РАЗДЕЛ V. МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

doi:10.18411/spub-2-2018-06

idsp: 000001: spub-2-2018-06

СОТСКАЯ Г.М.

ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*ФГБУ Федеральное бюро медико-социальной экспертизы Минтруда РФ
(Россия, Москва)*

АННОТАЦИЯ

В статье приводятся данные комплексного клинико-психологического исследования психической деятельности детей младшего школьного возраста с врожденными аномалиями развития систем кровообращения и мочевого выделения. Представленные результаты исследования позволили определить у изучаемого контингента основные уровни нарушений психической деятельности и их влияние на способность к обучению, а также позволили разработать и предложить пять основных организационных моделей психолого-медико-педагогического сопровождения.

Ключевые слова: врожденные аномалии развития, дети с ограниченными возможностями здоровья, уровень обучаемости, психологический потенциал, прогноз обучаемости, способность к обучению, психолого-медико-педагогическое сопровождение

SOTSKAYA G.M.

PSYCHOLOGICAL, MEDICAL AND PEDAGOGICAL SUPPORT OF CHILDREN WITH CONGENITAL MALFORMATIONS IN THE SYSTEM OF COMPLEX RE- HABILITATION

*Federal Bureau of Medical and Social Expertise of the Ministry of Labor
of the Russian Federation
(Russia, Moscow)*

ABSTRACT

The article presents the data of a comprehensive clinical and psychological study of mental activity of children of primary school age with congenital abnormalities of blood circulation and urinary systems. The presented results of the study allowed determining the main levels of mental activity disorders in the studied contingent and their impact on the ability to learn, as well as to develop and propose five main organizational models of psychological, medical and pedagogical support.

Keywords: congenital malformations of the circulatory and the urinary tract, children with disabilities, level of learning, psychological potential, prediction of learning ability, learning ability, psychological-medical-pedagogical support.

ВВЕДЕНИЕ

В психологии центральным показателем нормативности психосоциального развития ребенка является способность его к выполнению ведущей деятельности в соответствии с биологическим возрастом [1,6,7]. Такой ведущей, интегративной формой жизнедеятельности у детей школьного возраста является учебная деятельность, от которой зависит не только освоение других видов деятельности, но и приобретение социального опыта и адаптация в социуме.

Особый интерес представляют собой особенности психического развития и способности к обучению детей с врожденными аномалиями развития (ВАР), которые по данным статистической отчетности с 2009 по 2014 гг. занимали первое ранговое место в структуре причин первичной и повторной детской инвалидности, в 2015 и в 2016 гг. – третье ранговое место, уступив психическим расстройствам и заболеваниям нервной системы. Среди врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений у детей, приводящих к инвалидности, ведущее место занимают врожденные аномалии системы кровообращения [9,10,11,12].

Аналитический обзор научных публикаций по проблеме обучения детей с ограниченными возможностями здоровья позволил рассмотреть различные теоретические концепции и подходы к решению этого вопроса [15].

Анализ исследовательских работ, как отечественных, так и зарубежных, позволяет определить основную тенденцию становления психики у детей с хроническими соматическими заболеваниями, которая сводится к тому, что хроническая соматическая патология не проходит бесследно для формирования мозговых структур головного мозга ребенка и обуславливает специфические нарушения психического развития церебрального генеза [2,5,16,18,19]. Кроме того, хроническое соматическое заболевание создаёт для ребенка особую дефицитарную ситуацию развития, которая характеризуется ограничениями активности и самостоятельности в способах самовыражения, что обуславливает задержку развития познавательной сферы и личности.

Вместе с тем, научных исследований, посвященных различным аспектам обучения и формам получения образования, использования мер коррекционного воздействия у детей с врожденными аномалиями развития проводилось недостаточно. В связи с этим вопрос обучения и сопровождения таких детей полностью не раскрыт и требует дальнейшего изучения факторов, позволяющих прогнозировать способность к обучению и разработки основных организационных моделей их психолого-медико-педагогического сопровождения.

Всё вышесказанное обусловило актуальность и необходимость проведения данного исследования и определило его цель и задачи.

Переход на систематическое школьное обучение требует от ребенка определенной готовности, которая определяется взаимосвязью и сочетанием развития нескольких компонентов – возрастной физической, интеллектуальной и эмоционально-волевой; мотивационно-личностной и коммуникативной готовности, сформированностью навыков самообслуживания.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить способность к обучению у детей с врожденными аномалиями развития и разработать основные организационные модели их психолого-медико-педагогического сопровождения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На базе Федерального бюро медико-социальной экспертизы Министерства труда и социального развития Российской Федерации было проведено комплексное психологическое исследование детей младшего школьного возраста с ВАР системы кровообращения и мочевого выделения, направленное на изучение их психологических особенностей с выделением структуры и уровней нарушений психической деятельности у изучаемого контингента, и определения влияния этих нарушений на способность к обучению.

