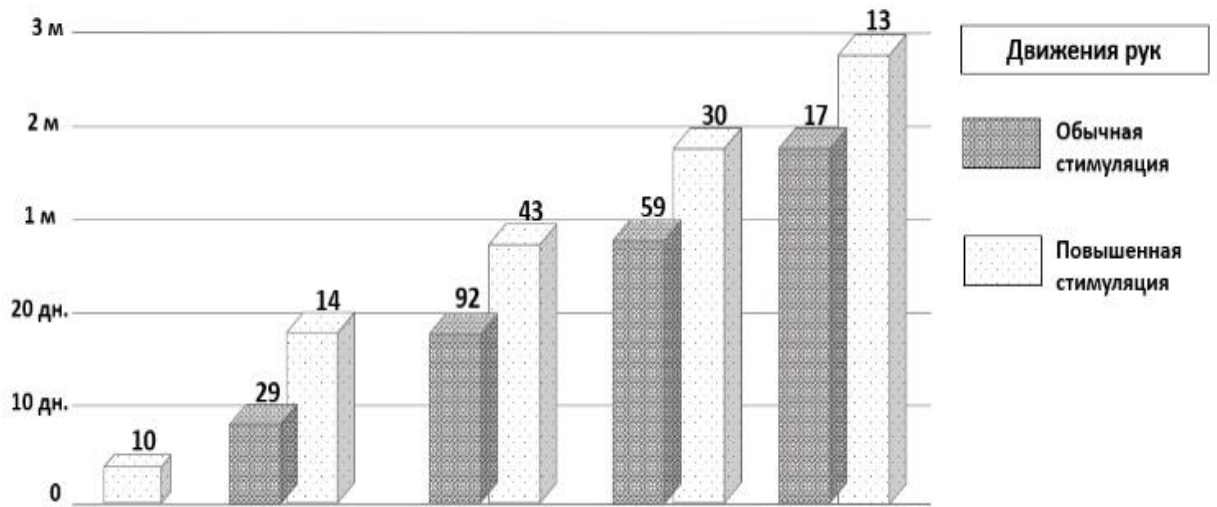
**Рисунок 3.** Актуальные и потенциальные возможности слухо-обонятельной чувствительности у детей



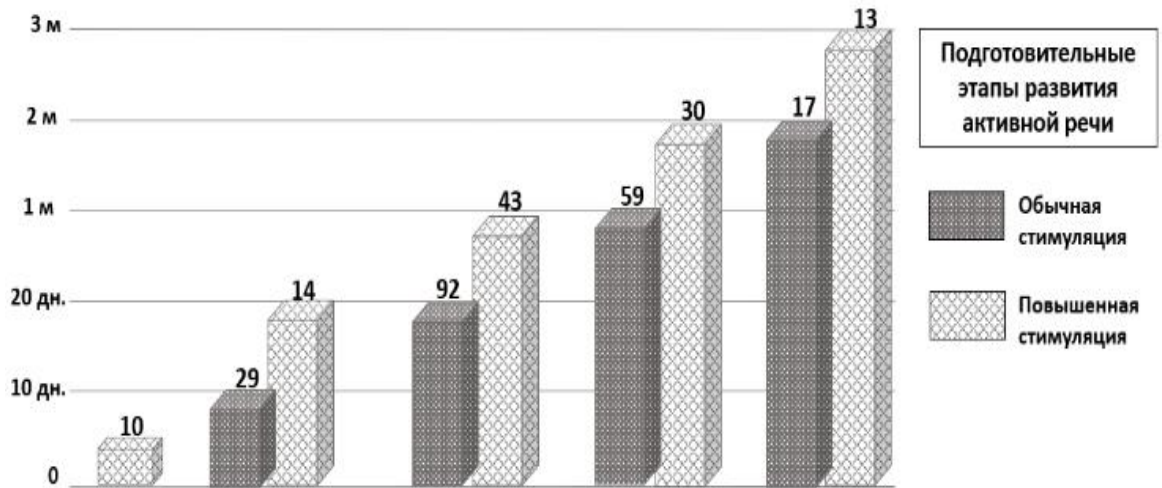
**Рисунок 4.** Актуальные и потенциальные возможности движений у детей



