

Черненко Татьяна Николаевна  
5 курс, факультет педагогики и методики начального дошкольного и  
дополнительного образования  
(специальность начальное образование)  
Таганрогский институт имени А.П. Чехова (филиал) ФГБОУ ВПО «РГЭУ  
(РИНХ)»

## ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ – ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ

Дети и подростки, относящиеся к категории «детей с ограниченными возможностями», заслуживают пристального внимания и целенаправленной помощи целого ряда специалистов (психологов, педагогов, врачей, социальных работников). В области психологии, психиатрии, неврологии, педиатрии есть беспрецедентная возможность для продвижения междисциплинарного подхода в научных исследованиях и клинической практике и, таким образом, более глубокое понимание нарушений развития. [10]. Дети с наличием дефекта имеют много общих черт, что определяет основные подходы для их обучения и воспитания. И, тем не менее, каждая составляющая указанной категории детей (с нарушениями слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, умственной отсталостью) отличается особыми психологическими характеристиками, особенностями развития и социализации [1, 5, 8, 9]. Их личности находятся в процессе формирования, и неудовлетворительное качество жизни в это время может иметь серьезные последствия для их будущего. Наличие нарушений зрения (врожденных аномалий зрительного анализатора, амблиопии, нистагма и т.п.) является одним из вариантов нарушенного онтогенеза, может ограничивать познавательные, учебные, социальные и поведенческие возможности у детей и подростков [6, 7]. Целью настоящего исследования было проанализировать клиничко-психологические особенности, особенности адаптации и коммуникации детей с нарушениями зрения, обучающихся в условиях специализированной школе – интернате III-IV вида.

Обследовано 70 детей 7-16 лет (44 мальчика, 26 девочек), относящихся к категории «слабовидящие» 62% из них имеют инвалидность по основному заболеванию. Методы исследования – клинический, экспериментально-психологический (использовалась шкала тревожности SMAS, тест Люшера). При клиническом обследовании у детей были выявлены как различные варианты нарушения психической адаптации (донозологические состояния), так и психические расстройства (Таблица 1). Сочетанная патология (2 и более психических расстройств) встречалась у 10% детей.

Таблица 1  
Структура психических нарушений у детей с нарушениями зрения (n=70)

Нозология	Количество
Умственная отсталость <b>F 70-79</b>	5 (7,1%)
Смешанные специфические расстройства развития <b>F 83</b>	26 (37,1%)
Специфические расст-ва развития речи <b>F 80</b>	6 (8,6%)
Общие расстройства развития <b>F 84.0</b>	1 (1,4%)
Гиперкинетические расстройства (СДВГ) <b>F 90</b>	5 (7,1%)
Др. псих. расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга <b>F 06</b>	4 (5,7%)
Невротические, связанные со стрессом расст-ва <b>F 4</b>	3 (4,3%)
Донозологические расстройства (психодезадаптационные состояния)	28 (40%)
<b>Сочетанная патология (2 и более психических расстройств)</b>	7 (10%)

Чаще отмечались донозологические состояния (40%) – астенический, психовегетативный или дистимический варианты, смешанные специфические расстройства развития (37%), гиперкинетические расстройства - 7,1%.

Донозологические состояния относятся к наиболее универсальным проявлениям психической дезадаптации, граничащим с нормой, представляют собой относительно стабильный симптомокомплекс [3]. При

астеническом варианте (50% от группы донозологических состояний – 14 чел) психодезадаптационных нарушений отмечалось чувство усталости, сонливости в дневное время, проходящей после кратковременного отдыха, либо основными являлись симптомы снижения психической продуктивности – трудность концентрации внимания, некоторое ухудшение памяти, затруднение обработки информации на фоне слабости, утомляемости, головные боли. Частым симптомом было затруднение пробуждения по утрам. Описывая поведение таких детей, педагоги отмечают: «ребенок не может высидеть урок полностью», «через 10-15 минут не слушает, начинает вертеться», «не реагирует на замечания», «временами становится вялым, сонливым, «выключенным» из общей работы». Для этих детей было характерно наличие сопутствующей неврологической патологии (последствия перинатального поражения центральной нервной системы, энцефалопатии).