В исследовании приняли участие 103 ребенка младшего школьного возраста здоровья в возрасте от 7 до 11 лет (9+2 года) с различными ВАР кровеносной (57 человек) и мочевыделительной (46 человек) систем.

В процессе исследования были изучены медико-социальные характеристики, участвующих в исследовании. Общими характеристиками детей обеих групп является то, что большинство детей – это мальчики (70%), средний возраст которых 9 лет, проживающие в городской местности и воспитывающиеся в полных семьях, обучающиеся по основной общеобразовательной программе начального общего образования, в образовательной организации, в общем режиме и имеющие удовлетворительную школьную успеваемость. Однако, родители этих детей оценивали состояние их, как соответствующее статусу «ребенок-инвалид» и добивались его установления на уровне Федерального бюро медико-социальной экспертизы Минтруда России (ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России).

Экспертно-реабилитационная диагностика, осуществленная в ФГБУ ФБ МСЭ Минтруда России, позволила части этих детей установить инвалидность и оценить ограничения некоторых видов жизнедеятельности, как соответствующие статусу «ребенок-инвалид» (37,8%). Другая часть детей не была признана инвалидами (62,2%). Анализ результатов показал, что среди обследованных детей имеются дети с различными последствиями врожденных аномалий.

Так, у детей с ВАР кровеносной системы последствия прослеживаются в более выраженной степени, чем у детей с врожденными аномалиями развития мочевыделительной системы. Это проявилось в том, что более половины детям с ВАР системы кровообращения был установлен статус «ребенок-инвалид» (54%) детям, а детям с врожденными аномалиями развития мочевыделительной системы инвалидами признаны лишь 15% детей. Также дети с ВАР системы кровообращения обучение дается тяжелее, чем детям с ВАР мочевыделительной системы. Они обучаются не только по основной общеобразовательной программе начального общего обучения, но и по адаптированным программам для детей с задержкой психического развития и для детей с умственной отсталостью, в то время, как дети с ВАР мочевыделительной системы обучаются только по основной общеобразовательной программе начального общего образования.

Данные различия нашли свое объяснение и подтверждение в проведенном эмпирическом исследовании, которое выявило основные «слабые звенья» при одной и другой патологии. Так, структура психической деятельности у детей с ВАР системы кровообращения и мочевыделительной системы сходны и характеризуется:

- преобладанием нарушений динамического компонента умственной работоспособности, проявляющиеся трудностями ориентировки в заданиях, замедленной вработываемостью, инертностью, замедленностью общего темпа протекания психических процессов и истощаемостью;

- вторичными изменениями в когнитивном компоненте психической деятельности в виде модально-неспецифических нарушений аттентивно-мнестических функций, которые проявляются флуктуациями, истощаемостью, задержкой формирования произвольного внимания, трудностями запоминания и повышенной тормозимостью следов, а также отставанием в развитии операционного звена вербально-логического мышления;
- запаздыванием формирования эмоционально-личностного компонента психической деятельности, что проявляется у большинства детей эмоционально-аффективной неустойчивостью, несформированностью школьной мотивацией, преобладанием неадекватной и неустойчивой самооценки, а также тенденцией формирования тревожно-зависимых черт характера.

Однако, степень выраженности этих нарушений у детей двух патологий неравнозначна. Сравнительный анализ психологических характеристик показал, что дети с ВАР кровообращения имеют более значимые нарушения нейродинамического компонента психической деятельности и модально-неспецифические нарушения внимания и памяти. Эти дети более утомляемые, медлительные, имеют более выраженные нарушения внимания и памяти. Состояние их умственной работоспособности может негативно воздействовать на осуществление ведущей для них деятельности – обучения.

Исследование также выявило, что большинство детей (84,4%) обучалось в образовательных организациях по основным общеобразовательным программам, в общем режиме обучения и имели хорошую или удовлетворительную успеваемость. Лишь 15,6% детей имели на практике специальные условия обучения такие, как обучение по адаптированным программам для детей с задержкой психического развития и умственной отсталостью, очно-заочную форму обучения, специальный режим обучения.