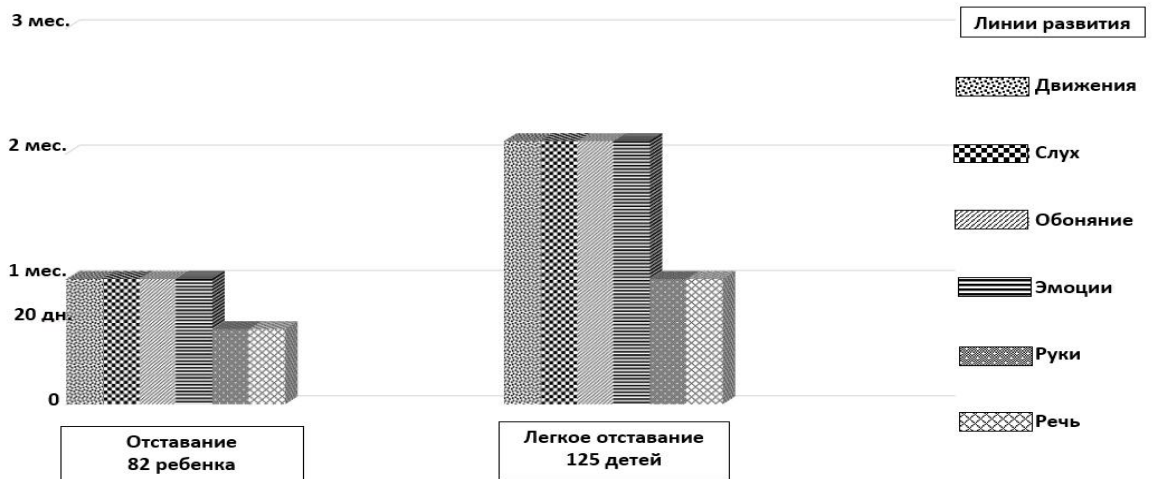
**Рисунок 5.** Актуальные и потенциальные возможности проявления эмоций у детей



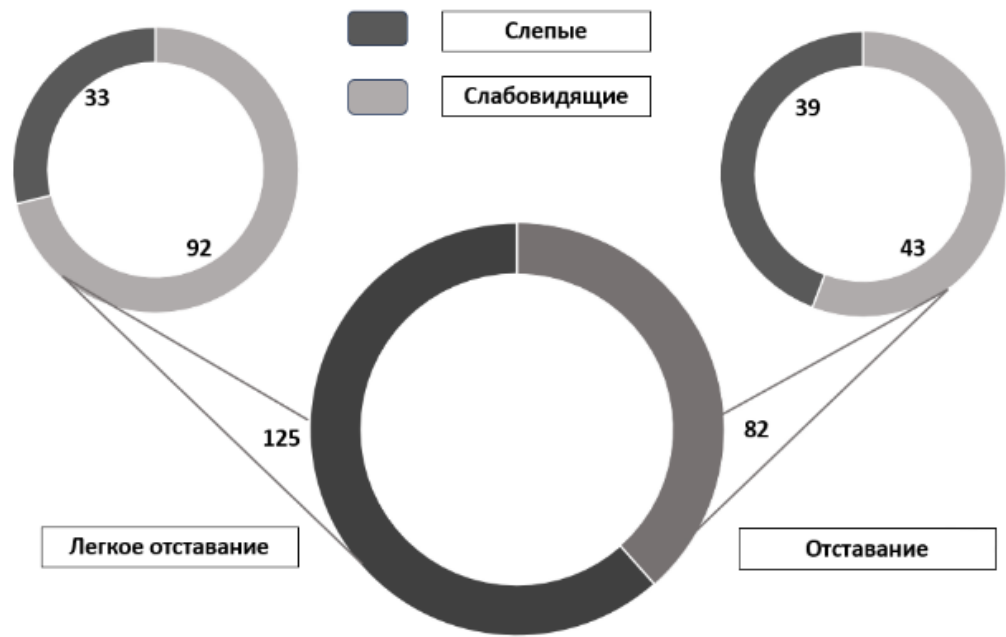
**Рисунок 6.** Актуальные и потенциальные возможности движений рук у детей



