



Интеграция педагогических технологий в медицинскую реабилитацию

(на примере изучения детей с тяжелой черепно-мозговой травмой)

А. ЗАКРЕПИНА,
доктор педагогических наук,
доцент,
заведующая лабораторией коррекционно-развивающего обучения и воспитания детей с нарушением интеллекта,
Институт коррекционной педагогики (ИКП РАО)
zakrepina@ikp.email

Аннотация. Статья посвящена детям, перенесшим тяжелую черепно-мозговую травму (ТЧМТ), находящимся на стационарном этапе лечения. В специальной литературе недостаточно исследований, отражающих роль и значимость педагогической работы с детьми после тяжелой черепно-мозговой травмы, а также направленных на изучение психических возможностей и динамики восстановления этих детей в период ранней реабилитации. Показана специфика работы педагога-дефектолога в уникальном опыте междисциплинарной команды отделения реабилитации и восстановительного лечения при нейрохирургическом стационаре.

Ключевые слова. Тяжелая черепно-мозговая травма, психическая активность, психические возможности, коррекционно-педагогическая работа, коррекционное обучение, доступное взаимодействие, педагогическая работа с родителями, нейрохирургический стационар, междисциплинарная команда.

Как известно, в педагогике большое внимание уделяется воспитанию, обучению и развитию детей, особенно в ранние пе-

риоды детства. Кроме этого, специалисты пристально изучают психические возможности детей при отклоняющихся вариантах развития. На сегодняшний день никого не удивляют и считаются злободневными вопросы по оказанию комплексной помощи в воспитании наиболее сложных категорий детей – с выраженной умственной недостаточностью, с двигательной патологией, с аутичным спектром поведения и др. Все это – приоритетные области специальной психологии и педагогики, часто обсуждаемые преимущественно в поле образования.

В данной статье **предлагается рассмотреть интеграцию педагогических технологий в сферу медицины**, что для коррекционной педагогики представляется отчасти новым направлением, а по отношению к детям, перенесшим тяжелую черепно-мозговую травму, малоисследованным.

Существуют теория и опыт

Анализ литературы [3, 5] по вопросу реабилитации детей с ТЧМТ показал разработанность данной темы в медицинской области и, в связи с этим, востребованность

WWW
dovosp.ru
«Дошкольное воспитание»

междисциплинарных средств помощи. За рубежом исследователи обосновывают такую необходимость приоритетом задач, направленных на поиск и создание оптимальных условий для восстановления психических возможностей пациента с ЧМТ (А. Pierobon, 2006), объединение разных методов в лечении и реабилитации (В.С. Abreu, 2002; R. Greenwood, 2002; L. Turner-Stokes, 2005 и др.).

Отечественные исследователи указывают, что важным ориентиром при выборе лечения последствий черепно-мозговой травмы и стратегии реабилитации является период ее протекания, в котором оценивается состояние пациента (Т.А. Доброхотова и др.). В острый период ТЧМТ, как правило, у пациентов отмечается длительная потеря сознания (месяц и более). Однако у детей раннего возраста его потерю фиксируют редко, и единственным признаком может являться перелом кости черепа, выявленный с помощью рентгена. В остром периоде лечения и реабилитации традиционно используются комплексы пассивной гимнастики (ЛФК), направленные на предупреждение у детей осложнений дыхательной и других систем организма.

Чем в более старшем возрасте произошел ТЧМТ, тем вариативнее проявления нарушений сознания. Например, состояние спутанности характеризуется быстрым регрессом с преобладанием дефицитарных нарушений в виде резкого снижения или выпадения тех или иных психических процессов. Психопатологическая картина характеризуется эмоциональными расстройствами, различными вариантами астенического синдрома, возможны и эпилептические припадки. У детей отмечаются нарушения высших психических функций динамического характера, в первую очередь страдают произвольные формы деятельности. В этот период проводится комплекс восстановительного лечения: плановое хирургическое лечение, медикаментозная терапия и физиотерапевтические сеансы.

