

## **ИССЛЕДОВАНИЕ СПОСОБНОСТИ К ОБУЧЕНИЮ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ**

**Сотская Г.М.**

*Сотская Гульнара Мизхатовна*

*медицинский психолог, заведующая отделом психологической и профессиональной экспертно-реабилитационной диагностики и реабилитации Центра социальной, профессиональной и психологической экспертно-реабилитационной диагностики и реабилитации; федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, ул. Ивана Сусанина, 3, Москва, 127486, Россия.  
Тел.: 8 (926) 694-92-45.*

*E-mail: Sotskaya75@mail.ru*

### **Аннотация**

В статье приводятся данные комплексного клинико-психологического исследования психической деятельности детей младшего школьного возраста с врожденными аномалиями развития систем кровообращения и мочевого выделения. Целью исследования является изучение способности к обучению у детей с врожденными аномалиями развития и разработка основных организационных моделей их психолого-медико-педагогического сопровождения.

Представленные результаты исследования позволили определить у изучаемого контингента основную структуру нарушения психической деятельности, а также уровни нарушений психической деятельности и их влияние на способность к обучению. Были выделены основные критерии, определяющие психологическую составляющую реабилитационного потенциала, уровень обучаемости и прогноз обучаемости детей с врожденными аномалиями развития. Также результаты проведенного обследования позволили сформулировать определение способности к обучению у детей младшего школьного возраста.

На основе полученных данных были разработаны и предложены пять основных организационных моделей психолого-медико-педагогического сопровождения детей с врожденными аномалиями развития систем кровообращения и мочевого выделения.

**Ключевые слова:** врожденные аномалии развития; уровень обучаемости; психологический потенциал; прогноз обучаемости; способность к обучению; психолого-медико-педагогическое сопровождение.

УДК 159.922.76

### **Библиографическая ссылка**

Сотская Г.М. Исследование способности к обучению у детей с врожденными аномалиями развития // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 3. – С. 8. doi: 10.24411/2219-8245-2018-13080

*Поступила в редакцию: 21.05.2018    Прошла рецензирование: 12.06.2018    Опубликована: 09.08.2018*

В психологии центральным показателем нормативности психосоциального развития ребенка является способность его к выполнению ведущей деятельности в соответствии с биологическим возрастом [1; 7; 8]. 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 [11; 12; 13; 14].

Аналитический обзор научных публикаций по проблеме обучения детей с ограниченными возможностями здоровья позволил рассмотреть различные теоретические концепции и подходы к решению этого вопроса [16].

Анализ исследовательских работ, как отечественных, так и зарубежных, дает возможность 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 [3; 6; 16; 18; 19; 20; 21]. 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 личности.

Вместе с тем, научных исследований, посвященных различным аспектам обучения и формам получения образования, использования мер коррекционного воздействия у детей с врожденными аномалиями развития (ВАР), 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.

**Цель исследования:** изучить способность к обучению у детей с врожденными аномалиями развития и разработать основные организационные модели их психолого-медико-педагогического сопровождения.

### **Процедура исследования**

Экспериментально-психологическое исследования детей проводилось в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Министерства труда и социального развития Российской Федерации (ФГБУ ФБМСЭ) в период 2014-2016 гг. в рамках предоставления услуги по проведению медико-социальной экспертизы, предназначенной для установления структуры и степени ограничений жизнедеятельности и реабилитационного потенциала гражданина. Экспериментально-психологическое исследование состояло из трех этапов [17].

I этап — изучение медико-социальных характеристик детей.

II этап — проведение психодиагностического исследования ребенка с фиксацией полученных результатов в протоколе и параллельное письменное тестирование законного представителя ребенка модифицированным опросником Леонгарда — Шмишека, предназначенного для исследования тенденций формирования личностных черт характера ребенка с точки зрения родителя.

III этап — проведение обработки результатов исследования компьютерной программой Statistica 10, анализ и интерпретация полученных данных.

## Характеристика участников эксперимента

В исследовании приняли участие 103 ребенка младшего школьного возраста от 7 до 11 лет ( $9 \pm 2$  года): 57 — с различными ВАР кровеносной системы, 46 — с различными ВАР мочевыделительной системы.

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 больше, чем половине детей с ВАР системы кровообращения был установлен статус «ребенок-инвалид» (54%), а среди детей с врожденными аномалиями развития мочевыделительной системы инвалидами признаны лишь 15%. Также детям 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.