**Рисунок 7.** Актуальные и потенциальные речевые возможности детей



**Рисунок 8.** Степень зрелости психологических ответов у младенцев с нарушениями зрения в линиях развития



**Рисунок 9.** «Варианты психического развития младенцев 3-х месяцев жизни с нарушениями зрения» (констатирующий этап исследования)

## Приложение Б

Таблица 3

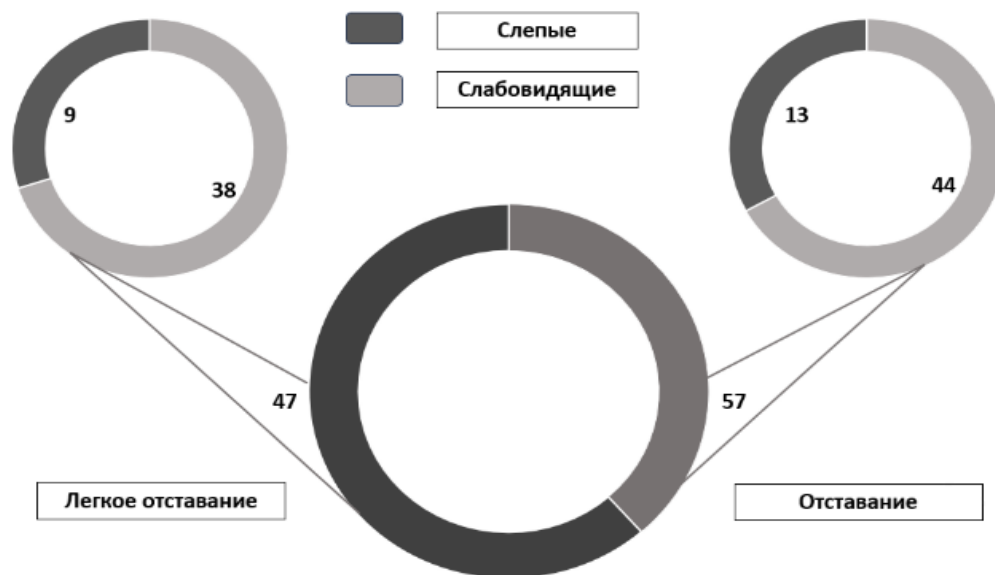
## Структура и содержание программы коррекционно-педагогической работы (ПКР)

<b>І блок «Формирование ориентировки на внешнее воздействие»</b>	
<b>Коррекционно-педагогические технологии</b>	
<b>Технология</b> компенсаторно-развивающая	<b>Технология</b> коррекционно-развивающая
«Формирование слухо-обонятельной и тактильной чувствительности для ориентировки на внешнее воздействие»	«Формирование зрительной ориентировки на внешнее воздействие»
<b>Повышение воспитательного потенциала семьи</b>	
Обучение методам поддержания положительных эмоций и голосовых ответов во время общения, использования контрастного освещения для стимуляции зрительной чувствительности	Обучение методам поддержания положительных эмоций и голосовых ответов во время общения, использования визуальных стимулов различной модальности для развития зрительной чувствительности
<i>Педагогическая работа со слепыми родителями</i>	
Разъяснение и демонстрация методов и приемов специального развивающего взаимодействия, правил использования сенсорных пособий с высокой интенсивностью воздействия	Разъяснение методов и приемов специального развивающего взаимодействия, правил использования сенсорных пособий для развития зрительной чувствительности и создания безопасной развивающей визуальной среды
<b>ІІ блок «Формирование социальных способов взаимодействия»</b>	
<b>Коррекционно-педагогические технологии</b>	
<b>Технология</b> компенсаторно-развивающая	<b>Технология</b> коррекционно-развивающая
«Формирование опознания знакомых людей и предметов по информации, полученной с сохранных каналов восприятия»	«Формирование зрительного опознания знакомых людей и предметов»
<b>Повышение воспитательного потенциала семьи</b>	
Обучение ситуативно-личностному общению, созданию специальной развивающей среды и обеспечения безопасности ребенка в период бодрствования	Обучение ситуативно-личностному общению, созданию мультифункционального пространства для развития зрительного восприятия и познавательной активности в период бодрствования

Продолжение таблицы 3.