Однако, проведенный анализ обнаружил картину, не совпадающую с практическим положением вещей. С помощью статистического анализа получены результаты, помогающие вскрыть не только нарушенные психические функции, но и те функции, которые помогут повысить потенциал, а также те нарушения, которые в настоящее время компенсированы за счет нормативных функций, но могут быть декомпенсированы и привести к «срыву адаптации».

Проведенный факторный и кластерный анализ выявил у изучаемого контингента три основных уровня нарушений психического функционирования, которые по-разному оказывают влияние на способность к обучению:

- первый уровень (функциональный) отмечается при отставании в развитии отдельных когнитивных функций (мнестических);
- второй уровень (компонентный) определяет отставание в развитии отдельного компонента психической деятельности (эмоционально-личностного);
- третий уровень (тотальный) представляет собой комплексную недостаточность развития всей психической деятельности, включая когнитивный, нейродинамический и мотивационно-личностный компоненты.

Наиболее сильное влияние на обучаемость у детей с ВАР оказывает комплексная недостаточность когнитивного, нейродинамического и мотивационно-личностного компонентов, которые являются центральными показателями при оценке способности к обучению у детей. Недостаточность когнитивно-мотивационной составляющей психической деятельности детей с врожденными аномалиями развития систем кровообраще-

ния и мочевыделения мотивационного позволила определить у них низкий психологический реабилитационный потенциал, низкий уровень обучаемости и сомнительный прогноз обучаемости в дальнейшем. Таких детей в выборке оказалось 22 человека.

В другой группе детей (28 человек) структура нарушения функционирования психической деятельности характеризуется отставанием развития эмоционально-личностного компонента, что определяется, как «соматогенный инфантилизм» [5]. Когнитивный компонент у детей сформирован в соответствии с возрастными нормами, что обуславливает у них средний психологический потенциал, средний уровень обучаемости и относительно благоприятный прогноз дальнейшего обучения.

В третьей группе детей с ВАР было выявлено парциальное отставание, неравномерность в развитии отдельных когнитивных функций (мнестических), что указывает на высокую возможность компенсационного воздействия других компонентов психической деятельности и определяет у детей средний психологический реабилитационный потенциал, средний уровень обучаемости и относительно благоприятный прогноз в отношении дальнейшего обучения. Однако, неравномерность развития психики может означать, что у этих детей имеются непатологические отклонения психического развития в виде «иррегулярности психического развития», то есть их развитие находится между нормой и патологией и при попадании детей в неблагоприятные условия, где не будут учитываться особенности их развития, у них может произойти «срыв адаптации» и психическое развитие будет уже нарушенным

Четвертую группу составляют дети с высоким уровнем обучаемости, высоким психологическим потенциалом и благоприятным психологическим прогнозом по дальнейшему обучению. Все компоненты психической деятельности отличаются высоким уровнем возрастной сформированности, в тоже время исследование выявило у половины детей этой группы невысокую устойчивость к длительным интеллектуальным нагрузкам, что объективно проявляется в астенических состояниях.

Критерии оценки психологического потенциала, уровня обучаемости, прогноза обучаемости у детей с ВАР в зависимости от их уровня нарушений психического функционирования представлены в Таблице 1.

Таблица 1.

Критерии оценки психологического потенциала, уровня обучаемости, прогноза обучаемости в зависимости от уровня нарушений психического функционирования у детей с ВАР систем кровообращения и мочевыделения

Оцениваемые параметры	Уровень нарушений психического функционирования			
	нормативный	функциональный	компонентный	тотальный
Недостаточность или нарушение психического функционирования	отсутствует	отставание в развитии или дефицитарность отдельные психические функции	парциальные нарушения отдельных компонентов ПД (эмоционально-личностный)	комплексная недостаточность развития всей ПД
Психологический потенциал	высокий	средний	средний	низкий
Уровень обучаемости	высокий	средний	средний	низкий
Прогноз обучаемости	благопр.	отн. благопр.	отн. благопр.	сомнит.

Изучение влияния различных уровней нарушений психического функционирования на способность к обучению у исследуемых детей позволило разработать и пред-

ложить пять основных организационных моделей их психолого-медико-педагогического сопровождения, учитывающих учитывающих клинико-функциональные особенности, психологический потенциал и уровень обучаемости.

Модель №1 – модель психолого-медико-педагогического сопровождения детей с ВАР с незначительными, но стойкими нарушениями функций системы кровообращения и мочевыделения, высоким психологическим потенциалом и высоким уровнем обучаемости, что не может служить основанием для определения статуса «ребенок-инвалид». Доля детей с незначительными нарушениями функций довольно значительна и составляет 37,8% среди изученного контингента.