## Методы исследования

1. Клинико-психологические методы: метод клинической беседы, метод наблюдения, метод клинико-психологического эксперимента.
2. Психодиагностические методы (опросники, анкеты).
3. Документальный метод.
4. Метод статистической обработки компьютерными программами (корреляционный анализ по Спирмену, факторный анализ, кластерный анализ, критерий Краскелла — Уоллисаи, критерий Манна — Уитни, критерий Хи-квадрат).

Для исследования психической деятельности методом клинико-психологического эксперимента применялись стандартизированные психодиагностические методики:

- 1) для исследования энергетического компонента деятельности: методика Пьерона — Рузера (от 7 до 8 лет), таблицы Шульте (с 9-летнего возраста);
- 2) для исследования когнитивного компонента деятельности: методика Лурии «10 слов», оценка зрительного запоминания «9 невербальных картинок», «4-й лишний», «Простые аналогии», понимание прямого смысла рассказа, сюжетных картин; понимание переносного смысла метафор, пословиц; серийное и поочередное отсчитывание;

- 3) для исследования эмоционально-личностного компонента деятельности — самооценка по Дембо — Рубинштейн, личностный опросник Айзенка (детский вариант), опросник Шмишека (для родителей), анкета для определения школьной мотивации.

### **Результаты и их интерпретация**

В проведенном эмпирическом исследовании были выявлены сходства в состоянии психической деятельности и различия в виде «слабых звеньев» при одной и другой патологии. Так, структура нарушений 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 мотивации, преобладанием неадекватной и неустойчивой самооценки, а также тенденцией формирования тревожно-зависимых черт характера.

Однако степень выраженности этих нарушений у детей 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 и медлительные. Состояние их умственной работоспособности может негативно воздействовать на осуществление ведущей для них деятельности — обучения.

При сравнении двух групп детей по критерию успеваемости были выделены параметры, которые существенно влияют на обучаемость детей с врожденными аномалиями развития:

- нейродинамический компонент умственной работоспособности ( $p = 0,0003$ );
- сформированность функции внимания ( $p < 0,0001$ );
- сформированность вербально-логического мышления ( $p < 0,0001$ );
- сформированность школьной мотивации ( $p < 0,0001$ ).

Также выявлена зависимость эмоционально-личностной сферы от успеваемости, а именно эмоциональной устойчивости детей ( $p = 0,0265$ ), их самооценки по параметрам «Ум» ( $p = 0,0009$ ) и «Счастье» ( $p < 0,0001$ ) и проявлений циклотимных черт характера ( $p = 0,0164$ ).

Для анализа полученных результатов был использован также метод корреляционного анализа по Спирмену, который показывает обратную корреляционную связь между школьной успеваемостью и состоянием когнитивных функций и прямую корреляционную связь между школьной успеваемостью и эмоционально-личностной

сферой. То есть, чем ниже школьная успеваемость у детей с ВАР, тем выраженнее у них нарушения умственной работоспособности, дефицит внимания и несформированность операционного звена мышления; в эмоционально-личностной сфере: чем выше школьная успеваемость, тем выше уровень сформированности школьной мотивации, заметнее проявлены циклотимные черты характера.

Таким образом, можно утверждать, что школьная успеваемость у детей с врожденными аномалиями развития тесно связана с такими показателями психической деятельности, как нейродинамический аспект, функция внимания, сформированность операционного звена мышления, уровень сформированности школьной мотивации. Можно предположить, что нарушения перечисленных параметров психической деятельности не только создают трудности в усвоении школьной программы, но и способствуют формированию у ребенка субъективного ощущения общего неблагополучия в ситуации обучения, которые мы видим в формировании циклотимных черт характера, и снижению самооценки по параметрам «Ум», «Счастье».

Полученные данные факторного и кластерного анализа при сравнении детей с врожденными аномалиями развития в соответствии с их успеваемостью позволили выделить четыре уровня психического функционирования, которые по-разному оказывают влияние на обучаемость:

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

Нулевой (или нормативный) уровень психического функционирования был выявлен в наиболее многочисленной группе (39 чел.), которую составляют дети с высоким уровнем обучаемости, высоким психологическим потенциалом и благоприятным психологическим прогнозом по дальнейшему обучению. Все компоненты психической деятельности (ПД) отличаются высоким уровнем возрастной сформированности, в то же время исследование выявило у половины детей этой группы недостаточную устойчивость к длительным интеллектуальным нагрузкам, что объективно проявляется в астенических состояниях.