Далее следует период отдаленных последствий ТЧМТ, для которого характер-

ными являются тяжелые нарушения психических функций, двигательные и сенсорные отклонения в развитии, а также расстройства в эмоционально-личностной сфере. Главная цель реабилитации отдаленного периода – преодоление стойких последствий ЧМТ, которые у детей могут сохраняться в течение шести лет.

Как показал обзор литературы, в современной реабилитации остро востребованы обучающие инновации, особенно в работе с детьми, имеющими предельное снижение психической активности при тяжелой ЧМТ.

Существующая практика

Социальный заказ реализуется в практике междисциплинарной команды современного нейрохирургического стационара (Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии), принимающего на лечение и реабилитацию детей с ТЧМТ [1, 2].

В команду специалистов впервые включен педагог-дефектолог для восстановления психических возможностей детей с ТЧМТ педагогическими средствами (методами и приемами). Логика выбора целенаправленных средств коррекционно-педагогического воздействия обоснована накопленным опытом отечественной школы дефектологии (А.А. Венгер, Р.М. Боскис, А.И. Дьячков, М.И. Земцова и др.), в котором обучение детей выстраивается с опорой на онтогенетически ранние этапы психического развития ребенка и восстановление доступных ему форм активности в процессе взаимодействия с близким взрослым, а затем с окружением.

Многолетнее педагогическое исследование (2010–2015 гг.) показывает, что у детей с последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы наблюдается разная степень проявлений психической активности: от критически сниженной, когда ребенок не реагирует или специфически реагирует на внешние воздействия, до активной, с возможностью откликаться на голос взрослого и вступать в элементарный контакт.

Материал и методы исследования

Под наблюдением в реабилитации находилось более 160 детей, примерно 90 из них – раннего и дошкольного возраста. В клинической картине острого периода травмы детей этой группы отмечались тяжелые септические осложнения и гипоксия, обусловленные развитием тяжело протекавшей длительной пневмонии и нарушениями дыхания.

Наряду с клиническими методами обследования проводилось педагогическое изучение каждого ребенка и диагностическое (коррекционное) обучение, беседа с близкими взрослыми и лечащим врачом.

Обсуждения и результаты

В ходе психолого-педагогического обследования детей выявлены разные проявления их психической активности. Большинство детей (более 50%) практически не реагировали на внешние раздражители, в том числе на голос взрослого и обращение по имени. Во время тактильных воздействий взгляд оставался застывшим или блуждающим, иногда скачкообразным; наблюдались резкие вегетативные проявления (покраснения кожи, понижение или повышение температуры тела), а также произвольные однократные движения рук или ног, изменения в мимике лица.

У небольшой группы детей (около 38%) отмечались слабые реакции на нового взрослого: нечеткая фиксация взора, попытки слежения за предметом, двигательное беспокойство в ответ на внешние воздействия. Поведение этих детей несколько усложнялось во время кормления и ухода, когда взрослый приближался к лицу ребенка или поворачивал его тело в неудобное положение: можно было наблюдать побряхтывание, посапывание, учащение дыхания, вынужденные повороты головы и увеличение двигательных проявлений и др. Иногда в ответ на воздействия взрослого дети этой группы проявляли заторможенность, выражавшуюся в двигательном напряжении, трудностях

установления зрительного контакта, невозможности совершать совместные действия.

Малая группа детей (около 12%) проявляла большую активность по сравнению с двумя вышеописанными: они пытались выполнять простые инструкции, а некоторые из них на приближение лица взрослого отвечали направленным взглядом, в ответ на прикосновение или предъявление звучащей игрушки могли совершать простые движения, направляя их в сторону взрослого (повороты головы, протягивание руки, сжатие пальцев рук).

Данные наблюдений о детях были систематизированы, в результате чего условно выделены уровни психической активности в доступной форме взаимодействия со взрослым. Возможности наблюдаемых детей количественно оценивались в пределах от 0 до 8, от 9 до 16 и от 18 до 24 баллов [4].