Дети данной группы после проведения своевременного и полного объема высокотехнологичной медицинской помощи имеют, как правило, незначительные, хотя и стойкие остаточные функциональные нарушения, что не позволяет их оценивать, как инвалидов.

У детей с незначительными, но стойкими нарушениями функций кровообращения и мочевыделения, заключение психолого-медико-педагогической комиссии подтверждает нормативное психическое развитие ребенка, которое не требует определения специальных образовательных условий обучения. Рекомендуются обучение по основной общеобразовательной программе начального общего образования, в общем режиме и очной форме обучения.

Предлагаемая модель определяет и рекомендует составление программы сопровождения детям, не признанных инвалидами с включением комплекса мер по профилактике инвалидности. Предлагаем назвать данную программу, например, индивидуальная программа сопровождения (ИПС) ребенка.

Программа по профилактике инвалидности для исполнения должна быть адресована учреждениям разной ведомственной принадлежности и может иметь форму индивидуальной программы сопровождения ребенка не инвалида, но имеющему врожденную патологию развития и подлежащему диспансерному наблюдению.

Например, с целью профилактики возможных декомпенсационных состояний организма, ребенку рекомендуется продолжить дальнейшее диспансерное наблюдение профильных специалистов в учреждениях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, в так называемых, отделениях медицинской профилактики заболеваний.

Эти рекомендации должны быть адресованы и родителям. Им рекомендуется выполнять охранительные мероприятия в отношении ребенка в виде введения и поддержания психоохранительного режима. Для них также предлагается психологическая помощь в виде проведения психологического консультирования, направленное на коррекцию родительского отношения и установок к заболеванию их ребенка и обучению организации, структурированию и внедрения психоохранительного режима в повседневную жизнь ребенка, которые могут проводиться на базе центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, создаваемые органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Модель №2 – модель психолого-медико-педагогического сопровождения детей с ВАР со стойкими незначительными нарушениями функций системы кровообращения и мочевыделения, средним психологическим потенциалом и средним уровнем обучаемости. Доля таких детей в настоящем исследовании составило 14,6%.

Дети этой группы, как и предыдущей, имеют, как правило, стойкие, незначительные функциональные нарушения со стороны органов кровообращения и мочевыделения. В ходе психологического обследования у них выявляются односторонние

(парциальные) показатели отставания в формировании отдельных когнитивных функций или незрелость эмоционально-личностной сферы, которые не приводят к ограничению жизнедеятельности в категории обучения, но требуют психокоррекционной помощи.

При освидетельствовании в процессе медико-социальной экспертизы дети этой группы не признаются инвалидами в связи с имеющимися стойкими, но незначительными функциональными нарушениями, которые не приводят к ограничениям ни в одной из категорий жизнедеятельности, в том числе и обучении.

Психолого-медико-педагогическая комиссия, как правило, определяет таким детям статус «Ребенок с ОВЗ» в связи с имеющимися дефектами физического и психического развития и нуждаемости в психолого-медико-педагогическом сопровождении. В соответствие с этим ребенком рекомендуется обучение по основной общеобразовательной программе, в очной форме и в обычном режиме обучения при условии проведения психокоррекционных мероприятий имеющихся нарушений развития.

На основании статьи 42 федерального закона «Закона об образовании в РФ» психолого-медико-педагогическая помощь ребенку может быть оказана:

- в образовательном учреждении под наблюдением психолого-медико-педагогических консилиумов, создаваемых на базе образовательного учреждения, и основная цель которых – комплексное, всестороннее, динамическое диагностическо-коррекционное сопровождение детей из, так называемой, «группы риска»;
- в центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи (ППМС центры), действующие и создаваемые органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации [17].

Также, как и в первой модели предлагаются меры по профилактики инвалидности в виде индивидуальной программы сопровождения ребенка не инвалида, в которую вносятся рекомендации для исполнения в организациях разной ведомственной принадлежности:

- для учреждений здравоохранения – это диспансерное наблюдение профильных специалистов в учреждениях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь;
- для центров психолого-медико-педагогической и социальной помощи – это психокоррекция дефицитарных высших психических функций, психолого-педагогическое консультирование родителей или иных законных представителей ребенка;
- для образовательных организаций – это выявление отклонений в развитии и динамическое наблюдение на всем протяжении обучения в образовательной организации; обеспечение необходимой коррекционно-развивающей помощи; предупреждение психофизиологических перегрузок.

