



Check for updates

Педагогические науки

УДК 376.3

EDN CPTVHD

<https://www.doi.org/10.33910/1992-6464-2026-220-148-157>

Научная статья

Комплексный дефектологический подход к оценке исходного состояния пациентов с последствиями ЧМТ: формирование профессиональных компетенций у студентов через «обучение служением»

А. М. Кобрина ^{✉1}, И. В. Литвиненко ^{1,2}, С. М. Лосева ^{1,3}

¹ Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена,
191186, Россия, г. Санкт-Петербург, наб. реки Мойки, д. 48

² Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова,
194044, Россия, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6

³ Ленинградский государственный университет им. А. С. Пушкина,
196605, Россия, г. Санкт-Петербург, Петербургское шоссе, д. 10

Для цитирования: Кобрина, А. М., Литвиненко, И. В., Лосева, С. М. (2026) Комплексный дефектологический подход к оценке исходного состояния пациентов с последствиями ЧМТ: формирование профессиональных компетенций у студентов через «обучение служением». *Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена*, № 220, с. 148–157. <https://www.doi.org/10.33910/1992-6464-2026-220-148-157>
EDN CPTVHD

Получена 01 июня 2026; прошла рецензирование 18 июня 2026; принята 19 июня 2026.

Финансирование: Исследование выполнено за счет внутреннего гранта РГПУ им. А. И. Герцена (проект № 108-ВГ).

Права: © А. М. Кобрина, И. В. Литвиненко, С. М. Лосева (2026). Опубликовано Российским государственным педагогическим университетом им. А. И. Герцена. Открытый доступ на условиях [лицензии CC BY 4.0](#).

Аннотация

Введение. Черепно-мозговая травма (далее — ЧМТ) — одно из наиболее распространенных неврологических повреждений, которое может приводить к разнообразным и стойким нарушениям когнитивных, речевых, эмоционально-волевых и моторных функций. Для разработки эффективных коррекционных программ важно проводить всестороннюю оценку исходного (базового) состояния лиц с последствиями ЧМТ. Диагностика последствий ЧМТ представляет собой сложный многоуровневый процесс, в котором отсутствует единый унифицированный подход. Каждая научная дисциплина — медицинская, психологическая и педагогическая — опирается на собственный методологический и инструментальный арсенал диагностики, отражающий специфику ее предметной области. Именно эта фрагментация знаний обуславливает необходимость целенаправленного педагогического сопровождения для трансформации разрозненных теоретических представлений в целостное профессиональное видение будущего специалиста-дефектолога. Подход «обучение служением» обеспечивает эту трансформацию, а практическое погружение студента в междисциплинарный диагностический процесс перестает быть эпизодическим «знакомством с практикой», становясь механизмом осознанного формирования профессиональных компетенций.

Материалы и методы. В рамках данного исследования был проведен анализ медицинской документации, который позволил охарактеризовать механизм травмы, учитывая следующие параметры: тип ЧМТ, характер ЧМТ, локализация повреждений, степень тяжести, течение базисного периода. В качестве дополнительной информации учитывались данные КТ/МРТ, о хирургических вмешательствах, медикаментозной терапии и реабилитационных мероприятиях. Каждая из перечисленных характеристик ЧМТ играет существенную роль в определении специфики дефектологической диагностики. Психолого-педагогические методы исследования включали наблюдение за поведением лиц с ЧМТ в процессе взаимодействия с окружающими, медицинским персоналом и родственниками, а также психолого-педагогическое блиц-обследование. Кроме того, были определены социальные факторы, влияющие

на исходное состояние лиц с ЧМТ. Ключевым педагогическим аспектом исследования стало включение студентов-дефектологов в процесс диагностики и оценки исходного состояния пациентов с последствиями ЧМТ под руководством наставников со стороны института и медицинской организации.

Результаты. На основе полученных данных была разработана классификационная матрица из шести дефектологических профилей (каждый профиль имеет уникальную комбинацию специфических критериев диагностики), позволяющая систематизировать нарушения у лиц с последствиями черепно-мозговой травмы в зависимости от типа и степени тяжести повреждения. Профили ЧМТ определяют структуру дефекта: характер нарушений речи, праксиса и гнозиса, глотания и артикуляция, двигательных функций (крупная и мелкая моторика), когнитивных процессов (внимание, память, мышление), сенсорных модальностей (зрение, слух, тактильное восприятие). В результате реализации подхода «обучение служением» у студентов-дефектологов сформированы интегративные профессиональные компетенции: способность видеть особенности психофизического состояния после ЧМТ как целостную систему, где нарушение речи неразрывно связано с когнитивным профилем, моторными возможностями, эмоциональным состоянием и социальным контекстом, и на этой основе проектировать диагностический и реабилитационный процесс.