- От 0 до 8 баллов – уровень произвольного реагирования, на котором преобладают вегетативные и некоторые произвольные проявления психической активности. Потребности ребенка на этом уровне минимальны, неопределенны, в большей степени органического характера и непосредственно связаны с деятельностью близкого взрослого в ситуации ухода за ним (кормления и др.). В процессе взаимодействия у ребенка первоначально возникают недифференцированные сигналы и реакции, которые быстро исчезают в моменты покоя, после стимуляции усиливаются, становятся более насыщенными, а со временем и упорядоченными.

- От 9 до 16 баллов – уровень произвольного реагирования с появлением сочетанных движений. У детей вызываются произвольные движения и упорядочивается поведение, развивается все более тесный и эмоционально окрашенный контакт со взрослым; стимулируются комплексы сочетанных движений, которые тесно связаны с чувственно-предметной сферой и ответами организма на зрительные, слуховые, тактильные и другие воздействия. Внешне это выражается в активности моторного канала,

в виде произвольных движений. При многократной стимуляции произвольность может усиливаться, что проявляется в мышечном напряжении рук и ног, резких поворотах тела, слюнотечении, беспокойстве, плаксивости. Это состояние ребенка достаточно устойчиво и в дальнейшем может перейти в новое качество, когда произвольность постепенно начнет угасать, уступая место четкой ориентации на взрослого и пониманию обращенной к нему речи.

- От 17 до 24 баллов – уровень появления элементов произвольного поведения и понимания обращенной речи. Наблюдаются отдельные проявления невербального контакта и элементы предметно-игровых действий, попытки к самостоятельному приему пищи и передвижению. Внешнее выражение этих проявлений – в виде произвольных, т.е. сознательных движений. Слово взрослого на этом уровне взаимодействия оказывает влияние на мгновенное проявление любого двигательного акта ребенка.

Дальнейшая цель исследования заключалась в обосновании, разработке и апробации педагогического содержания работы с каждым ребенком, направленного на активизацию его психических возможностей в ходе стационарной реабилитации. Выявленные уровни взаимодействия явились основанием для дифференцирования форм и содержания диагностического обучения, а также отправной точкой начального этапа педагогической работы с детьми, перенесшими тяжелую черепно-мозговую травму.

Организация работы педагога-дефектолога

Экспериментальное исследование позволило выделить в педагогической работе с детьми первоначально важный этап, включающий изучение и выявление некоторых самостоятельных проявлений психической активности в социальном, физическом и когнитивном развитии. За ребенком проводится наблюдение в состоянии покоя, а затем в процессе взаимодействия со взрослым

при тактильной и сенсорной нагрузке. Результаты служат для разработки индивидуальной программы восстановления, а также для дифференцирования средств и приемов диагностического (коррекционного) обучения.

Индивидуальная программа реабилитации ребенка предназначена прежде всего для близких взрослых, ухаживающих за ним в стационаре. Ее цель – сориентировать их на жизненно важные задачи реабилитации: правильный уход и соблюдение режима дня в стационаре, организацию ближнего социального пространства для налаживания доступного ребенку взаимодействия с окружением, активизацию его возможностей в двигательной, социальной и когнитивной сферах.

Для врачей-реабилитологов первичная педагогическая информация о детях включается в комплексную оценку психофизического статуса, служит постановке краткосрочных целей реабилитации, выбора методики медикаментозных назначений и определения режима комплекса реабилитационной нагрузки, включая диагностическое обучение.

Педагог-дефектолог, оценивая актуальные возможности ребенка, подбирает дидактическую среду и с опорой на разработанную программу проводит серию коррекционных занятий, в ходе которых наблюдает динамику восстановления детей в процессе коррекционного воздействия. У одних детей психическая активность восстанавливается крайне медленно и налаживание взаимодействия с окружающим миром происходит благодаря близкому взрослому, который своими действиями постоянно опосредует психические возможности ребенка. У других восстановление неравномерно и часто осложняется сопутствующими хроническими заболеваниями. Взаимодействие таких детей с окружающим миром налаживается лишь в совместной со взрослым деятельности через длительную стимуляцию и выстраивание комфортной ребенку формы общения, а также регулярных тренировок физических возможностей.

В зависимости от динамики восстановления после проведенного цикла диагностического обучения уточняются дальнейшие условия восстановления ребенка. Педагог дает рекомендации родителям о подборе стимулирующего материала для проведения восстановительных занятий, корректирует педагогическую индивидуальную программу или разрабатывает новую для продолжения обучения в условиях домашней реабилитации.