Модель №3 - модель психолого-медико-педагогического сопровождения детей с ВАР со стойкими умеренными нарушениями функций системы кровообращения и мочевыделения, низким психологическим потенциалом и низким уровнем обучаемости. Доля таких детей в настоящем исследовании составляет 21,4%. Для этих детей характерно:

- наличие стойких умеренных нарушений функций кровообращения – пороки сердца и крупных сосудов, которые приводят к хронической сер-

дечной недостаточности стадии ПА (ХСН ПА стадия) и умеренным гемодинамическим нарушениям, функциональный класс (ФК) II, III;

- наличием стойких умеренных нарушений функций мочеполовой сферы, характеризующиеся хронической болезнью почек 3Б стадии, хронической почечной недостаточностью 2 стадии (ХПН 2 стадии) [14].

Этим детям, несмотря на ранее проведенные мероприятия по медицинской реабилитации определяется статус «ребенок-инвалид» сроком на 1 год и ограничения жизнедеятельности в категориях «Передвижение» 1 степени, «Самообслуживание» 1 степени и «Способность к обучению» 1 или 2 степени.

Ограничение в передвижении 1 степени обозначает, что дети способны к самостоятельному передвижению, но при более длительном затрачивании времени, дробности выполнения и сокращении расстояния.

При ограничении в самообслуживании 1 степени для детей характерно обслуживание себя при более длительном затрачивании времени, дробности выполнения и сокращении объема операций.

Психологическая экспертно-реабилитационная диагностика выявляет у детей этой группы умеренные нарушения психического функционирования церебрально-органического генеза в виде недостаточности развития когнитивного и мотивационного компонентов психической деятельности, низкого уровня овладения операциональными способами освоения знаний.

Это позволяет определить у них низкий психологический реабилитационный потенциал и низкий уровень обучаемости.

Определение степени ограничения жизнедеятельности в категории «Способность к обучению» и формирование мероприятий по психолого-педагогической реабилитации осуществляется с учетом полученных клинико-функциональных данных, заключения психолого-медико-педагогической комиссии и медицинских рекомендаций учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую помощь.

Категория «Способность к обучению» 1 степени предполагает способность к обучению и получению образования в рамках федеральных образовательных стандартов (ФГОС) в осуществляющих образовательную деятельность организациях с созданием специальных условий образования (при необходимости); нуждаемость в специальных условиях обучения определяется с учетом заключения психолого-медико-педагогических комиссий.

Категория «Способность к обучению» 2 степени предполагает способность к обучению и получению образования в рамках федеральных образовательных стандартов (ФГОС) в осуществляющих образовательную деятельность организациях с созданием специальных условий образования только по адаптированным образовательным программам, при необходимости обучение на дому и/или с использованием дистанционных образовательных технологий с применением (при необходимости) технических средств обучения; нуждаемость в специальных условиях обучения определяется с учетом заключения психолого-медико-педагогических комиссий.

По результатам экспертного освидетельствования законным представителям ребенка выдается документ установленного образца о признании ребенка инвалидом и формируется индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПРА). Эта программа является обязательным к исполнению документом для всех исполнительных органов власти. Однако для законных представителей ребенка-инвалида она не является обязательной.

Раздел мероприятий психолого-педагогической реабилитации и абилитации ребенка-инвалида формируется по данным, представляемым ПМПК. Психолого-медико-педагогическая комиссия определяет ребенку статус «Ребенок с ОВЗ» и рекомендует специальные образовательные условия в зависимости от структуры нарушений психофизического развития.

Как правило, при ограничении способности к обучению 1 степени ПМПК рекомендуют следующие специальные образовательные условия:

- обучение по основной общеобразовательной программе начального общего образования или обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе - Вариант 1 федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования для детей с ограниченными возможностями здоровья (ФГОС НОО ОВЗ), согласно которой ребенок обучается по основной программе или индивидуальному плану, а его особые образовательные потребности удовлетворяются в ходе внеурочной работы;
- очная, очно-заочная форма обучения (определяется с учетом состояния здоровья ребенка, а также пожеланий родителей и их согласия);
- рекомендуемый режим обучения устанавливается, исходя из актуального состояния ребенка и медицинских рекомендаций, и может быть представлен в виде сокращенного учебного дня или введения дополнительного выходного дня;
- психолого-педагогическое сопровождение учебного процесса;
- форма получения образования – в образовательном учреждении в сочетании с применением дистанционных технологий, ввиду имеющихся ограничений жизнедеятельности в категориях (ОЖД) «Передвижение» 1 степени и «Самообслуживание» 1 степени.

