

Альманах №25 "Дети с черепно-мозговой травмой.
Междисциплинарная команда специалистов в реабилитации:
взаимодействие медиков, педагогов и психологов"

Ранний этап педагогической работы с близкими ребенка, перенесшего тяжелую травму мозга (из опыта работы педагога-дефектолога)

М.В. Браткова Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ), Москва

При повышенном внимании к сохранению психического здоровья детей [5] в случаях нейрохирургической патологии, в том числе после тяжелой черепно-мозговой травмы разного генеза, упор делается на комплексности и междисциплинарном подходе к ранней помощи ребенку с включением родителей или близких ему взрослых в процесс реабилитации [3].

На примере реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой показано влияние близких взрослых на состояние ребенка в процессе лечения, когда их обучают специальным приемам стимуляции психической активности, характерной для ранних этапов онтогенеза. Благодаря совместным усилиям педагога и близкого взрослого, восстановление ребенка происходит на основе доступного ему взаимодействия, что является одним из важных условий эффективной реабилитации на ранних ее этапах [4].

Многолетний опыт педагогического сопровождения детей с нейрохирургической патологией в стационаре

показал, что родитель (близкий взрослый) – одно из заинтересованных лиц в реабилитации – может способствовать выздоровлению своего ребенка, обеспечивать ему комфорт и положительный эмоциональный фон, отслеживать изменения в состоянии его здоровья, находить возможные пути улучшения сложившегося положения. Вместе с тем, по причине неприятия близкими ситуации внезапной болезни и тяжести состояния ребенка, они также нуждаются в педагогической помощи через овладение специальными приемами налаживания доступного ребенку взаимодействия постепенно справляется с трудной ситуацией.

С чего начинается педагогическая помощь? Прежде всего, со знакомства педагога с родителями ребенка, с педагогического изучения особенностей семьи для понимания потенциала взаимодействия ребенка и близкого взрослого в реабилитации на фоне интенсивного хирургического лечения.

Первично, в ходе ознакомительной беседы выявляются особенности психологического состояния близкого взрослого после возникновения болезни ребенка; наличие желания сотрудничать с педагогом; трудности, с которыми сталкиваются родители в процессе ухода за своим ребенком; отношение к ребенку; На основе этих сведений складываются представления педагога о возможностях и готовности близких ребенку взрослых включиться в комплекс реабилитационных мероприятий.

Далее проводится *анкетирование родителей*, которое позволяет специалисту получить анамнестические сведения о ребенке, об особенностях его развития и воспитания в семье до болезни (или травмы); данные о ребенке после выявления заболевания: причину пребывания в стационаре, кто из взрослых находится

с ребенком, сколько времени болеет ребенок, выявить позицию взрослого по отношению к больному ребенку, ожидаемую помощь от специалистов и др. Все эти сведения нужны для оценки потенциала близких, и прежде всего матери в предстоящей реабилитации.

Наблюдение за взаимодействием матери с ребенком. В коррекционной педагогике это традиционный метод, позволяющий изучить особенности ее сотрудничества с ребенком [6]. В стационаре наблюдение проводится в разных режимных ситуациях: во время кормления, укладывания спать, выполнения навыка опрятности, а также при организации свободной деятельности ребенка. Наблюдение помогает педагогу зафиксировать поведение ребенка в процессе общения с матерью: наличие интереса к совместной деятельности, эмоциональные проявления, возможность включаться в игровую ситуацию и др.

Полученные сведения в дальнейшем анализируются педагогом, на их основе планируется тактика педагогической помощи как ребенку, так и матери через проведение серии коррекционных занятий с ребенком и обучение матери специальным приемам восстановления его психических возможностей.

Приведем конкретный случай из практики.

Даша С., 7 месяцев, диагноз: последствия гипоксически-геморрагического поражения ЦНС. Субдуральные гидромы лобно-височно-теменной областей с двух сторон. Постгеморрагическая гидроцефалия. Симптоматическая эпилепсия парциальная. Стадия клинической ремиссии. Грубая задержка психомоторного развития.