Обязательными участниками развивающегося взаимодействия на всех этапах обучения являются близкие взрослые, которые не только ухаживают за своими детьми в стационаре, но и постоянно их тонизируют и поддерживают в эмоциональных и сенсорных контактах. Поэтому обучение в стационаре близких взрослых способам эмоционального и действенного сопровождения ребенка во всех проявлениях его активности для осмысленного включения в ситуации взаимодействия с окружением является частью методики педагогического воздействия. В педагогической работе со взрослыми особое внимание уделяется специфике предметно-восстанавливающей среды, направленной на «оживление» у ребенка разных проявлений психических возможностей. Ближнему взрослому демонстрируются игрушки для активизации слуховых и зрительных реакций, повышения вкусовой и обонятельной чувствительности, восстановления самостоятельности в быту, а также для облегчения поддержки позы во время общения со взрослым.

Обсуждение и результаты

Группе самых тяжелых по состоянию детей, которым доступно взаимодействие лишь на произвольном уровне активности, необходима щадящая стимуляция минимальных психических проявлений.

Особенности организации взаимодействия на этом уровне прежде всего сопровождаются демонстрацией и обучением близкого ребенка взрослому тонкостям выстраи-

вания контакта и активизации социально-эмоциональных реакций, зрительных, слуховых и двигательных возможностей в ответ на тактильные, слуховые, зрительные стимулы.

На начальном этапе активизируется чувственная сфера ребенка для подготовки к элементарному восприятию внешней среды: первично уделяется внимание функции сосредоточения взгляда, стимуляции реакций на голос взрослого, ориентировочного поведения в ответ на внешние раздражители, активизации элементарных произвольных движений, а также стабилизации тактильных контактов с близким взрослым и предъявляемыми ребенку предметами (игрушками).

Восстановлению функции сосредоточения способствует работа по активизации ориентировочных реакций и реагированию на голос и лицо взрослого (педагога). Используются эмоционально-тактильные способы стимуляции общения: педагог обращается к ребенку по имени, касается его рук, щек и т.д. Тактильные способы усиливают вегетативные проявления организма ребенка в ответ на воздействия взрослого.

Ориентировочные реакции активизируются путем простых движений руками ребенка с элементами принудительных поворотов тела, головы и др.

На следующем этапе активизируются комплексы сенсорных и моторных реакций, стимулируется активность произвольной двигательной сферы, потенциал чувственной сферы и сочетанных движений в ответ на развивающееся взаимодействие со взрослым.

После серии коррекционных занятий у детей этой группы возможно наблюдать увеличившийся объем качественных проявлений психической активности: от вегетативных и элементарных двигательных реакций (покраснение кожи, потоотделение, повышение температуры, изменения в мимике лица, произвольные однократные движения рук и др.) в ответ на разные стимулы до реакций на голос взрослого, попыток задержать на нем взгляд, поворотов головы в сторону звука или голоса взрослого, а также увеличение времени бодрствования в течение дня.

После выписки из стационара эти дети нуждаются в постоянном уходе и реабилитируются преимущественно в семье. Во время общения с близким взрослым при комфортных для ребенка положениях для него остаются значимыми сенсорные стимулы, которые дополняются эмоционально-положительными и опосредующими движения ребенка воздействиями взрослого.

Детям, у которых во взаимодействии со взрослым наблюдается непроизвольная активность с появлением сочетанных движений, необходим более расширенный объем такой активности в общении с новым взрослым.

На этом уровне организации взаимодействия восстанавливаются ведущие сенсомоторные комплексы, которые обеспечивают появление у детей ориентации на голос и лицо взрослого.

Эффективной методикой является адаптивно-сенсомоторный комплекс (АСК) «Способ восстановления двигательной активности и познавательной деятельности детей на ранней стадии реабилитации тяжелой черепно-мозговой травмы» [8].

Обучение ребенка проводится двумя специалистами: методистом лечебной физкультуры (ЛФК) и педагогом-дефектологом с применением комплекса упражнений, выполняемых в строгой последовательности.