Ограничение способности к обучению 2 степени часто определяется наличием сопутствующих заболеваний (например, неврологических; психических и др.), требующих иных специальных образовательных условий и предполагает обучение по Варианту 2 ФГОС НОО ОВЗ по адаптированной основной общеобразовательной программе, которая предусматривает изменения в содержательном и организационном разделах, например, пролонгированный срок обучения (5 лет), особое содержание обучения, в основе которого лежит усиление внимания к формированию социальных компетенций; проведение коррекционно-развивающих индивидуальных и групповых занятий;

- очная или очно-заочная форма обучения;
- рекомендуемый режим обучения устанавливается, исходя из актуального состояния ребенка и медицинских рекомендаций, и может быть представлен в виде сокращенного учебного дня или введения дополнительного выходного дня;
- психолого-педагогическое сопровождение учебного процесса;
- применение специальных методов обучения и воспитания (специальные приложения и дидактические материалы; рабочие тетради, альбомы и др. на бумажных и электронных носителях, обеспечивающие освоение адаптированных общеобразовательных обучающих программ начального общего образования и реализацию программы коррекционной работы).

- форма получения образования – в образовательном учреждении в сочетании с применением дистанционных технологий, ввиду имеющихсЯ ОЖД в категориях «Передвижение» и «Самообслуживание» [13].

Таким образом, очевидна ведущая роль специалистов ПМПК при определении основных параметров обучения детей, имеющих статус «ребенок-инвалид» и ограничения в обучении. При этом специалисты МСЭ, в том числе и психолог, при заполнении индивидуальной программы реабилитации и абилитации ребенка-инвалида лишь формально отражают в этом документе мнение и заключение специалистов ПМПК о необходимости специальных условий обучения ребенка.

Для эффективной реализации ИПРА ребенка-инвалида, а также с целью контроля ее выполнения и своевременной коррекции, необходимо наладить обратную связь от исполнителей реабилитационных мероприятий в службу медико-социальной экспертизы в виде формирования подробных отчетов о выполнении или невыполнении назначенных к исполнению реабилитационных и абилитационных мероприятий, описании динамики психофизического развития и образовательного статуса ребенка-инвалида и др.

Модель №4 – модель психолого-медико-педагогического сопровождения детей с ВАР со стойкими, умеренными нарушениями функций системы кровообращения и мочевого выделения, средним психологическим потенциалом и средним уровнем обучаемости. Доля таких детей в настоящем исследовании составляет 26,2%.

Отличие модели психолого-медико-педагогического сопровождения детей этой категории от предыдущей в том, что имеющиеся умеренные нарушения функций кровообращения и мочевого выделения могут приводить к ограничению способности к обучению 1 степени по медицинским показаниям, а не вследствие нарушения психического развития.

Специальные образовательные условия обучения детям этой группы необходимы вследствие имеющихся ограничений способности к передвижению и самообслуживанию из-за потребности более длительного затрачиваия времени, дробности выполнения и сокращения объема бытовых операций и расстояния.

У детей этой группы выявляются незначительные нарушения психического функционирования в виде односторонних (парциальных) показателей отставания в формировании отдельных когнитивных функций или незрелость эмоционально-личностной сферы. Они не оказывают существенного влияния на способность к обучению, но в тоже время, требует психолого-педагогического сопровождения с целью компенсации функциональных слабостей и предотвращения возможной школьной дезадаптации. В связи с чем, дети этой группы нуждаются не только в мероприятиях медицинской реабилитации или абилитации, но и в мероприятиях социально-психологической и психолого-педагогической реабилитации или абилитации.

Мероприятия психолого-педагогической реабилитации или абилитации формируются как с учетом заключения психолого-медико-психологической комиссии, так и с учетом имеющихся ограничений жизнедеятельности в категориях передвижение и самообслуживание, а также медицинских рекомендаций организаций, оказывающих лечебно-профилактическую помощь и включают в себя следующие параметры:

- обучение по основной образовательной программе начального общего образования;
- форма получения образования в образовательном учреждении в сочетании с применением дистанционных технологий; очная или очно-заочная

форма обучения ввиду имеющих ОЖД в категориях «Передвижение» 1 степени и «Самообслуживание» 1 степени;

- рекомендуемый режим обучения устанавливается, исходя из актуального состояния ребенка и медицинских рекомендаций, и может быть представлен в виде сокращенного учебного дня или введения дополнительного выходного дня;
- психолого-педагогическое сопровождение учебного процесса.