Ознакомительная беседа с мамой с мамой показала заинтересованность последней в контактах с педагогом. Были выявлены ее волнения по тактике и своевременности

проведения лечебных мероприятий. Мама (Ольга) считает, что ребенок еще очень маленький, впереди много времени для медицинской реабилитации. Свою основную задачу она озвучила, как необходимость в уходе за малышом и выполнении рекомендаций докторов. Девочка – ее первый ребенок, они воспитывают ее вдвоем с мужем. В домашних условиях она является основным взрослым, который всегда рядом с ребенком. Проблема здоровья девочки была выявлена рано (в 1 месяц 10 дней на фоне высокой температуры возникла серия тонико-клонических приступов). В связи с этим Ольга особенно тревожно и чувствительно относится к уходу за малышом. Например, при малейших признаках недовольства девочки берет ее на руки, качает, потакает любым предпочтениям и желаниям, во-всем опекая. Обеспокоенность сниженным аппетитом ребенка побуждает предлагать ей еду несколько раз в течение ночи. Режим питания, чередование сна и бодрствования не фиксированы, меняются в течение дня. Мама Даши считает, что психофизическое развитие девочки приближено к нормативному, имеющееся отставание незначительно и сгладится по мере проведения лечебных мероприятий. Основные трудности, с которыми сталкиваются близкие в процессе воспитания девочки, Ольга охарактеризовала в виде избирательности в еде и трудностями ее переваривания, что, возможно, и сказывается на проблемах соблюдения режима дня. В процессе беседы Ольга заинтересовалась возможностью педагогической работы с малышом, проявила желание сотрудничать с педагогом.

Анализ анкетирования мамы позволил узнать следующее: Ольга родила Дашу в 18 лет от первой доношенной беременности, протекавшей без патологии. Роды самостоятельные в срок. По шкале Апгар 7/8 баллов. Закричала девочка сразу. Вес при рождении 3700, рост 55 см. Выписана была на 5 день. С одного месяца ребенку был назначен массаж, который начали проводить. Однако, в возрасте 1 месяц 10 дней ребенок был госпитализирован в стационар в связи с появлением на фоне высокой

температуры судорог. В стационаре маме озвучили, что у ребенка отмечается гидроцефалия. Особенности поведения Даши в период младенчества Ольга характеризует как капризность, плаксивость, беспокойность, вялость. Отмечает, что держать голову Даша начала с 5 месяцев, навык сидения еще не сформирован, предметы берет с 6-7 месяцев, в основном левой рукой. У девочки мало звуков: а, ба, га. Ребенок не проявляет интерес к играм со взрослым.

Наблюдение за взаимодействием матери с ребенком показало, что Ольга общается с дочкой с помощью речи, т.е. вербально. Ласково обращается к ней по имени, целует, обнимает. Однако, осуществляет режимные моменты, в основном, молча, не комментируя речью свои действия. При этом характер общения неэмоциональный, заметно формальное выполнение необходимых в ходе режима действий. Игрушки, которые предлагала Ольга Даше, не соответствовали ни возрастному показателю, ни уровню ее развития. Так, у Ольги были следующие предметы: погремушка мягкая в виде мишки, небольшая кукла из мягких тканей, книга А. Барто (озвученная). При этом, игра Ольги с дочкой состояла в следующем: мама предлагала ребенку игрушку, которую девочка брала, без противопоставления большого пальца, подносила ко рту, бросала. Если предъявляемая мамой игрушка не вызывала у девочки интерес, то она начинала плакать. Тогда Ольга брала дочку на руки и покачивала ее. Следует отметить, что книга вызывала интерес девочки, когда раздавался голос, однако, картинки ей были не интересны, при отказе ребенка смотреть или брать предмет, Ольга переключала ее внимание на себя, брала на руки, либо побуждала что-нибудь съесть, попить, не давая ничего в руки девочки. Следует отметить, что Даша к большинству предметов не испытывала интереса, молча реагировала на них. При этом девочка с интересом смотрела на детей и взрослых, находящихся в палате. В случае заинтересованности чем-то, Даша начинала требовать желаемое криком. Звуки гуления отсутствовали.

Из результатов беседы, анкетирования и наблюдения за игрой матери и ребенка были сделаны следующие выводы.

Ольга – молодая 18 летняя мама, которая воспитывает единственного, первого ребенка с проблемами здоровья, которые были выявлены в 1 месяц 10 дней. Она относится к ребенку как к абсолютно здоровому, но имеющему некоторые особенности. Считает, что девочка развивается в соответствии с нормативными показателями, при этом указывает на значительную задержку в сроках становления необходимых навыков, что вызывает предположение о незнании Ольгой показателей нормативного хода детского развития.