Первый уровень нарушений психического функционирования (функциональный) был выявлен во второй группе детей с ВАР (14 чел.). У них выявляется парциальное отставание 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» [9], 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.



Второй уровень нарушений психического функционирования — компонентный, он был выявлен в группе детей (28 человек), нарушение функционирования психической деятельности которых характеризуется отставанием развития эмоционально-личностного компонента и определяется как «соматогенный инфантилизм» [6]. 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.

Наиболее сильное влияние на обучаемость у детей с ВАР оказывает третий (тотальный) уровень нарушений психического функционирования, проявляющейся комплексной недостаточностью всех компонентов психической деятельности (когнитивного, нейродинамического и мотивационно-личностного). Недостаточность когнитивно-мотивационной составляющей психической деятельности детей с врожденными аномалиями развития систем кровообращения и мочевого выделения позволила определить у них низкий психологический реабилитационный потенциал, низкий уровень обучаемости и сомнительный или неопределенный прогноз обучаемости в дальнейшем. Таких детей в выборке оказалось 22 человека.

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

Оцениваемые параметры	Уровень нарушений психического функционирования			
	0 нормативный	1 функциональный	2 компонентный	3 тотальный
Недостаточность или нарушение психического функционирования	отсутствует	отставание в развитии или дефицитность отдельных психических функций	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	благоприятный	относительно благоприятный	относительно благоприятный	сомнительный (неопределенный)

Результаты проведенного исследования позволили сформулировать определение способности к обучению: это ведущая жизнедеятельность детей младшего школьного возраста, состояние которой зависит не только от актуального уровня развития высших психических функций, эмоционально-волевых процессов, личностных особенностей и имеющихся у ребенка знаний, умений, навыков, но и от его когнитивно-мотивационной готовности и возможности получать и перенимать новые знания и новые способы действия.

Изучение влияния различных уровней нарушений психического функционирования на способность к обучению у исследуемых детей также позволило разработать и предложить пять основных организационных моделей их психолого-медико-педагогического сопровождения, 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 мочевого выделения, высоким психологическим потенциалом и высоким уровнем обучаемости, что не может служить основанием для определения статуса «ребенок-инвалид» (рис. 1). Доля детей с незначительными нарушениями функций довольно значительна и составляет 37,8% среди изученного контингента.

Дети данной группы после проведения своевременной и в полном объеме 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 мочевого выделения заключение психолого-медико-педагогической комиссии подтверждает нормативное психическое развитие ребенка, которое не требует определения специальных образовательных условий обучения. Рекомендуется обучение по основной общеобразовательной программе начального общего образования, в общем режиме и по очной форме обучения.

Предлагаемая модель определяет и рекомендует составление программы сопровождения детей, 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 являющегося инвалидом, но имеющего врожденную патологию развития и подлежащего диспансерному наблюдению.

Например, с целью профилактики возможных декомпенсационных состояний организма ребенку рекомендуется продолжить дальнейшее диспансерное наблюдение у профильных специалистов в учреждениях, оказывающих лечебно-профилактическую помощь, в 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, создаваемых органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