Заключение. Первичный этап дефектологической диагностики обеспечивает формирование однородных групп по типологическим особенностям в зависимости от отнесения к одному из дефектологических профилей. Полученные данные позволяют составить целостное представление о состоянии здоровья лиц с последствиями ЧМТ и выдвинуть предварительные гипотезы относительно потенциальных возможностей восстановления, а также служат основанием для начала коррекционной работы и планирования дальнейшей углубленной психолого-педагогической диагностики. Для студентов-дефектологов освоение многоуровневого подхода к диагностике перестает быть теоретической схемой и становится основой ключевых профессиональных компетенций дефектолога.

Ключевые слова: психолого-педагогическое обследование, дефектологические профили, черепно-мозговая травма, обучение служением, профессиональные компетенции дефектолога

An integrated defectological approach to assessing the baseline status of patients with the sequelae of traumatic brain injury: Developing professional competencies in students via service-learning

L. M. Kobrina ^{✉1}, I. V. Litvinenko ^{1,2}, S. M. Loseva ^{1,3}

¹ Herzen State Pedagogical University of Russia, 48 Moika Emb., Saint Petersburg 191186, Russia

² S. M. Kirov Military Medical Academy, 6 Akademika Lebedeva Str., Saint Petersburg 194044, Russia

³ Pushkin Leningrad State University, 10 Peterburgskoe shosse, Saint Petersburg 196605, Russia

For citation: Kobrina, L. M., Litvinenko, I. V., Loseva, S. M. (2026) An integrated defectological approach to assessing the baseline status of patients with the sequelae of traumatic brain injury: Developing professional competencies in students via service-learning. *Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences*, no. 220, pp. 148–157. <https://www.doi.org/10.33910/1992-6464-2026-220-148-157> EDN CPTVHD

Received 01 June 2026; reviewed 18 June 2026; accepted 19 June 2026.

Funding: The study was supported by the Herzen State Pedagogical University of Russia Internal Grant (Project No. 108-VG).

Copyright: © L. M. Kobrina, I. V. Litvinenko, S. M. Loseva (2026). Published by Herzen State Pedagogical University of Russia. Open access under CC BY License 4.0.

Abstract

Introduction. Traumatic brain injury (TBI) ranks among the most prevalent neurological conditions, often resulting in persistent deficits across cognitive, speech, emotional-volitional, and motor domains. Comprehensive baseline assessment of individuals with TBI sequelae is essential for devising effective remedial programs. Diagnosing post-TBI impairments is a multifaceted, multilevel process lacking a unified methodological framework; medicine, psychology, and pedagogy each rely on its discipline-specific diagnostic tools and methodologies. This knowledge fragmentation necessitates targeted pedagogical guidance to transform students' disparate theoretical concepts into a cohesive professional vision required of defectology specialists. The service-learning approach facilitates this transformation, while practical immersion in the multidisciplinary diagnostic process transcends sporadic introductory placements, operating as a mechanism for conscious competency development.

Materials and Methods. This study analyzed medical records to characterize injury mechanisms, incorporating parameters such as TBI type and nature, lesion localization, severity, and the course of the baseline period.

Supplementary data encompassed CT/MRI findings, surgical interventions, pharmacotherapy, and rehabilitation protocols. Psycholinguistic-pedagogical methods involved behavioral observation during interactions with peers, healthcare staff, and relatives, alongside express psycho-pedagogical screening; social determinants affecting baseline status were also evaluated. A pivotal pedagogical element was the involvement of speech-language pathology students in the baseline assessment process under institutional and clinical mentorship.

Results. Data analysis yielded a classification matrix comprising six defectological profiles, each defined by unique diagnostic criterion combinations, systematizing impairments in patients with TBI sequelae by injury type and severity. These profiles delineate defect structures: speech, praxis, and gnosis disruptions; swallowing and articulation; motor functions (gross and fine); cognitive processes (attention, memory, thinking); and sensory modalities (vision, audition, tactile perception). Implementing service-learning fostered integrative professional competencies in students, enabling a holistic perception of post-TBI psychophysical states — wherein speech impairments are interlinked with cognitive profiles, motor capacities, emotional states, and social contexts — and informed diagnostic and rehabilitative planning.

Conclusions. Baseline defectological assessment stratifies homogeneous groups by typological traits aligned to specific profiles. Derived insights furnish a holistic health profile for individuals with TBI sequelae, posit preliminary recovery hypotheses, and underpin corrective interventions alongside in-depth psycholinguistic-pedagogical evaluations. For speech-language pathology students, mastery of multilevel assessment transcends theoretical abstraction, forming core professional competencies.