Сущность методики заключается в активизации и восстановлении онтогенетически ранних форм активности ребенка на фоне установки рефлекторно-двигательных стереотипов. В каждом упражнении решается своя педагогическая задача. Так, упражнение 1 направлено на обучение фиксации взгляда через активный поворот головы, плавное прослеживание за предметом (взгляд вверх). Упражнение 2 – на восстановление зрительно-двигательной координации путем воздействия на опорную функцию плечевого пояса. Упражнение 3 направлено на улучшение сенсомоторной координации, совершение предметного действия путем формирования опорной функции в локтевых суставах и т.д. Для

усиления и увеличения сочетанных движений, а также их возможной координации применяются наборы дидактических и сюжетных игрушек (пищалки резиновые, куклы, шарики).

Эта методика дополняется серией коррекционно-педагогических занятий с ребенком, которые направлены на развитие возможных способов взаимодействия со взрослым, к закреплению эмоционально-положительных реакций при появлении новых форм активности. Уделяется внимание дифференцированному восприятию предметов, осознанному предметным действиям через активизацию эмоционально-личностных и ситуативных средств общения, а также восстановлению способов усвоения общественного опыта, когда ребенок действует сначала совместно со взрослым, а затем постепенно с его помощью и самостоятельно. Используются традиционные методы и приемы коррекционного обучения [7].

Коррекционное обучение тех детей, которые начинают понимать обращенную к ним речь взрослого, направлено на активизацию познавательного интереса к предметно-игровой среде. В процессе взаимодействия, развивающегося на фоне предметно-игровой деятельности, у ребенка восстанавливаются невербальные средства общения, дифференцированное восприятие предметов, осознанные предметные действия через активизацию эмоционально-личностных и ситуативных средств общения.

После нескольких коррекционных занятий у детей появляется ряд значимых достижений в психической активности:

- положительный настрой на эмоциональные способы общения со взрослым, слежение взором за его действиями и движениями, элементы улыбки, закрывание глаз как невербальный ответ, поворотов головы в разные стороны в ответ на простые стимулы (обращение по имени, просьбу и др.);
- увеличение объема непроизвольных движений в ответ как на разнообразные внешние сенсорные стимулы, так и на инструкцию взрослого;

- появление целенаправленного взгляда и некоординированных движений одной из рук в сторону предъявляемого предмета.

После серии занятий у детей можно отметить как качественные проявления психической активности, так и прибавку в количественном плане:

- возрастает произвольная активность и появляются некоординированные, размашистые движения конечностями, шевеление пальцами руки;

- отмечаются компоненты ориентировочно-поисковых реакций и целенаправленных предметных действий, когда появляется способность сосредоточить внимание на игрушке, умение удерживать предмет в руке, подражательные навыки в орудийных, предметно-игровых и бытовых действиях взрослого;

- элементарные эмоции (гримасы удовольствия/неудовольствия);

- невербальные средства общения: закрывание/открывание глаз в ответ на вопрос хочешь/не хочешь (пить, есть);

- пожатие руки на просьбу (пожми руку), жест «пока».

В дальнейшем эти дети реабилитируются как в семье, так и в клинических стационарах. Им показаны щадящие занятия с дозированной статической нагрузкой в обучении, облегчающей контакты со взрослым и повышающей готовность к повторению его действий. Увеличивается выносливость в обучении.

С детьми, которые во взаимодействии реагируют на лицо и голос взрослого, пытаются выполнять элементарную инструкцию, в ходе реабилитации проводится коррекционно-развивающее обучение, направленное на восстановление познавательной деятельности, социальных навыков и физическое развитие.

Налаживание взаимодействия на этом уровне качественно отличается предметно-игровой насыщенностью и интенсивностью занятий, большей включенностью ребенка в ситуацию ухода (кормление, переодевание, медицинские процедуры).

На начальном этапе работы налаживаются эмоционально-положительные и ситуативно-деловые способы общения, восстанавливается интерес и предметно-игровые (бытовые) действия, игровые манипуляции с предметами, стимулируются собственные активные движения и действия, контроль позы тела в режимные моменты.