### МОДЕЛЬ № 1

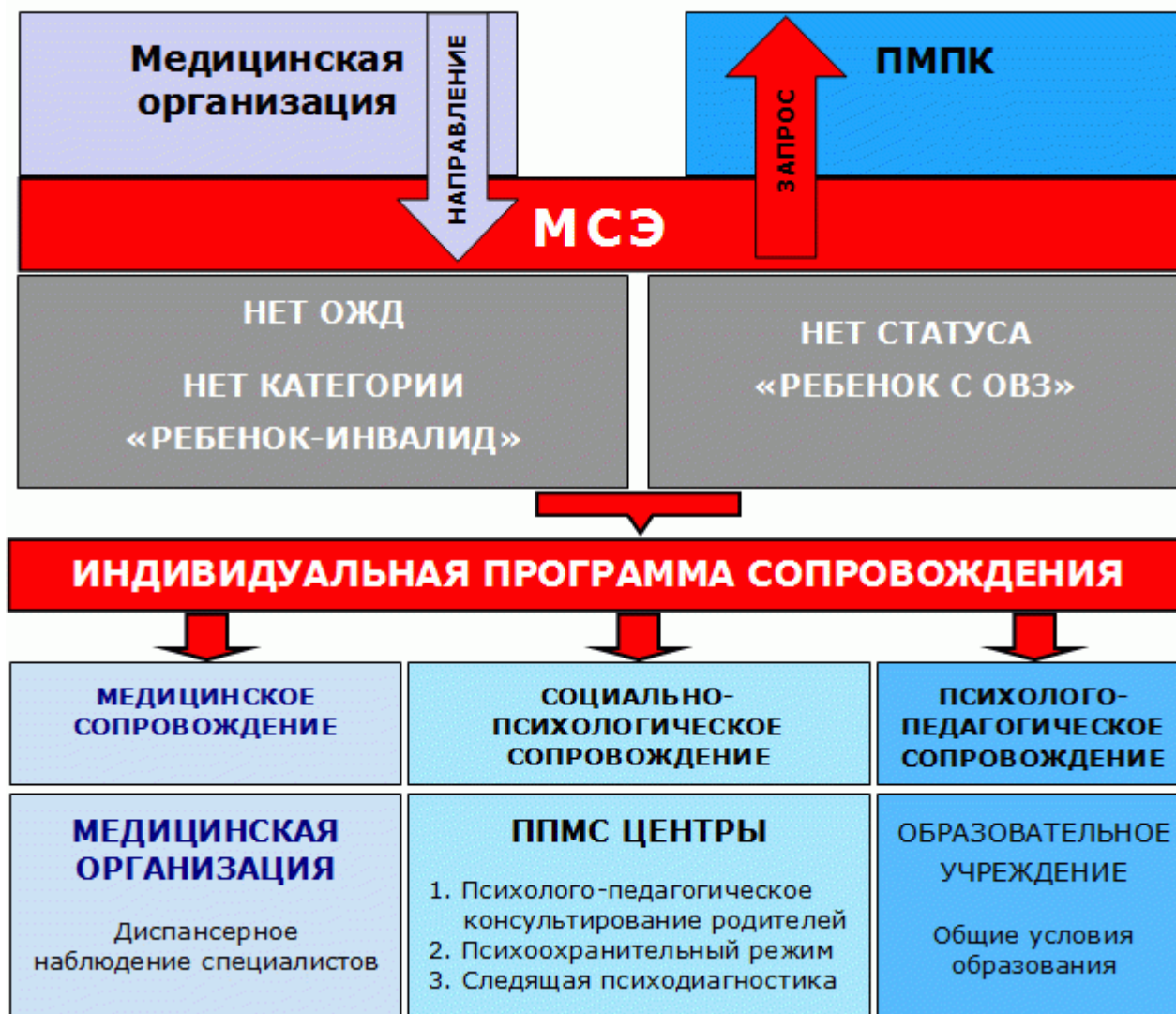


Рисунок 1. Модель № 1.

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

Дети этой группы, как и предыдущей, имеют, как правило, стойкие, но 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 в 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 соответствии с этим ребенку рекомендуется обучение по основной общеобразовательной программе, в очной форме и в обычном режиме обучения при условии проведения психокоррекционных мероприятий имеющих нарушения развития.

На основании статьи 42 Федерального 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, основная цель которых — комплексное, всестороннее, динамическое диагностически-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 [10].

Так же, как и в первой модели, предлагаются меры по профилактике 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, 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 № 2