Keywords: psycholinguistic-pedagogical assessment, defectological profiles, traumatic brain injury, service-learning, speech-language pathologist competencies

Введение

В медицине, психологии и педагогике учеными традиционно используются уникальные методики и инструменты диагностики, разработанные с учетом специфики изучаемых ими объектов и явлений. Диагностика ЧМТ (далее — ЧМТ) в рамках медицинской парадигмы ориентирована на выявление структурных изменений и функциональных нарушений центральной нервной системы. Для диагностики и оценки степени тяжести ЧМТ применяются современные нейровизуализационные методы, включая компьютерную томографию (далее — КТ) и магнитно-резонансную томографию (далее — МРТ), а также электрофизиологические исследования, такие как электроэнцефалография (далее — ЭЭГ) (Коновалов и др. 2020; Литвиненко, Лосева 2024а; 2024b; Потапов 2003; Романов и др. 2017; Селезнев и др. 2004). В целях объективной оценки тяжести травмы и мониторинга динамики неврологического статуса пациента используются стандартизированные клинические шкалы, среди которых наиболее распространенной является шкала комы Глазго (Glasgow Coma Scale, GCS) (Лурия 2013; Фуфаева и др. 2012; Giacino et al. 2004; Rappaport et al. 1982)

Психологический подход акцентирует внимание на когнитивных, эмоциональных и поведенческих последствиях ЧМТ. Диагностический инструментарий включает нейропсихологические батареи (Монреальская шкала оценки когнитивных функций, батарея А. Р. Лурии и др.), а также валидированные психодиагностические опросники для оценки тревожности, депрессии, астении

(Шкала депрессии Бека, Шкала тревоги Спилбергера — Ханина и др.) и качества жизни (Ахутина и др. 2016; Парфенов и др. 2014; Airaksinen et al. 2004; Castaneda et al. 2008; Gualtieri et al. 2008).

Педагогическая составляющая играет важную роль в системе диагностики и коррекции последствий ЧМТ у взрослых людей. В рамках этой системы реализуются специализированные программы коррекционно-развивающей работы, направленные на восстановление нарушенных функций. К числу таких программ относится дефектологическая, в том числе логопедическая, коррекция. В ходе дефектологического обследования проводится комплексная оценка высших психических функций, таких как познавательные способности (гнозис), навыки целенаправленных действий (праксис) и функции планирования и контроля (исполнительные функции) (Выготский 2005; Забрамная 1995; Закрепина 2014; Кобрина и др. 2025; Лурия 1947). Логопедическая диагностика имеет своей целью установление характера и степени нарушений речи, языка и когнитивно-коммуникативных навыков, обусловленных повреждением центральной нервной системы (Бейн, Овчарова 1970; Визель 2002; Винарская 2006; Литвиненко, Лосева 2024а; 2024b; Цветкова и др. 1981; Шкловский и др. 2000). Оба подхода опираются на стандартизированные методики и индивидуальные программы коррекции, способствующие восстановлению функциональной независимости и социальной адаптации лиц с ЧМТ.

Таким образом, диагностика взрослых лиц с ЧМТ носит выраженный междисциплинарный характер: отсутствие единого методологического

фундамента компенсируется синергией подходов различных дисциплин, каждый из которых вносит уникальный вклад в целостность клинико-психолого-педагогической картины состояния лиц с ЧМТ и разработку индивидуальной реабилитационной стратегии.

В основе данного исследования лежит педагогический подход «обучение служением» — структурированный подход, объединяющий академическое обучение, общественно значимую практику (диагностическую работу с пациентами с ЧМТ) и обязательную рефлекссию опыта под руководством наставников. В рамках этого подхода студенты-дефектологи вовлекаются в реальный диагностический процесс. Центральными педагогическими акцентами выступают этика взаимодействия с пациентами, нуждающимися в особой заботе; развитие междисциплинарной коммуникативной грамотности и формирование рефлексивной позиции. Такая организация трансформирует «служение» из внешнего дополнения к учебному плану во внутренний педагогический механизм формирования профессиональных компетенций дефектолога.

Результаты

Дефектологическая диагностика лиц с ЧМТ должна быть строго дифференцированной в зависимости от типа травмы по следующим основаниям:

- патофизиологическое обоснование: разные типы ЧМТ имеют разные механизмы повреждения и проявления;
- прогностическое обоснование: тип травмы определяет потенциал восстановления и характер последствий;
- методологическое обоснование: различные типы ЧМТ требуют разных диагностических подходов и методов;
- практическое обоснование: дифференцированный подход обеспечивает эффективность реабилитационных мероприятий.