<i>Педагогическая работа со слепыми родителями</i>	
Демонстрация методов формирования у ребенка социальных действий с предметами и обучение правильной интерпретации ответных действий ребенка	Поэтапное обучение методам формирования у ребенка социальных действий с предметами со зрительным контролем
<b>III блок «Формирование социальных способов познания и средств коммуникации»</b>	
<b>Коррекционно-педагогические технологии</b>	
<b>Технология</b> компенсаторно-развивающая	<b>Технология</b> коррекционно-развивающая
«Формирование различения людей и объектов, согласования действий рук при ориентировке и исследовании пространства»	«Формирование зрительного различения знакомых людей и объектов, ориентировки в пространстве»
<b>Повышение воспитательного потенциала семьи</b>	
Разъяснение правил организации игрового пространства для развития тактильной чувствительности и методов формирования у ребенка сотрудничества	Разъяснение правил организации игрового пространства для развития зрительного восприятия, формирования у ребенка сотрудничества
<i>Педагогическая работа со слепыми родителями</i>	
Демонстрация и разъяснение методов развития у ребенка самостоятельности и ориентировки путем анализа информации, полученной с сохранных анализаторов, способов контроля безопасности во время познания им окружающей среды	Обучение методам развития зрительной ориентировки ребенка в пространстве и контролю его поведения во время познания окружающей среды
<b>IV блок «Формирование предметных действий и самостоятельности»</b>	
<b>Коррекционно-педагогические технологии</b>	
<b>Технология</b> компенсаторно-развивающая	<b>Технология</b> коррекционно-развивающая
«Формирование тактильного контроля действий рук и ориентировки на внешние признаки предмета»	«Формирование зрительного контроля действий рук и ориентировки на внешние признаки предмета»
<b>Повышение воспитательного потенциала семьи</b>	
Обучение методам ситуативно-делового сотрудничества с ребенком, развития тактильного восприятия и контроля действий рук ребенка при обследовании предметов	Обучение методам ситуативно-делового сотрудничества с ребенком, развития зрительного восприятия ребенка во время действий с предметами
<i>Педагогическая работа со слепыми родителями</i>	
Демонстрация методов инициирования и поддержания ситуативно-делового сотрудничества, обучение оказанию практической помощи ребенку при выполнении действий с предметами и исследовании окружающего пространства	Обучение интерпретации движений и действий ребенка, оказания практической помощи ребенку при зрительном обследовании предметов и окружающего пространства





**Рисунок 10.** Варианты психического развития младенцев с нарушениями зрения в возрасте 3-х месяцев (обучающий этап исследования)

**Таблица 4**

**Медико-психолого-педагогические данные младенцев констатирующего и обучающего этапов исследования**

	Констатирующий этап	Обучающий этап
	207 детей	104 ребенка
	Количество детей, (%)	
<b>Офтальмологические заболевания</b>		
Прогрессирующие	18,8	19,2
Непрогрессирующие	81,1	80,7
<b>Последствия перинатальной патологии</b>		
Легкие	17,3	20,1
Средние	85,3	63,4
Тяжелые	14,6	16,3
<b>Психолого-педагогическая характеристика степени зрелости зрительных реакций</b>		
Слепые	34,7	25
Слабовидящие	65,2	82,6
<b>Вариант психического развития</b>		
Легкое отставание	47,8	45,1
Отставание	52,1	54,8

**Организация педагогического сопровождения родителей  
младенцев с нарушениями зрения**

	Характеристика педагогической компетентности матери	
	Достаточная	Недостаточная
<b>Возрастная категория</b>		
От 25 до 35 лет	3	9
От 36 до 49 лет	63	29
<b>Состояние зрительного восприятия</b>		
Слепые	2	3
Снижение зрения	31	47
Нормальное зрение	15	6
<b>Наличие опыта воспитания</b>	64	40
<b>Наличие помощи</b>	67	37
<b>График встреч</b>	от 2 консультаций в месяц	1 раз в неделю или серия консультаций (4 - в месяц)
<b>Длительность консультации</b>	30 минут	1 час
<b>Направления обучения</b>	Обсуждение содержания ИПР  Знакомство с теоретической и практической информацией  Демонстрация реализации содержания коррекционно-педагогической помощи	Практическая демонстрация содержания ИПР  Обучение реализации содержания коррекционно-педагогической помощи в семье
<b>Формат обучения</b>		
Очная	40%	50%
Заочная (дистанционная)	30%	10%
Гибридная	30%	40%
<b>Форма организации обучения</b>		
Индивидуальная	20%	85%
Групповая	80%	15%