Мероприятия по социально-психологической реабилитации формируются в зависимости от полученных данных психологического обследования и могут быть направлены на:

- психокоррекцию когнитивно-интеллектуальных функций и эмоционально-личностной сферы;
- психологическое консультирование родителей ребенка-инвалида по вопросам психофизического развития ребенка в условиях заболевания и инвалидности, по вопросам проведения психокоррекции, по вопросам детско-родительских и межкупужеских отношений и др.;
- социально-психологический патронаж.

Модель №5 – модель психолого-медико-педагогического сопровождения детей с ВАР со стойкими выраженными нарушениями функций системы кровообращения и мочевого выделения, низким психологическим потенциалом и низким уровнем обучаемости.

Эта категория детей, обычно не является клиентами ФГБУ Федерального бюро медико-социальной экспертизы, так как вопрос об их инвалидности решается на уровне первичных бюро медико-социальной экспертизы.

Тем не менее, мы предлагаем модель по их медико-психолого-педагогическому сопровождению для того, чтобы, прежде всего, реализовать их право на образование.

Для детей этой группы характерно:

- наличие стойких выраженных нарушений функций кровообращения – пороки сердца и крупных сосудов, которые приводят к хронической сердечной недостаточности стадии IIБ (ХСН IIБ стадия) и выраженным гемодинамическим нарушениям, функциональный класс (ФК) III, IV;
- наличие стойких выраженных нарушений функций мочеполовой сферы, характеризующиеся хронической болезнью почек 4 стадии, хронической почечной недостаточностью 3 стадии (ХПН 3 стадии) [14].

В соответствии с приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 декабря 2015 №1024н выраженные нарушения функций кровообращения и мочевого выделения приводят, как правило, к ограничениям жизнедеятельности в категориях «Передвижение» 2 степени, «Самообслуживание» 2 степени и устанавливается категория «Ребенок-инвалид» на 2 года).

ОЖД в категории «Передвижение» 2 степени обозначает, что дети способны самостоятельно передвигаться с регулярной частичной помощью других лиц или с использованием вспомогательных технических средств.

ОЖД в категории «Самообслуживание» 2 степени подразумевает необходимость обслуживать себя с регулярной частичной помощью других лиц или с использованием вспомогательных технических средств.

Определение степени ограничения жизнедеятельности в категории «Способность к обучению» и формирование мероприятий по психолого-педагогической реабили-

литации осуществляется с учетом полученных клинико-функциональных данных, учетом сопутствующей патологии, заключения психолого-медико-педагогической комиссии и медицинских рекомендаций учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую помощь.

У детей этой группы отмечаются выраженные нарушения психического функционирования церебрально-органического генеза в виде выраженных и значительно выраженных нарушений нейродинамического аспекта психической деятельности, проявляющихся низким темпом протекания психических процессов, проявлений аспонтанности и выраженной истощаемости психических процессов, а также недостаточностью развития когнитивного и мотивационного компонентов психической деятельности, низкой упражняемостью в процессе выполнения интеллектуальных действий.

Выявленные данные позволяют определить ограничение жизнедеятельности «Способности к обучению» 2 степени, для которого характерно:

- обучение только по адаптированной основной общеобразовательной программе начального общего образования Вариант 2 ФГОС НОО ОВЗ;
- заочная форма обучения [13];
- психолого-педагогическое сопровождение учебного процесса;
- применение специальных методов обучения и воспитания;
- форма получения образования – вне образовательной организации с использованием дистанционных технологий, ввиду имеющихся ОЖД в категориях «Передвижение» 2 степени и «Самообслуживание» 2 степени [14].

Мероприятия по социально-психологической реабилитации формируются в зависимости от полученных данных психологической экспертно-реабилитационной диагностики, с учетом психофизиологического состояния и могут быть направлены на:

- психокоррекцию (формирование, развитие, восстановление) когнитивно-интеллектуальных функций и эмоционально-личностной сферы ребенка-инвалида;
- психологическое консультирование родителей ребенка-инвалида по проблемным вопросам психофизического развития ребенка в условиях заболевания и инвалидности, по вопросам проведения психокоррекции, по вопросам детско-родительских и межсупружеских отношений и др.;
- социально-психологический патронаж семьи ребенка-инвалида.

Для данной категории детей достаточно полно разработаны схемы взаимодействия различных организаций, нами же предлагается наладить устойчивую обратную связь между учреждениями всех ведомств, участвующих в реабилитационном процессе, для повышения эффективности реабилитационного процесса, для коррекции реабилитационных программ и контроля выполнения их.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Предлагаемые пять моделей психолого-медико-педагогического сопровождения детей младшего школьного возраста с врожденными аномалиями развития раскрывают алгоритм сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья вследствие врожденных аномалий развития систем кровообращения и мочевыделения.