На следующем этапе уделяется внимание восстановлению познавательного интереса к окружающему миру и адекватного восприятия себя и своих возможностей, самостоятельности в быту и навыкам самообслуживания. Детей заново обучают целенаправленно действовать с игрушками и предметами. В предметно-игровой ситуации тренируют способность сосредотачивать внимание на предмете, следить за его перемещением. Хорошим результатом является способность находить взглядом перемещающийся предмет, выделять его из двух предметов, захватывать/удерживать/произвольно отдавать в руки взрослому и т.д. [7]. Не только на занятиях, но и в режимные моменты уделяется внимание самостоятельности при выполнении элементарных навыков самообслуживания (питье из чашки, еда с ложки, вытирание носа или рта салфеткой, чистка зубов, причесывание, расстегивание молний, передача предмета из рук в руки и др.).

Для закрепления игровых и бытовых действий используются продуктивные виды деятельности. Рисование, конструирование, изготовление поделок из бумаги позволяют совершенствовать у детей зрительно-моторные умения и навыки, тактильно-двигательное восприятие, обогащать практический опыт. В совместной работе со взрослым выполняются элементарные поделки (закладка для книг, конвертик, флажок и др.). Основным способом выполнения являются совместные действия, действия по подражанию и по показу.

После серии коррекционно-педагогических занятий взаимодействие детей с окружением становится качественно другим. В социальном поведении отмечают: понимание

элементарных инструкций, появление познавательного интереса, овладение практическими способами ориентировки в пространстве (пробы и ошибки, действия по подражанию и инструкции взрослого и др.). Потенциальные возможности детей раскрываются в усиливающемся ожидании эмоционального комментирования игровой ситуации и попытках к самостоятельным действиям в ней. У детей наблюдаются эмоционально-положительные формы общения со взрослыми и сверстниками, у некоторых восстанавливается активная речь, предметные действия и элементарные учебные навыки. В социально-бытовой сфере наблюдаются появление самостоятельности в еде, умение пользоваться предметами быта, а у некоторых и навык опрятности.

В физическом развитии важным является появление активного желания к передвижению в пространстве на четвереньках, с помощью костылей с поддержкой взрослого, самостоятельно.

После выписки из стационара дети этой группы реабилитируются в стационарных учреждениях, включаются в среду сверстников, некоторые продолжают обучение в школах общего или специализированного (коррекционного) вида.

Выводы

Путем интеграции педагогических технологий в область медицинской реабилитации впервые определена значимость и роль педагога-дефектолога в оказании помощи детям, перенесшим тяжелую черепно-мозговую травму.

Доказано, что независимо от возраста восстановление психической активности у детей при тяжелой травме мозга – это возврат на ранние ступени ее онтогенеза.

У детей раннего возраста восстановление идет на фоне развития общения и формирования привязанности к близкому взрослому, наблюдаются начальные формы избирательности в отношениях с окружением.

У детей дошкольного возраста большую роль во взаимодействии играют способность к совместным действиям и подражательные навыки, благодаря которым появляются элементы самостоятельности в быту.

У детей школьного возраста появляется избирательность в положительных впечатлениях, которые были значимы для них в преморбидном (перед началом заболевания) опыте, прежде всего в бытовом общении и со сверстниками.

Важной частью работы педагога-дефектолога является обучение взрослых, ухаживающих за ребенком в стационаре, приемам стимуляции психической активности в доступном взаимодействии, что реально оказывает влияние на его потенциальные возможности в реабилитации; в процессе обучения у близких взрослых активизируются воспитательный потенциал и появляется готовность к целенаправленному взаимодействию для восстановления у детей жизненно-значимых навыков.

Источники

1. Валиуллина С.А. Организационно-экономические и управленческие аспекты оказания медицинской помощи детям с черепно-мозговой травмой / С.А. Валиуллина, Ж.Б. Семенова, Е.А. Шарова // Российский педиатрический журнал. 2010. № 2.