В рамках данного исследования были применены психолого-педагогические методы (психолого-педагогическое обследование лиц с ЧМТ; наблюдение за поведением лиц с ЧМТ в процессе взаимодействия с окружающими, медицинским персоналом и родственниками; социальные факторы, влияющие на исходное состояние лиц с ЧМТ), а также анализ медицинской документации (оценка механизма травмы, учитывая следующие параметры: тип ЧМТ, характер ЧМТ, локализация повреждений, степень тяжести, течение базисного периода).

Психолого-педагогическая диагностика при ЧМТ требует принципиально разных подходов в зависимости от типа травмы (закрытая/открытая) и степени тяжести состояния (легкая/умеренная/тяжелая), поскольку сочетание создает уникальные возможности профиля, определяемые специфическими критериями диагностики лиц с ЧМТ. Установленные взаимосвязи между локализацией и типом органического поражения головного мозга и степени тяжести состояния легли в основу разработки дефектологической классификации, включающей шесть типологических профилей ЧМТ (табл. 1).

Диагностическая матрица из шести профилей демонстрирует, что психолого-педагогическая диагностика при ЧМТ требует строго индивидуализированного подхода, поскольку:

- каждый из шести профилей имеет уникальную комбинацию специфических критериев диагностики;
- различная патофизиология (функциональная/органическая) требует разных диагностических стратегий;
- различная тяжесть обуславливает разную интенсивность и этапность диагностики;
- использование диагностической матрицы обеспечивает системный подход к оценке каждого пациента и оптимизацию диагностического процесса.

Табл.1. Классификационная матрица дефектологических профилей

Table 1. Classification matrix of defectological profiles

Степень ЧМТ Тип ЧМТ	Легкая	Умеренная	Тяжелая
Закрытая ЧМТ	Профиль 1: функциональные нарушения	Профиль 2: выраженные функциональные нарушения	Профиль 3: тяжелые функциональные нарушения
Открытая ЧМТ	Профиль 4: локальные органические нарушения	Профиль 5: выраженные органические нарушения	Профиль 6: тяжелые органические инвалидизирующие нарушения

В процессе первичной диагностики было проанализировано 235 историй болезней лиц с ЧМТ и установлена закономерная связь между типом ЧМТ (закрытая/открытая), степенью ее тяжести (легкая/умеренная/тяжелая) и характером неврологических, когнитивных, речевых и поведенческих состояний. Лица с ЧМТ были распределены по дефектологическим профилям (табл. 2).

Наиболее часто встречается тяжелая степень ЧМТ — она диагностирована у 60 % обследуемых. Среди тяжелых форм преобладают закрытые формы ЧМТ (44 % от общего числа обследуемых), на открытые формы ЧМТ приходится 16 %.

На основе изучения амбулаторных карт, историй болезни, выписных эпикризов было сформировано первоначальное представление о характере и степени нарушения.

Наличие неврологических синдромов: нарушения глотания и самостоятельного дыхания выявляются исключительно при тяжелой ЧМТ (профили 3, 6); двигательные и координаторные нарушения возникают уже при умеренной степени травмы (профили 2, 5) и составляют доминирующую часть неврологической симптоматики.

Наличие нарушений, выявленных при дополнительных исследованиях: при умеренной степени (профили 2, 5) отмечаются выраженные психиатрические и сенсомоторные нарушения, а в открытых формах — единичные офтальмологические и ЛОР-дефициты, указывающие на возможное вовлечение периферических сенсорных систем; при тяжелой ЧМТ (профили 3, 6) наблюдаются значительные сенсомоторные и психические нарушения, а в случае с открытой формой — дополнительные сенсорные дефициты зрительного и слухового анализаторов; при легкой ЧМТ (профили 1, 4) сопутствующая симптоматика, как правило, отсутствует, что

свидетельствует о благоприятном прогнозе и минимальной потребности в специализированной коррекции.

Анализ медицинской документации свидетельствует о необходимости многоступенчатого, щадящего дефектологического обследования с акцентом на сохранные функции пациента, к примеру: оценка невербальной коммуникации, выполнение простых артикуляционных упражнений и интерес к визуально-когнитивным задачам.

Социальный анамнез: социальный анамнез имеет значение на этапе реабилитационного прогноза, он не является диагностическим критерием и не коррелирует с профилями ЧМТ. Следовательно, дифференциация этих данных по профилям не имеет клинической или дефектологической значимости и может привести к ложным ассоциациям.

Таким образом, для целей дефектологической диагностики и планирования коррекционной работы анализ социального анамнеза в разрезе профилей ЧМТ нецелесообразен. Его следует рассматривать отдельно — как фактор, влияющий на реабилитационный потенциал и социальную адаптацию, но не на структуру и тяжесть речевого или когнитивного дефицита.