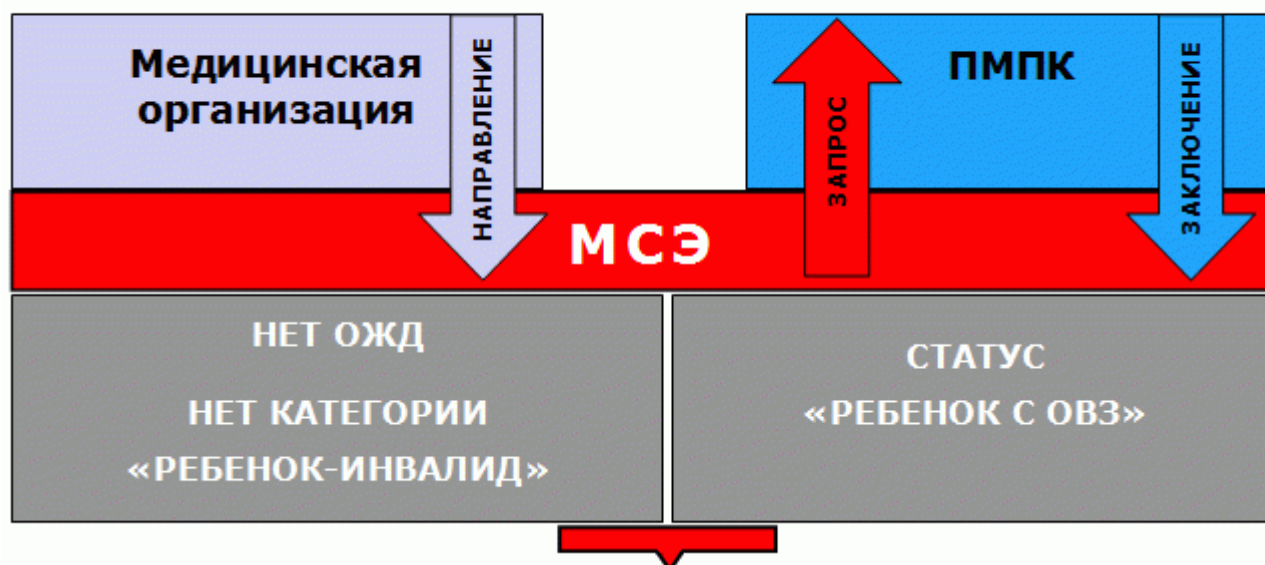




Рисунок 2. Модель № 2.

**Модель № 3** — модель психолого-медико-педагогического сопровождения детей с ВАР со стойкими умеренными нарушениями функций системы кровообращения и мочевого выделения, низким психологическим потенциалом и низким уровнем обучаемости (рис. 3). 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 сердечной недостаточности стадии IIA (ХСН IIA стадия) и умеренным гемодинамическим нарушениям, функциональный класс (ФК) — II, III;
- наличие стойких умеренных нарушений функций мочеполовой сферы, характеризующихся хронической болезнью почек ЗБ-стадии, хронической почечной недостаточностью 2 стадии [2].

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

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

При ограничении в самообслуживании 1-й 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 осуществляются с учетом полученных клинико-функциональных данных, заключения психолого-медико-педагогической комиссии и медицинских рекомендаций учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую помощь.

Категория «Способность к обучению» 1-й 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-й 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 исходя из пожеланий родителей и с 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-й степени и «Самообслуживание» 1-й степени.

Ограничение способности к обучению 2-й 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;
- рекомендуется установка режима обучения исходя из актуального состояния ребенка и медицинских рекомендаций, что может быть представлено 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» [15].

Таким образом, очевидна ведущая роль специалистов ПМПК при определении основных параметров обучения и ограничений в обучении детей, имеющих статус «ребенок-инвалид». 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, описаний динамики психофизического развития и образовательного статуса ребенка-инвалида и др.



МОДЕЛЬ № 3



Рисунок 3. Модель № 3.



**Модель № 4** — модель психолого-медико-педагогического сопровождения детей с ВАР со стойкими умеренными нарушениями функций системы кровообращения и мочевыделения, средним психологическим потенциалом и средним уровнем обучаемости (рис. 4). 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 мочевыделения могут приводить к ограничению способности к обучению 1-й 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 затрачивания 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 то же время требуют психолого-педагогического сопровождения с целью компенсации функциональных слабостей и предотвращения возможной школьной дезадаптации. В связи с этим дети данной 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 имеющихся 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 междусупружеских отношений и др.;
- социально-психологический патронаж.

МОДЕЛЬ № 4



Рисунок 4. Модель № 4.

**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 (рис. 5).

Дети данной категории обычно не являются клиентами ФГБУ «Федеральное 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 ИБ (ХСН ИБ стадия) и выраженным гемодинамическим нарушениям, функциональный класс (ФК) III, IV;
- наличие стойких выраженных нарушений функций мочеполовой сферы, характеризующихся хронической болезнью почек 4-й стадии, хронической почечной недостаточностью 3-й стадии [2].

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-й степени, «Самообслуживание» 2-й степени, и устанавливается категория «ребенок-инвалид» на 2 года.