2. Валиуллина С.А. Современный подход в реабилитации детей с хирургической патологией и травмой / С.А. Валиуллина, Л.М. Рошаль, Н.А. Мамонтова // Сб. тезисов докладов Междунар. конгресса «Реабилитация и санаторно-курортное лечение. Современные этапы послеоперационной реабилитации», 26–27 сентября 2011 г. М.: Экспресс, 2011.

3. Закрепина А.В. Коррекционное обучение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой (в стационарной реабилитации): Монография. М.: Парадигма, 2015.

4. Закрепина А.В. Методика изучения актуального уровня психической активности детей, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму. Method of studying mental activity /MSMA/ Специальное образование: Материалы XI Междунар. науч. конф.,

22–23 апр. 2015 г. / Под общ. ред. проф. В.Н. Скворцова. СПб: Изд-во ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2015. Т. 1.

5. *Закрепина А.В.* Педагогические технологии в комплексной реабилитации детей, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму: Монография. М.: Парадигма, 2012.

6. *Семенова Ж.Б.* Этапы оказания неотложной специализированной помощи детям с тяжелой сочетанной и изолированной черепно-мозговой травмой: Лекция // Нейрохирургия и неврология детского возраста. 2009. № 2.

7. *Стребелева Е.А.* Коррекционно-развивающее обучение детей в процессе дидактических игр. М.: Владос.

8. Способ восстановления двигательной активности и познавательной деятельности детей на ранней стадии реабилитации тяжелой черепно-мозговой травмы: пат. 2009125592 Рос. Федерация / Т.А. Кузьмина, А.В. Закрепина, М.В. Браткова; заявитель и патентообладатель НИИ НДХ и Т ДЗ г. Москвы. Заявл. 06. 07. 2009; опубли. 20. 01. 2011, Бюл. № 2.

Integration of teaching technologies in the medical rehabilitation

(on the basis of research of children with severe traumatic brain injury)

A. ZAKREPINA

Annotation. The article is devoted to children with severe traumatic brain injury (STBI) at a secondary health care treatment. There is a lack of research in related literature reflecting the role and importance of educational work with children after severe traumatic brain injury, as well as aimed at studying the mental abilities and dynamics of children recovery during early rehabilitation. This study shows specific character of work of the special education teacher in the unique experience of interdisciplinary team of the department of rehabilitation and recovering treatment at neurosurgical hospital.

Keywords. Severe traumatic brain injury, mental activity, mental abilities, correctional and pedagogical work, special needs education, available interaction, pedagogical work with parents, neurosurgical secondary health care, multidisciplinary team.

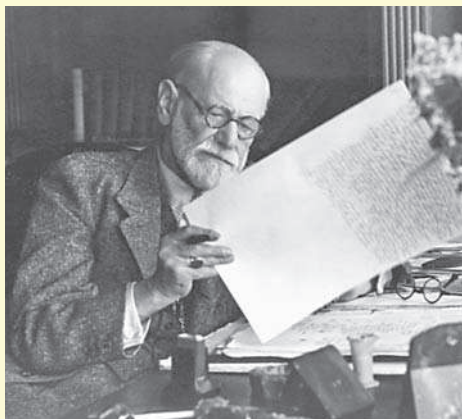


160 лет со дня рождения Зигмунда Фрейда



Зигмунд Фрейд (1856–1939) – австрийский психолог, основатель психоанализа. Фрейд является одной из самых известных личностей XX в., хотя его достижения в науке многие ученые считают спорными или не признают их. Он оказал и продолжает оказывать значительное влияние на многие области науки и искусства – психологию, медицину, социологию, антропологию, литературу, живопись.

Общеупотребимы сейчас такие понятия, впервые описанные и сформулированные Фрейдом, как *бессознательное* (неосознаваемые переживания и мотивы



поступков могут серьезно отягочать жизнь и даже становиться причиной нервно-психических заболеваний); *защитные механизмы* (борьба Я против болезненных или невыносимых мыслей и аффектов), *перенос* (бессознательный перенос ранее пережитых, особенно в детстве, чувств и отношений к одному человеку на другого человека) и др. Он разработал такие терапевтические методики, как метод свободных ассоциаций и толкование сновидений.

<https://www.wikipedia.org>