Первичный этап дефектологической диагностики направлен на формирование комплексного представления о психофизическом состоянии лиц с ЧМТ и выдвижение предварительных гипотез относительно их потенциальных возможностей восстановления (табл. 3). В ходе обследования лиц с ЧМТ оценивалась успешность выполнения ряда стандартных речевых проб, разделенных на легкие (базовые, стимульно-реактивные, с низкой когнитивной нагрузкой) и сложные (требующие более высокого уровня произвольной регуляции, вербальной памяти, лексико-грамматической организации и модальной интеграции).

Табл. 2. Распределение лиц с ЧМТ по дефектологическим профилям

Table 2. Distribution of individuals with traumatic brain injury (TBI) by defectological profiles

Степень ЧМТ Тип ЧМТ	Легкая ШКТ 13-15		Умеренная ШКТ 9-12		Тяжелая ШКТ 3-8	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
Закрытая ЧМТ	20 (Пр. 1)	9 %	57 (Пр. 2)	23 %	104 (Пр. 3)	44 %
Открытая ЧМТ	2 (Пр. 4)	1 %	14 (Пр. 5)	7 %	38 (Пр. 6)	16 %
Итого	22	10 %	71	30 %	142	60 %

Условные обозначения: Пр. 1 — профиль 1 (функциональные нарушения); Пр. 2 — профиль 2 (выраженные функциональные нарушения); Пр. 3 — профиль 3 (тяжелые функциональные нарушения); Пр. 4 — профиль 4 (локальные органические нарушения); Пр. 5 — профиль 5 (выраженные органические нарушения); Пр. 6 — профиль 6 (тяжелые органические инвалидизирующие нарушения).

Табл. 3. Результаты первичного обследования пациентов с черепно-мозговой травмой, %

Table 3. Baseline examination results for patients with traumatic brain injury (%)

Профиль	Понимание (Л/С)	Называние (Л/С)	Повторение (Л/С)	Спонтанная речь (Л/С)	Чтение (Л/С)	Письмо (Л/С)
1	100/80	100/75	100/75	100/70	90/50	80/30
2	80/50	75/46	80/50	75/40	60/24	50/16
3	71/29	76/21	71/23	60/15	45/10	32/6
4	86/50	65/40	71/50	80/50	50/10	50/30
5	71/29	80/21	80/25	60/30	50/7	29/10
6	82/55	64/36	82/46	73/27	55/9	36/9

Условные обозначения: Л/С — легкие пробы / сложные пробы.

Профиль 1. Пациенты с легкой закрытой ЧМТ характеризуются сохранностью всех базовых когнитивных и речевых функций. Несмотря на высокие показатели по легким пробам, при выполнении сложных проб, особенно в области чтения, письма и спонтанной речи, показатели снижаются. Это свидетельствует о функциональной неустойчивости высших речевых функций при увеличении когнитивной нагрузки, что соответствует клинко-дефектологическому профилю легкой черепно-мозговой травмы.

Профиль 2. У пациентов с умеренной закрытой ЧМТ наблюдается умеренное снижение по всем показателям при выполнении как легких, так и сложных проб. Снижение показателей при выполнении сложных проб свидетельствует о наличии скрытых когнитивно-речевых дефицитов, затрагивающих речевую память, семантическую организацию и регуляторные компоненты речи.

Профиль 3. У пациентов с тяжелой закрытой ЧМТ наблюдается выраженное снижение по всем показателям, особенно в сложных пробах. Значительный разрыв между легкими и сложными пробами указывает на более глубокое нарушение регуляции речи, а также на дезинтеграцию когнитивных и лингвистических систем. Сохранность элементарных речевых реакций на уровне выполнения простых инструкций не обеспечивает достаточного уровня коммуникативной компетентности, необходимого для поддержания повседневного общения.

Профиль 4. Пациенты с легкой открытой ЧМТ составляют крайне малочисленную группу в данной выборке. Несмотря на классификацию травмы как легкой, по шкале Глазго, ее открытый характер — с нарушением целостности костей черепа и/или мозговых оболочек — принципиально меняет подход к оценке последствий. Даже при отсутствии выраженной

неврологической симптоматики, подобные повреждения сопряжены с риском очагового поражения корковых зон, инфекционных осложнений (менингит, абсцесс), что может опосредованно влиять на речевые и когнитивные функции. Профиль 4 представляет собой группу пациентов с клинически сохранными речевыми функциями на фоне легкой открытой ЧМТ, где основным маркером потенциальной уязвимости становятся чтение, письмо.

Профиль 5. Пациенты с умеренной открытой черепно-мозговой травмой характеризуются выраженными нарушениями речевых и когнитивных функций. Результаты обследования показывают, что базовые речевые функции (легкие пробы) сохраняются у большинства пациентов, однако при переходе к когнитивно-нагруженным заданиям показатели резко снижаются. Особенно выражены трудности в письменной и спонтанной речи, что свидетельствует о нарушении регуляции речевой деятельности, вербальной памяти и лингвистической организации высказывания.