Таблица 6

Сравнительные данные психического развития детей первого года жизни с нарушениями зрения, воспитывающихся в разных социальных условиях

Вариант психического развития у детей ГО и ГК	Психолого-педагогическая характеристика	Офтальмопатология			Последствия перинатальной патологии		
		П	Н	ГР	Л	С	Т
ЛГО	Слепые	2	-	-	2	-	-
	Слабовидящие	-	21	-	21	-	-
ЛГК	Слепые	-	-	-	-	-	-
	Слабовидящие	-	3	-	3	-	-
СГО	Слепые	3	-	-	2	1	-
	Слабовидящие	-	17	-	-	17	-
СГК	Слепые	1	-	-	1	-	-
	Слабовидящие	-	18	-	18	-	-
УГО	Слепые	4	-	4	-	-	8
	Слабовидящие	-	5	-	-	-	5
УГК	Слепые	8	7	5	-	20	-
	Слабовидящие	-	-	-	-	-	-
ТГК	Слепые	5	-	1	-	-	6

**Вариант психического развития у детей ГО и ГК:**

Л – легкое отставание

С – среднее отставание

У – умеренное отставание

З – значительное отставание

**Офтальмопатология разного течения:**

П – прогрессирующая

НП – непрогрессирующая

ГР – группа риска по снижению зрения до «слепоты»

**Последствия перинатальной патологии:** легкие (Л), средние (С), тяжелые (Т)

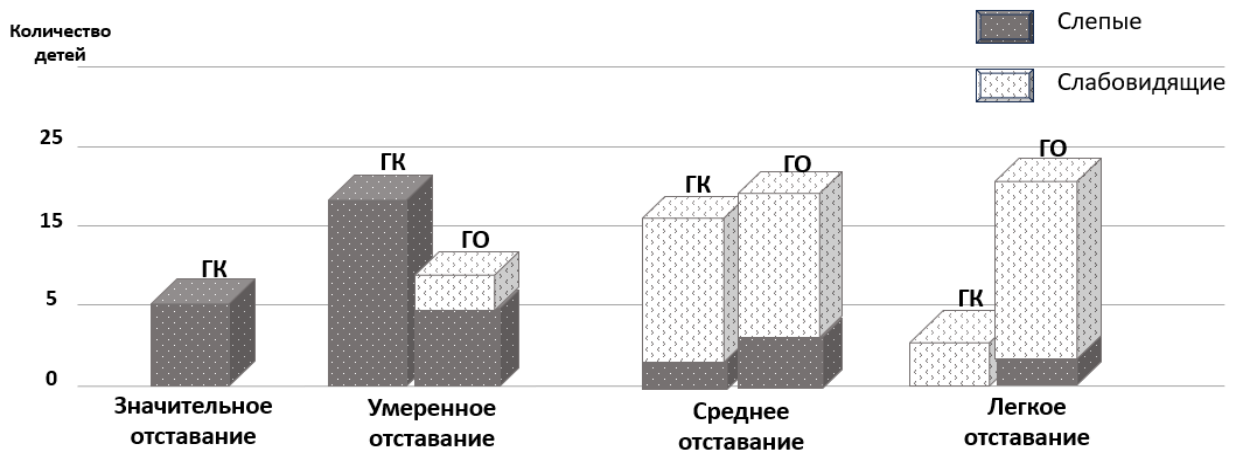


Рисунок 11. Распределение детей по вариантам психического развития в 12-13 мес.