Модели сформированы с учетом степени выраженности клинико-функциональных нарушений ребенка, его уровня обучаемости и с учетом психологической составляющей реабилитационного потенциала.

Эти модели позволяют осуществить мероприятия по психолого-педагогической и социально-психологической реабилитации и абилитации не только для детей-инвалидов, но и позволяют включить в процесс психолого-медико-педагогического сопровождения детей, не признанных инвалидами, что имеет важное значение в профилактике инвалидности.

Предлагаемые модели являются универсальными и могут быть использованы при сопровождении детей с различной патологией. В предлагаемых схемах взаимодействия различных организаций может изменяться содержательная сторона в зависимости от патологии, тогда как форма взаимодействия остается стабильной.

1. Выготский, Л.С. Психология развития ребенка / / Лев Семенович Выготский. – М.: Изд-во Смысл, Изд-во Эксмо, 2005. – 512 с.
2. Ковалев, В.В. Психические нарушения при пороках сердца / В.В. Ковалев. – М.: Медицина, 1974. – 191 с.
3. Копышева Е.Н. Медико-психологическое сопровождение детей психосоматического профиля в системе реабилитации / Е.Н. Копышева, Е.В. Пчелинцева // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2016. - №1 (14). – Т.5. – С. 189-192.
4. Котомина, Е.В. Формирование модели адаптивного общеобразовательного учреждения для детей с хроническими соматическими заболеваниями: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.02 / Котомина Елена Вадимовна. – М., 2004. – 185 с.
5. Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учебное пособие. М.: Издательский центр «Академия», 2003. - 144 с.
6. Левченко, И.Ю. Психолого-педагогическая диагностика: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / (И.Ю.Левченко, С.Д. Забрамная, Т.А.Добровольская и др.); под ред. И.Ю.Левченко, С.Д.Забрамноной. – 5-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. - 320 с.
7. Лубовский, В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М.: Педагогика, 1989. 104 с. Портал психологических изданий PsyJournals.ru — <http://psyjournals.ru/psyedu/2016/n4/lubovskiy.shtml> [Новая концепция психологической диагностики нарушений развития - Психологическая наука и образование - 2016.Том. 21, № 4].
8. Микадзе, Ю.В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие / Ю.В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2008. – 288 с.
9. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2014 году. Статистический сборник. – М.: ФБМСЭ, 2015. – 273 с., 62 табл.
10. Основные показатели повторной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2014 году. Статистический сборник. – М.: ФБМСЭ, 2015. – 274 с., 62 табл.
11. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2015 году. Статистический сборник. – М.: ФБМСЭ, 2016. – 370 с., 62 табл.
12. Основные показатели повторной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2015 году. Статистический сборник. – М.: ФБМСЭ, 2016. – 368 с., 62 табл.
13. Письмо Минобрнауки России от 23.05.2016 г. №ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий». [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://86sch-ag.edusite.ru/DswMedia/12pis-mo-vk-1074ot23052016pmpk.pdf>
14. Приказ Министерства труда Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. N 1024н «Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы». [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_192834/
15. Сотская, Г.М. Особенности психического развития и обучаемости в ситуации хронического соматического заболевания у детей младшего школьного возраста / Г.М. Сотская // Актуальные проблемы психологического знания. Теоретические и практические проблемы психологии. – 2016. - №2. – С. 35-42.
16. Тиганов, А.С. Патология психического развития. М.: Научный центр психического здоровья РАМН, 2008. – 158 с.
17. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://base.consultant.ru/>

18. Daniel, J. Brain maturation is delayed in infants with complex congenital heart defects / [Electronic version] J. Daniel, D. Shera, R. Clancy // Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. - 2009. – P. 529-537.
19. Fan, X.C. Cognitive function in congenital heart disease after cardiac surgery with extracorporeal circulation / M. Ye, D.Z. Li, Y. Shi, Y Xu, World J. // Pediatr. – 2010. – P. 72-75.

Сотская Г.М., *Заведующая отделом психологической и профессиональной экспертно-реабилитационной диагностики, и реабилитации Центра социальной, профессиональной и психологической экспертно-реабилитационной диагностики, и реабилитации*
Sotskaya75@mail.ru

Sotskaya G.M., *The head of the department of psychological and professional expert-rehabilitation diagnostics, and rehabilitation of the Center for Social, Professional and Psychological Expertise and Rehabilitation Diagnosis, Sotskaya75@mail.ru*