У детей с соматовегетативным вариантом психодезадаптационных нарушений (35,7% от группы донозологических состояний - 10 чел) выявлялись симптомы вегетативной лабильности – кратковременные головные боли, слабость, неприятные ощущения в области эпигастрия, ощущения тяжести; реже – потливость, сердцебиения. Подобные нарушения носили преходящий характер, нередко сопровождались колебаниями настроения.

Дистимический вариант (14,3% от группы донозологических состояний - 4 чел) психодезадаптационных нарушений характеризовался раздражительностью, частыми аффективными вспышками с недовольством, озлобленностью. Дистимические реакции в ряде случаев способствовали изменению фона настроения; длились от нескольких часов до 1-2-х суток, иногда сопровождались признаками физической и психической слабости, вегетативными реакциями. Эти симптомы, как правило, сопровождались трудностями в установлении социальных контактов и признаками социального неблагополучия в семье (алкоголизация родителей, изменение состава семьи, низкий материальный уровень).

Среди клинико-психологических особенностей детей со смешанными специфическими расстройствами развития (в педагогической классификации соответствует задержке психического развития) отмечались эмоционально-личностная незрелость, недостатки внимания, памяти, мышления, нарушения произвольной регуляции деятельности. Характерны частая смена настроения, проблемы в формировании нравственно-этической сферы.

В работе с детьми и подростками, помимо нозологического диагноза, учитывались и сопутствующие аномалии психосоциальной ситуации, которые могут играть определённую роль в возникновении психических

расстройств, оказывать влияние на их течение и терапевтический процесс [2].  
Наиболее частыми являются:

- аномальное отношение в семье (недостаточность эмоционального тепла в отношениях между родителями и детьми; конфликтные отношения в семье)
- аномалии ближайшего окружения (воспитание в учреждении; ситуация воспитания в аномальной семье)
- хронический межличностный стресс, связанный с учёбой: конфликтные отношения отвержения со стороны сверстников.

Применение многоосевого диагноза дает возможность оценить наличие нарушений психического здоровья в контексте микросоциальных условий, что необходимо учитывать при проведении психотерапии и психопрофилактических юмероприятий [4].

Одной из задач клинико-психологического исследования детей с нарушениями в развитии является выявление тревоги, которая часто остаётся нераспознанной. Психологическое неблагополучие дети часто выражают невербальными способами – **изменением поведения** (робость, боязливость, плаксивость, нарушения сна, раздражительность), **ухудшением состояния здоровья** (частые простудные заболевания, боли и недомогание неясного характера). Кроме изменения поведения, у детей отмечались и соматические признаки тревоги: боли в животе, расстройства аппетита, головные боли, спазмы в горле, затрудненное поверхностное дыхание. Таким детям часто необходима психологическая и эмоциональная поддержка, чтобы помочь справиться с проблемами, обусловленными его инвалидностью. Из-за стигматизации и недостаточной осведомленности о внешнем мире, дети и подростки часто чувствуют страх, тревогу, неуверенность в себе, зависимость от привычного окружения (близкого взрослого человека и т.п.). Согласно проведенному исследованию уровня тревоги по шкале SMAS, высокий уровень тревоги выявлен у 33% детей, средний – у 48%.