Таблица 7

**Клинико-педагогическая характеристика вариантов психического развития  
детей с нарушениями зрения в возрасте 12 месяцев**

Вариант психического развития	Группа детей (ГО и ГК)	Количество	Психолого-педагогическая характеристика детей по степени зрелости зрительных реакций	Количество	Офтальмологическая патология разного течения прогрессирующая (П) непрогрессирующая; (Н)- группа риска (ГР)	Последствия перинатальной патологии	ПКР (рекомендуемое содержание (блока))	Коррекционно-педагогическая технология	Обучение родителей
Легкое отставание	ГО	23	Слепые	2	П	Легкие	IV	IV блок ТК	Обучение методам инициирования и поддержания ситуативно-делового сотрудничества, оказания практической помощи ребенку при исследовании предметов и окружающего пространства, выполнении результативных предметных и орудийных действий
			Слабовидящие	21	Н			IV блок ТР	
	ГК	3	Слабовидящие	3	Н		III	II блок ТР	

Продолжение таблицы 7

<b>Среднее отставание</b>	ГО	20	Слепые	3	П	Легкие	Ш	Ш блок ТР	Разъяснение правил организации игрового пространства для овладения ребенком ползанием, общению в ходе игрового сотрудничества
			Слабовидящие	17	Н	Средние	Ш	Ш блок ТР	
	ГК	19	Слепые	1	П	Легкие	П	П блок ТК	
			Слабовидящие	18	Н		П	П блок ТР	
<b>Умеренное отставание</b>	ГО	13	Слепые	4	П	Тяжелые	П	П блок ТК	Обучение ситуативно-личностному общению, созданию специальной среды с использованием света и фактурных предметов, обеспечению безопасности ребенка в период бодрствования
			Слабовидящие	5	Н		П	П блок ТР	
	ГК	20	Слепые	20	П	Средние	I	I блок Т К	
					Н				
ГР									
<b>Значительное отставание</b>	ГК	6	Слепые	5	Н	Тяжелые	I	I блок ТК	Совместно-разделенные действия, обучение методам поддержания положительных эмоций и голосовых ответов во время общения с ребенком, использованию мягкого освещения для стимуляции зрительной чувствительности
					ГР				

## Приложение В

Таблица 8

### Индивидуальная программа развития для слепого ребенка с вариантом «отставание психического развития»

<b>Алиса П.</b>	
<b>Клиническая информация</b>	
<b>Анамнез</b>	Недоношенность 34 недели, вес 2450 гр.; дополнительная оксигенация 2 суток; структурные и сосудистые изменения головного мозга; нарушения работы ЖКТ
<b>Тяжесть перинатальной патологии</b>	Среднетяжелые последствия перинатальной патологии
<b>Офтальмологическое заболевание</b>	Врожденная глаукома
<b>Социальные сведения о семье</b>	
<b>Результаты опросных методов (беседа; анкетирование)</b>	Мама демонстрирует отстраненную позицию относительно коррекционно-педагогической помощи. К рекомендациям специалиста относится недоверчиво и настороженно. Перекладывает ответственность за психическое развитие ребенка на близких родственников и специалистов.
<b>Уровень педагогической компетентности родителей</b>	Недостаточный
<b>Практика проектирования ИПР</b>	
<b>Актуальный уровень психического развития</b>	Сосредоточение при воздействии сенсорных стимулов и непосредственном контакте с близким взрослым
<b>Зона ближайшего психического развития</b>	Ориентировочные поведение на внешнее воздействие
<b>Вариант психического развития</b>	«Отставание психического развития» (3 эпикризных срока)
<b>Психолого-педагогическая характеристика степени зрелости зрительных реакций</b>	Зрачковая реакция на свет с мгновенной остановкой взора
<b>Степень зрелости зрительной чувствительности</b>	Группа «слепые»
<b>Образовательный блок ИПР</b>	I блок «Формирование ориентировки на внешнее воздействие»

Продолжение таблицы 8.