Профиль 6. Пациенты с тяжелой открытой черепно-мозговой травмой характеризуются стойкими нарушениями речевых и когнитивных функций. Наличие открытых повреждений значительно повышает риск локальных структурных изменений, обуславливая формирование специфического дефектологического профиля. Разрыв между легкими и сложными пробами свидетельствует о дезинтеграции высших психических функций и неспособности к целенаправленной коммуникации даже при минимальной когнитивной нагрузке. Сохранность элементарных реакций на уровне простых инструкций не компенсирует утрату коммуникативной компетентности, необходимой для социального взаимодействия и самообслуживания.

Наблюдается отчетливая корреляция между степенью тяжести ЧМТ и выраженностью диссоциации между результатами легких и сложных речевых проб: с увеличением тяжести травмы эта диссоциация усиливается. Базовые речевые функции (легкие пробы) остаются относительно сохранными даже при тяжелой ЧМТ, что может создавать ложное впечатление «сохранности речи» при внешних обследованиях. Наиболее уязвимыми компонентами являются письмо и спонтанная речь, требующие наличия когнитивных, моторных и лингвистических ресурсов.

Дифференциация по профилям позволяет:

- точно определить структуру дефекта;
- прогнозировать реабилитационный потенциал;
- разработать индивидуализированные коррекционные программы с учетом уровня сохранности механизмов произвольной регуляции и уровня речевой инициативы у пациента.

Таким образом, данные первичного обследования подтверждают необходимость многоуровневого подхода к диагностике речевых и когнитивных функций у пациентов с ЧМТ, где выделение дефектологических профилей служит основой для разработки целенаправленной реабилитационной стратегии.

Организация и сопровождение студентов в процессе данного исследования осуществлялась поэтапно с обеспечением непрерывной педагогической поддержки:

- подготовительный этап: проведение установочных занятий — теоретический минимум по ЧМТ, по специфике диагностической работы, этике взаимодействия с лицами с ЧМТ и основам междисциплинарного взаимодействия;
- практический этап: последовательное прохождение трех уровней: аналитико-наблюдательного (анализ документации, наблюдение за обследованием); практико-ориентированного (проведение отдельных диагностических проб под контролем наставника); интерпретационно-проектировочного (синтез данных из различных источников в единую диагностическую картину);
- оценочный этап: комплексная оценка сформированных компетенций на основе отзывов наставников, самооценки студентов, обратной связи от получателей помощи.

В результате реализации подхода «обучение служением» у студентов-дефектологов сформиро-

ваны следующие интегративные профессиональные компетенции:

- интегративно-аналитическая компетенция — способность видеть психофизические особенности пациента с ЧМТ как целостную систему, где речевой симптом неразрывно связан с когнитивным профилем, моторными возможностями, эмоциональным состоянием и социальным контекстом, выявляя связи между симптомами и их функциональными проявлениями в повседневной жизни;
- междисциплинарно-координационная компетенция: умение интегрировать данные медицинского, психологического и педагогического обследований, а также эффективно взаимодействовать в составе реабилитационной команды;
- ресурсно-диагностическая компетенция: способность выявлять не только дефекты, но и скрытые ресурсы и использовать их как основу для разработки персонализированной диагностики и реабилитационных стратегий;
- этико-рефлексивная компетенция: осознанное принятие профессиональных решений в сложных диагностических ситуациях, уважение к автономии пациента и самокритичное отношение к собственным действиям.

Традиционная модель подготовки дефектолога становится недостаточной перед лицом современных вызовов реабилитации лиц с ЧМТ. Внедрение подхода «обучение служением» в образовательный процесс способствует качественному преобразованию подготовки будущих специалистов. Данный подход позволяет студентам не только теоретически знать о последствиях ЧМТ, но и видеть в каждом симптоме уникальную систему ресурсов и барьеров, которые необходимо учитывать при разработке плана диагностической и коррекционной работы. Подход «обучение служением» способствует междисциплинарному взаимодействию и развитию навыков проектирования индивидуальных программ реабилитации пациентов для их успешной интеграции в общество.

В дальнейшем в рамках данного исследования проводилась углубленная психолого-педагогическая диагностика, которая позволяла обосновать выбор программы коррекционной работы, адаптированной под особенности и восстановительные возможности лиц с ЧМТ.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального или явного конфликта интересов.

Conflict of Interest

The authors declare that there is no conflict of interest, either existing or potential.

Вклад авторов

Авторы внесли равный вклад в подготовку статьи.