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

ОЖД в категории «Самообслуживание» 2-й 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 реабилитации осуществляются с учетом полученных клинико-функциональных данных, учетом сопутствующей патологии, заключений 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-й степени, для которого характерно:

- обучение только по адаптированной основной общеобразовательной программе начального общего образования — вариант 2 ФГОС НОО ОВЗ;
- заочная форма обучения [15];
- 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-й степени и «Самообслуживание» 2-й степени [2].

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 супружеских 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 их выполнения.



**МОДЕЛЬ № 5**



Рисунок 5. Модель № 5.



## Выводы

1. Психофизические последствия врожденных аномалий развития у детей, прошедших медицинскую реабилитацию, родители которых обратились в ФГБУ ФБ МСЭ за инвалидностью, различны. Они колеблются от незначительных до выраженных. Эти дети не всегда признаются инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья. Однако их психическое развитие, даже если оно укладывается в возрастные нормативы, требует бережного отношения и сопровождения, особенно в процессе систематического школьного обучения.
2. Проведенный статистический сравнительный анализ двух групп детей по критерию успеваемости позволил выделить параметры психической деятельности, которые существенно влияют на обучаемость детей с врожденными аномалиями развития:
  - нейродинамический компонент с его темповыми характеристиками и устойчивостью к умственному напряжению;
  - функцию внимания (сосредоточение и переключение внимания, объем внимания);
  - сформированность операционного звена мышления, а именно сформированность таких операций, как отвлечение-обобщение понятий, понимание прямого смысла рассказов, понимание переносного смысла идиом, установление причинно-следственных связей;
  - уровень сформированности школьной мотивации.
3. Выявлена обратная корреляционная связь между школьной успеваемостью и состоянием когнитивных функций и прямая корреляционная связь между школьной успеваемостью и эмоционально-личностной сферой. То есть, чем ниже школьная успеваемость у детей с ВАР, тем выраженнее у них нарушения умственной работоспособности, дефицит внимания и несформированность операционного звена мышления; в эмоционально-личностной сфере — чем выше школьная успеваемость, тем выше уровень сформированности школьной мотивации, заметнее проявление циклотимных черт характера.
4. Выделены три уровня нарушений психического функционирования, оказывающие влияние на способность к обучению у изучаемого контингента: функциональный, компонентный и тотальный. Наименьшее влияние на способность к обучению оказывают функциональный и компонентный уровни нарушений; наибольшее влияние на способность к обучению оказывает тотальный уровень нарушения психического функционирования.
5. Выделены основные критерии, определяющие психологическую составляющую реабилитационного потенциала, уровень обучаемости и прогноз обучаемости детей с врожденными аномалиями развития.

Низкий психологический реабилитационный потенциал, низкий уровень обучаемости может быть определен при тотальном уровне нарушений психического функционирования — недостаточности когнитивно-мотивационного компонента психической деятельности, что обуславливает сомнительный или неопределенный прогноз обучаемости в дальнейшем и требует создания специальных условий обучения и психолого-медико-педагогического сопровождения.

Средний психологический реабилитационный потенциал и средний уровень обучаемости определяется при функциональном или компонентном уровнях нарушения психического функционирования — несформированности отдельных когнитивных функций или при эмоционально-личностной незрелости. Прогноз по дальнейшему обучению относительно благоприятный при условии междисциплинарного психолого-медико-педагогического сопровождения.

Высокий психологический потенциал, высокий уровень обучаемости определяется при нормативном уровне сформированности всех компонентов психической деятельности, что обуславливает благоприятный прогноз дальнейшей обучаемости. Однако выявленная невысокая толерантность к длительным умственным нагрузкам определяет для этих детей нуждаемость в профилактических мерах, таких как поддержание психоохранительного режима в школе и дома и динамическое наблюдение специалистов.

6. 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.

Модели не только позволяют осуществить мероприятия по психолого-педагогической и социально-психологической реабилитации и абилитации 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 различными патологиями. В предлагаемых схемах взаимодействия различных организаций может изменяться содержательная сторона в зависимости от патологии, тогда как форма взаимодействия остается стабильной.