Слабовидящих ребенок сталкивается с множеством личных проблем на протяжении всего детства и юности. Зрение играет важную роль в социальной жизни, поскольку её основа закладывается в наблюдении за другим. Дети, имеющие значительное снижение зрения, часто испытывают трудности в социальных отношениях, в том числе и потому, что их понимание игровой деятельности, социальных норм может быть ограничено или искажено, потому что их сниженное зрение не позволяет им интерпретировать тонкие социальные сигналы, и они не могут увидеть, как другие отвечают на их поведение. Обучение в специализированной школе создает доступную среду для функционирования, а также обуславливает некоторые особенности коммуникации детей с нарушением зрения. Большинство (77%) детей из исследуемой выборки имеют в качестве друзей

сверстников из своей же школы, различные внешкольные секции или кружки посещают только 15 % детей. Дети 7-11 лет в среднем проводят за компьютером 2-4 часа в день, в старшем возрасте это время увеличивается – у 11-16 летних в среднем составляя 3-5 часов. Следует учитывать специфику изучаемого контингента и несоблюдение психогигиенических мероприятий, касающихся времени, проводимого перед экраном монитора и определенного режима (чередования работы и отдыха органа зрения). Основные занятия за компьютером – это игры и общение в социальных сетях, которое у большинства детей ограничено людьми, имеющими сенсорные расстройства.

Таким образом, социальное взаимодействие детей часто становится ограниченным.

Еще одной особенностью детей изучаемой выработки, являлась сниженная познавательная активность, сниженная мотивация к получению знаний, новой информации. Это касалось не только группы с нарушениями психологического развития, при которых описываемый симптом часто встречается, но и других детей. Функциональные ограничения, вызванные нарушениями зрения, создают препятствия для независимости ребенка, ограничивают его взаимодействие с окружающей средой. При снижении уровня познавательной мотивации у ребенка возникает меньшая потребность в изучении новых объектов, в результате чего в последующем даже при наличии сохранного интеллекта это отражается на академической успеваемости и поведении в школе. В этих случаях необходима психолого-педагогическая работа по формированию учебной мотивации.

Учитывая выявленные особенности, была разработана программа комплексного медико-психолого-педагогического взаимодействия, осуществляемая на базе специализированной школы. Помимо традиционных мероприятий, осуществляемых педагогами, психологами, дефектологами и традиционных этапов медицинской диспансеризации нами было предложено динамическое наблюдение и обследование детей врачом-психиатром (психотерапевтом) непосредственно в учебных учреждениях, что обеспечивало доступность специализированной помощи и исчезновение своеобразного психологического барьера. Необходимость включения специализированного медицинского (психиатрического) компонента в реабилитационные программы сопровождения детей с сенсорными нарушениями определяется тем фактом, что знание психологических особенностей, своевременное выявление и коррекция нарушений психического здоровья (тревоги, депрессии, суицидальных тенденций) является необходимым базисом для воспитания социальных навыков - сотрудничества, адаптивности, восприятия себя как части окружающего общества. Проводится диагностика уровня психического здоровья детей, консультации с родителями, педагогами, оказывается психокоррекционная,

психофармакологическая и психотерапевтическая помощь (по показаниям). Сочетание педагогического и психокоррекционного воздействия, включение семьи позволяют достигнуть стабилизации эмоционального состояния ребёнка и улучшают его школьное функционирование и возможности социальной адаптации.

#### Список литературы.

1. Дашиева Б.А. Клинико-психологическая характеристика подростков с детским церебральным параличом / Б.А. Дашиева, И.Е. Куприянова, С.С. Баяртуева // Сибирский вестник психиатрии и наркологии 2011, №3 (66), С. 41-43
2. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ10. – М.: Смысл; Санкт-Петербург: Речь, 2003. – 407с.
3. Семке, В.Я. Основы персонологии / В.Я.Семке. – М., 2001. – 476 с
4. Эйдемиллер, Э.Г. Детская психиатрия: учебник /Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб: Питер, 2005. – 1120 с.
5. Davidson, J. Epidemiologic pattern in childhood hearing loss / J. Davidson, M. L. Hyde, P. W. Alberti // Int J Pediatr Otorhinolaryngol. - 1989; 17: 239–266. doi: 10.1016/0165-5876(89)90051 -7