Author Contributions

The authors participated in writing the article equally.

Список литературы

- Ахутина, Т. В., Варако, Н. А., Зинченко Ю. П. и др. (2016) Клинико-психологическая диагностика и клинико-психологическая реабилитация пациентов с нарушениями памяти при черепно-мозговых травмах. *Consilium Medicum*, т. 18, № 2–1, с. 68–81.
- Бейн, Э. С., Овчарова, П. А. (1970) *Клиника и лечение афазий*. София: Медицина и физкультура, 210 с.
- Визель, Т. Г. (2002) *Нейролингвистический анализ атипичных форм афазии. (Системный интегративный подход)*. Автореферат диссертации на соискание степени доктора психологических наук. М.: НИИ психиатрии, 49 с.
- Винарская, Е. Н. (2006) *Дизартрия*. М.: АСТ: Астрель, Хранитель, 141 с.
- Выготский, Л. С. (2005) *Психология развития человека*. М.: Смысл; Эксмо, 1136 с.
- Забрамная, С. (1995) *Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей*. М.: Просвещение; Владос, 112 с.
- Закрепина, А. В. (2014) *Коррекционное обучение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой в условиях стационарной реабилитации. Диссертация на соискание степени доктора педагогических наук*. М., Институт коррекционной педагогики Российской академии образования, 184 с.
- Кобрина, Л. М., Литвиненко, И. В., Лосева, С. М. (2025) Роль дефектолога в реабилитации лиц с посттравматическими когнитивными нарушениями. *Известия РГПУ им. А. И. Герцена*, № 215, с. 55–64. <https://www.doi.org/10.33910/1992-6464-2025-215-55-64>
- Коновалов, А. Н., Шехтер, А. И., Лихтерман, Л. Б. (2020) *Нейрохирургия: в 3 т. Т. 1. Общая нейрохирургия*. М.: Медицина, 672 с.
- Литвиненко, И. В., Лосева, С. М. (2024a) Речевые нарушения у взрослых при черепно-мозговой травме. *Вестник ЛГУ им А. С. Пушкина*, № 2, с. 63–78. https://doi.org/10.35231/18186653_2024_2_63
- Литвиненко, И. В., Лосева, С. М. (2024b) Методология и междисциплинарное взаимодействие при коррекции когнитивных и эмоционально-волевых нарушений у пациентов с черепно-мозговой травмой. *Вестник ЛГУ им. А. С. Пушкина*, № 4, с. 138–152. https://doi.org/10.35231/18186653_2024_4_138
- Лурия, А. Р. (1947) *Травматическая афазия*. М.: Медицина, 367 с.
- Лурия, А. Р. (2013) *Основы нейропсихологии*. 8-е изд. М.: Академия, 384 с.
- Парфенов, В. А., Захаров, В. В., Преображенская, И. С. (2014) *Когнитивные расстройства*. М.: Ремедиум, 192 с.
- Потапов, А. А. (2003) *Доказательная нейротравматология*. М.: Изд-во НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко РАМН, 517 с.
- Романов, А. И., Силина, Е. В., Романов, С. А. (2017) *Общая и частная медицинская реабилитология: научно-методические и практические основы*. М.: Дело, 501 с.
- Селезнев, С. А., Багненко, С. Ф., Шапота, Ю. Б., Курыгина, А. А. (2004) *Травматическая болезнь и ее осложнения*. СПб.: Политехника, 426 с.
- Фуфаева, Е. В., Лукьянов, В. И., Быкова, В. И. и др. (2012) Раннее нейропсихологическое сопровождение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. *Нейрохирургия и неврология детского возраста*, № 4 (34), с. 61–75.
- Цветкова, Л. С., Ахутина, Т. В., Пылаева, Н. М. (1981) *Методика оценки речи при афазии*. М.: Изд-во МГУ, 67 с.
- Шкловский, В. М., Визель, Т. Г. (2000) *Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии*. М.: Ассоциация дефектологов, 96 с.
- Airaksinen, E., Larsson, M., Lundberg, I., Forsell, Y. (2004) Cognitive functions in depressive disorders: Evidence from a population-based study. *Psychological Medicine*, vol. 34, no. 1, pp. 83–91. <https://www.doi.org/10.1017/s0033291703008559>
- Castaneda, A. E., Tuulio-Henrisson, A., Marttunen, M. (2008) A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *Journal of Affective Disorders*, vol. 106, no. 1–2, pp. 1–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.006>

- Giacino, J. T., Kalmar, K., Whyte, J. (2004) The JFK coma recovery scale-revised: Measurement characteristics and diagnostic utility. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 85, no. 12, pp. 2020–2029. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.02.033>
- Gualtieri, C. T., Morgan, D. (2008) The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression and bipolar disorder: An uncounted source of variance in clinical trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 69, no. 7, pp. 1122–1130. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0712>
- Rappaport, M., Hall, K. M., Hopkins, H. K. et al. (1982) Disability rating scale for severe head trauma: Coma to community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 63, no. 3, pp. 118–123.