## Литература

1. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. – М.: Смысл; Эксмо, 2005. – 512 с.
2. Классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Приказ Министерства труда Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. N 1024н [Электронный ресурс]. – URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_192834/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_192834/) (дата обращения: 18.05.2018).
3. Ковалев В.В. Психические нарушения при пороках сердца. – М.: Медицина, 1974. – 192 с.
4. Копышева Е.Н., Пчелинцева Е.В. Медико-психологическое сопровождение детей психосоматического профиля в системе реабилитации // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2016. – Т. 5, № 1(14).– С. 189–192.
5. Котомина Е.В. Формирование модели адаптивного общеобразовательного учреждения для детей с хроническими соматическими заболеваниями: дис. ... канд. пед. наук. – М., 2004.
6. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учебное пособие. – М.: Академия, 2003. – 144 с.
7. Левченко И.Ю. Психолого-педагогическая диагностика: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – 5-е изд., стер. – М.: Академия, 2008. – 320 с.
8. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. – М.: Педагогика, 1989. – 104 с.
9. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: учебное пособие. – СПб.: Питер, 2008. – 288 с.

10. Об образовании в Российской Федерации. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ [Электронный ресурс]. – URL: [http://base.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_140174/](http://base.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/) (дата обращения: 18.05.2018).
11. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2014 году (статистический сборник). – М.: ФБМСЭ, 2015. – 273 с. – 62 табл.
12. Основные показатели первичной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2015 году (статистический сборник). – М.: ФБМСЭ, 2016. – 370 с. – 62 табл.
13. Основные показатели повторной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2014 году (статистический сборник). – М.: ФБМСЭ, 2015. – 274 с. – 62 табл.
14. Основные показатели повторной инвалидности детского населения в Российской Федерации в 2015 году (статистический сборник). – М.: ФБМСЭ, 2016. – 368 с. – 62 табл.
15. О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий. Письмо Минобрнауки России от 23.05.2016 г. №ВК-1074/07 [Электронный ресурс]. – URL: <http://86sch-ag.edusite.ru/DswMedia/12pis-mo-vk-1074ot23052016pmpk.pdf> (дата обращения: 18.05.2018).
16. Сотская Г.М. Технология проведения экспериментально-психологического обследования детей при осуществлении медико-социальной экспертизы // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – № 3(38) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 18.05.2018).
17. Сотская Г.М. Влияние клинико-психологических особенностей детей с врожденными аномалиями развития системы кровообращения на школьную успеваемость // Новое в психолого-педагогических исследованиях. Теоретические и практические проблемы психологии. – 2017. – № 4(48). – С. 67–77.
18. Тиганов А.С. Патология психического развития. – М.: Научный центр психического здоровья РАМН, 2008. – 158 с.
19. Brain maturation is delayed in infants with complex congenital heart defects / D.J. Licht, D.M. Shera, R.R. Clancy [et al.] // Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. – 2009. – Vol. 137, № 3. – P. 529–537.
20. Cognitive function in congenital heart disease after cardiac surgery with extracorporeal circulation / X.C. Fan, M. Ye, D.Z. Li [et al.] // World journal of pediatrics. – 2010. – Vol. 6, № 3. – P. 268–270.
21. Inattention, hyperactivity, and school performance in a population of school-age children with complex congenital heart disease / A.J. Shillingford, M.M. Glanzman, R.F. Ittenbach [et al.] // Pediatrics. – 2008. – Vol. 121, № 4. – P. 759–767.

## Study of the ability to learn in children with congenital diseases anomaly of development

Sotskaya G.M.<sup>1</sup>  
E-mail: [Sotskaya75@mail.ru](mailto:Sotskaya75@mail.ru)

<sup>1</sup> Federal Bureau of medical and social expertise of the Ministry of labor of Russia  
3, Ivan Susanin str., Moscow, 127486, Russia  
Phone: +7 (926) 694-92-45

### 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 aim of the study is to study the ability to learn in children with congenital malformations and to develop basic organizational models of their psychological, medical and pedagogical support.

The presented results of the study allowed to determine the main structure of mental activity disorders in the studied contingent, as well as the levels of mental activity disorders and their impact on the ability to learn. The main criteria determining the psychological component of rehabilitation potential, the level of learning and the prognosis of learning of children with congenital malformations were identified.

The obtained data allowed to develop and propose five main organizational models of psychological, medical and pedagogical support of children with congenital abnormalities of blood circulation and urinary systems.

**Key words:** congenital anomalies of development; learning level; psychological potential; learning prognosis; learning ability; psychological; medical and pedagogical support.

**For citation**

Sotskaya G.M. Study of the ability to learn in children with congenital diseases anomaly of development. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 3, p. 8. doi: 10.24411/2219-8245-2018-13080 [in Russian, abstract in English].