В связи с имеющимся у девочки заболеванием Ольга очень трепетно относится к удовлетворению всех ее желаний, старается не допускать ее неудовольствия. Любые негативные проявления в поведении в виде хныканья, плача, крика, она прекращает разными способами, ведущими из которых являются нахождение на руках у взрослых, покачивание, предоставление требуемого. Дашу Ольга воспринимает как младенца, во-всем зависимого от взрослого, безынициативного и лишенного какой-либо деятельности, что выражается в выбранной мамой стили общения: прижимание к себе, покачивание на руках, ласковые обращения. В то же время практически отсутствуют попытки наладить с девочкой игровое взаимодействие: побуждение взять игрушку и произвести с ней необходимое действие, комментирование действий, осуществляемых в режимные моменты, показах действий и побуждении их повторить, предоставление возможности подождать, и вместе порадоваться успеху. Обращает на себя внимание, что мама очень мало побуждает Дашу к двигательной активности, и, несмотря на разрешение врачей, очень редко выкладывает девочку на живот, объясняя это, тем что ребенок хнычет, плачет, значит ей это не нравится и так делать не обязательно, не проводит упражнения, способствующие становлению основных двигательных навыков: сидения и ползания,

опять же, ссылаясь на негативную реакцию ребенка на такие упражнения.

Таким образом, мы видим, что существующие проблемы со здоровьем малыша, по-разному могут влиять на позицию матери в его воспитании. В представленном примере прослеживается чрезмерная опека близкого: мать не может наладить ситуацию совместного игрового общения; предлагает игрушки, не соответствующие уровню развития девочки.

Анализируя все эти данные, педагог, прежде всего, планирует содержание работы с мамой и продумывает полезные для восстановления ребенка ситуации их продуктивного сотрудничества на основе совместной предметно-игровой деятельности.

В коррекционно-восстановительной работе с ребенком используются традиционные приемы, направленные на восстановление/формирование у него интереса к сотрудничеству со взрослым в процессе предметно-игрового взаимодействия, восстановления поисковых ориентировочно-исследовательских действий с предметами, направленных на обследование окружающих объектов и на адекватное отражение действительности (действия рассматривания, ощупывания, выслушивания), захват и удержание предметов в руке, специфического манипулирования игрушкой и др. [3, 4].

В ходе коррекционных занятий дефектолог поэтапно включает мать в восстановительный процесс, демонстрируя ей эффективные приемы доступного ребенку взаимодействия для активизации его возможностей.

Важно, что при организации педагогической работы с ребенком и с матерью учитываются рекомендации

команды специалистов, которые сопровождают ребенка на раннем этапе лечения, что позволяет соблюдать допустимый режим обучающих нагрузок, адекватно подбирать и использовать вспомогательные средства реабилитации (кинезотерапию, эрготерапию и др.) [2]. Многолетний опыт показывает, что одним из показателей эффективной реабилитации детей с тяжелой нейрохирургической патологией является положительное взаимодействие между близкими ребенку взрослыми и командой специалистов в стремлении к единой цели реабилитации, направленной на восстановление психических возможностей ребенка в доступных ему формах взаимодействия с окружающим миром.

1. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации как фактор национальной безопасности. Пути решения существующих проблем. Справочник педиатра. – М.: 2006; 3: С. 9–14.
2. Браткова, М.В. Ранний возраст: Пути коррекционной помощи по формированию предметных действий: монография. – М.: Парадигма, 2015. – 153 с.
3. Валиуллина, С.А. Системный подход в реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой / С.А. Валиуллина, Н.А. Мамонтова // Доклад на XVI Конгрессе педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» (Москва 24-27 февраля 2012 г.).
4. Закрепина, А.В. Коррекционное обучение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой (в условиях стационарной реабилитации): монография. – М.: Парадигма, 2015. – 170 с.
5. Мишина, Г.А. Особенности организации предметно-игровой деятельности родителей с ребенком раннего возраста с нарушениями психофизического развития / Г.А. Мишина // Дефектология – № 5. – 2000. – С. 48-55.
6. Терентьев, О.В. Здоровье человека как объект

философского-аксиологического анализа: автореф.
дисс. ... канд. филос. наук / О.В. Терентьев. – М.,
2008. – 21 с.