<b>Компенсаторно-развивающая технология</b>	«Формирование слухо-обонятельной и тактильной чувствительности для ориентировки на внешнее воздействие»
<b>Организация коррекционно-педагогической работы</b>	
<b>Распределение видов коррекционных воздействий</b>	<b>Общая продолжительность занятия 15 минут:</b> 3-5 минут – специальное педагогическое воздействие; 2-3 минуты – отдых; 3-5 минут – коррекционное воздействие с постепенным увеличением продолжительности; 5-10 минут – активное бодрствование, организованное взрослым
<b>График занятий с ребенком в стационаре</b>	Серия из 3-х занятий в утреннее время
<b>Повышение воспитательного потенциала семьи</b>	
<b>Содержание педагогической работы с родителями</b>	Обучение методам поддержания положительных эмоций и голосовых ответов во время общения с ребенком, использование мягкого освещения для стимуляции зрительной чувствительности. Консультирование по оптимизации образа жизни семьи, повышения компетентности в вопросах самоподдержки и укрепления психологических ресурсов.
<b>График обучающих консультаций родителей</b>	Серия из 2-х встреч
<b>Длительность встреч</b>	45-60 минут
<b>Формат обучения родителей</b>	Очный
<b>Форма организации обучения родителей</b>	Индивидуальная и групповая
<b>Проектирование ИПР в 6 месяцев 4 дня.</b>	
<b>Лечение, офтальмологические рекомендации</b>	Курс консервативного лечения врожденной глаукомы
<b>Актуальный уровень психического развития</b>	Устойчивое сосредоточение при взаимодействии с сенсорными стимулами и близким взрослым (минимальная динамика)
<b>Зона ближайшего психического развития</b>	Ориентировочное поведение на внешнее воздействие

Продолжение таблицы 8.

<b>Вариант психического развития</b>	«Отставание психического развития» (3 эпикризных срока)
<b>Психолого-педагогическая характеристика степени зрелости зрительных реакций</b>	Зрачковая реакция на свет с мгновенной остановкой взора (отсутствие динамики)
<b>Степень зрелости зрительной чувствительности</b>	Группа «слепые» - степень зрелости зрительной чувствительности без изменений
<b>Образовательный блок ИПР</b>	I блок «Формирование ориентировки на внешнее воздействие»
<b>Компенсаторно-развивающая технология</b>	«Формирование слухо-обонятельной и тактильной чувствительности для ориентировки на внешнее воздействие»
<b>Организация коррекционно-педагогической работы</b>	
<b>Распределение видов коррекционных воздействий</b>	<b>Общая продолжительность занятия 15-17 минут:</b> <b>5 минут</b> – специальное педагогическое воздействие; <b>2-3 минуты</b> – отдых; <b>5 минут</b> – коррекционно-педагогическое воздействие с постепенным увеличением продолжительности; <b>5-7 минут</b> – активное бодрствование, организованное взрослым
<b>График занятий с ребенком в стационаре</b>	Серия из 3-х занятий в утреннее время
<b>Повышение воспитательного потенциала семьи</b>	
<b>Содержание педагогической работы с родителями</b>	Обучение методам поддержания положительных эмоций и голосовых ответов во время общения с ребенком, использованию сенсорных предметов с контрастным освещением для стимуляции зрительной чувствительности. Консультирование по вопросам социального взаимодействия и методов обучения ребенка с ориентиром на развитие его слуховых и тактильных способностей, значимости использования руки для поиска игрушек и лица взрослого.
<b>График обучающих консультаций родителей</b>	Серия из 2-х встреч
<b>Длительность встреч</b>	45-60 минут
<b>Формат обучения родителей</b>	Очный, далее гибридный
<b>Форма организации обучения родителей</b>	Индивидуальная



Продолжение таблицы 8.

<b>Проектирование ИПР в 9 месяцев 6 дней.</b>	
<b>Лечение, офтальмологические рекомендации</b>	Лазерное и медикаментозное лечение врожденной глаукомы
<b>Актуальный уровень психического развития</b>	Ориентировочное поведение на внешнее воздействие (положительная динамика)
<b>Зона ближайшего психического развития</b>	Становление социальных способов взаимодействия с окружающими
<b>Вариант психического развития</b>	«Отставание психического развития» (3 эпикризных срока)
<b>Психолого-педагогическая характеристика степени зрелости зрительных реакций</b>	Кратковременная зрительная фиксация на крупном насыщенном по цвету предмете и близком расположении лица взрослого (положительная динамика)
<b>Степень зрелости зрительной чувствительности</b>	Группа «слабовидящих» - изменения степени зрелости зрительной чувствительности
<b>Образовательный блок ИПР</b>	II блок «Формирование социальных способов взаимодействия»
<b>Коррекционно-развивающая технология</b>	«Формирование зрительного опознавания знакомых людей и предметов»
<b>Организация коррекционно-педагогической работы</b>	
<b>Распределение видов коррекционных воздействий</b>	<b>Общая продолжительность занятия 17-20 минут:</b> 7 минут – специальное педагогическое воздействие; 3 минуты – отдых; 8 минут – коррекционно-педагогическое воздействие с постепенным увеличением продолжительности; 3-5 минут – активное бодрствование, организованное взрослым
<b>График занятий с ребенком в стационаре</b>	Серия из 2-3-х занятий в утреннее время
<b>Социальные сведения о семье</b>	
<b>Результаты опросных методов (беседа; анкетирование)</b>	Мама регулярно организывает развивающие занятия с ребенком в форме ситуативно-личностного сотрудничества. Проявляет чувствительность и изменяет форму общения с учетом психологического состояния ребенка.
<b>Уровень педагогической компетентности родителей</b>	Достаточный

Продолжение таблицы 8.

<b>Повышение воспитательного потенциала семьи</b>	
<b>Содержание педагогической работы с родителями</b>	Обучение ситуативно-деловому общению, созданию мультифункционального пространства для развития зрительного восприятия, обеспечения безопасности и познавательной активности в период бодрствования. Консультирование по организации оптимального зрительного и других видов сенсорного воздействия с целью правильного восприятия информации, а также предотвращения переутомления органа зрения.
<b>График обучающих консультаций родителей</b>	Серия из 2-х встреч
<b>Длительность встреч</b>	45 минут
<b>Формат обучения родителей</b>	Очный, далее гибридный
<b>Форма организации обучения родителей</b>	Индивидуальная; групповая
<b>Проектирование ИПР в 12 месяцев 10 дней.</b>	
<b>Лечение, офтальмологические рекомендации</b>	Курс медикаментозного лечения врожденной глаукомы
<b>Актуальный уровень психического развития</b>	Ориентировочное поведение на внешнее воздействие (минимальная динамика)
<b>Зона ближайшего психического развития</b>	Социальные способы взаимодействия с окружающим
<b>Вариант психического развития</b>	«Отставание психического развития» (3 эпикризных срока)
<b>Психолого-педагогическая характеристика степени зрелости зрительных реакций</b>	Кратковременная зрительная фиксация на крупном насыщенном по цвету предмете и близком расположении лица взрослого (отсутствие динамики: зрительное прослеживание и опознание отсутствуют).
<b>Степень зрелости зрительной чувствительности</b>	Группа «слепые» - степень зрелости зрительной чувствительности без динамики (переведена из группы «слабовидящих» в группу «слепых»).
<b>Образовательный блок ИПР</b>	III блок «Формирование социальных способов познания и средств коммуникации»
<b>Компенсаторно-развивающая технология</b>	«Формирование различения людей и объектов, согласования действий рук при ориентировке и исследовании пространства»

Продолжение таблицы 8.

<b>Организация коррекционно-педагогической работы</b>	
<b>Распределение видов коррекционных воздействий</b>	<b>Общая продолжительность занятия 20-22 минуты:</b> <b>9-10 минут</b> – специальное педагогическое воздействие; <b>2 минуты</b> – отдых; <b>8 минут</b> – коррекционно-педагогическое воздействие с постепенным увеличением продолжительности; <b>3-5 минут</b> – активное бодрствование, организованное взрослым
<b>График занятий с ребенком в стационаре</b>	Серия из 2-х занятий в утреннее время
<b>Повышение воспитательного потенциала семьи</b>	
<b>Содержание педагогической работы с родителями</b>	Разъяснение правил организации предметно-игрового пространства, особенностей его оснащения световыми, звуковыми и тактильными маячками. Консультирование по вопросам значимости формирования поисковых действий руками, формирования сотрудничества.
<b>График обучающих консультаций родителей</b>	Серия из 2-х встреч
<b>Длительность встреч</b>	30-45 минут
<b>Формат обучения родителей</b>	Очный, далее гибридный
<b>Форма организации обучения родителей</b>	Индивидуальная