References

- Airaksinen, E., Larsson, M., Lundberg, I., Forsell, Y. (2004) Cognitive functions in depressive disorders: Evidence from a population-based study. *Psychological Medicine*, vol. 34, no. 1, pp. 83–91. <https://www.doi.org/10.1017/s0033291703008559> (In English)
- Akhutina, T. V., Varako, N. A., Zinchenko Yu. P. et al. (2016) Clinical and psychological diagnosis and clinico-psychological rehabilitation of patients with memory impairments in cerebral injuries. *Consilium Medicum*, vol. 18, no. 2–1, pp. 68–81. (In Russian)
- Bein, E. S., Ovcharova, P. A. (1970) *Clinic and treatment of aphasia*. Sofiya: Medicine and Physical Education Publ., 210 p. (In Russian)
- Castaneda, A. E., Tuulio-Henricsson, A., Marttunen, M. et al. (2008) A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *Journal of Affective Disorders*, vol. 106, no. 1–20, pp. 1–27. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.006> (In English)
- Fufaeva, E. V., Luk'yanov, V. I., Bykova, V. I. et al. (2012) Early neuropsychological evaluation of children with the severe craniocerebral injury. *Pediatric Neurosurgery and Neurology*, no. 4 (34), pp. 61–75. (In Russian)
- Giacino, J. T., Kalmar, K., Whyte, J. (2004) The JFK coma recovery scale-revised: Measurement characteristics and diagnostic utility. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, vol. 85, no. 12, pp. 2020–2029. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2004.02.033> (In English)
- Gualtieri, C. T., Morgan, D. (2008) The frequency of cognitive impairment in patients with anxiety, depression and bipolar disorder: An uncounted source of variance in clinical trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 69, no. 7, pp. 1122–1130. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0712> (In English)
- Kobrina, L. M., Litvinenko, I. V., Loseva, S. M. (2025) The role of the defectologist in the rehabilitation of individuals with post-traumatic cognitive impairments. *Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences*, no. 215, pp. 55–64. <https://www.doi.org/10.33910/1992-6464-2025-215-55-64> (In Russian)
- Konovalov, A. N., Shekhter, A. I., Likhтерman, L. B. (2020) *Neurosurgery. In 3 vols. Vol. 1. General Neurosurgery*. Moscow: Medicine, 672 p. (In Russian)
- Litvinenko, I. V., Loseva, S. M. (2024a) Speech disorders in adults following traumatic brain injury. *Pushkin Leningrad State University Journal*, no. 2, pp. 63–78. https://doi.org/10.35231/18186653_2024_2_63 (In Russian)
- Litvinenko, I. V., Loseva, S. M. (2024b) Methodology and interdisciplinary interaction during the correction of cognitive and emotional-volitional disorders of patients with traumatic brain injury. *Pushkin Leningrad State University Journal*, no. 4, pp. 138–152. https://doi.org/10.35231/18186653_2024_4_138 (In Russian)
- Luriya, A. R. (1947) *Traumatic aphasia*. Moscow: Meditsina Publ., 367 p. (In Russian)
- Luriya, A. R. (2013) *Fundamentals of Neuropsychology*. 8th ed. Moscow: Akademiya Publ., 384 p. (In Russian)
- Parfenov, V. A., Zakharov, V. V., Preobrazhenskaya, I. S. (2014) *Cognitive disorders*. Moscow: Remedium Publ., 192 p. (In Russian)
- Potapov, A. A. (2003) *Evidence-based neurotraumatology*. M.: N. N. Burdenko National Medical Research Center of Neurosurgery Publ., 517 p. (In Russian)
- Rappaport, M., Hall, K. M., Hopkins, H. K. et al. (1982) Disability rating scale for severe head trauma: Coma to community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, no. 63, no. 3, pp. 118–123. (In English)
- Romanov, A. I., Silina, E. V., Romanov, S. A. (2017) *General and private medical rehabilitation: Scientific, methodological and practical foundations*. Moscow: Delo Publ., 501 p. (In Russian)
- Seleznev, S. A., Bagnenko, S. F., Shapota, Yu. B., Kurygina, A. A. (2004) *Traumatic disease and its complications*. Saint Petersburg: Politekhnik Publ., 426 p. (In Russian)
- Shklovskii, V. M., Vizel', T. G. (2000) *Restoration of speech function in patients with different forms of aphasia*. Moscow: Association of Defectologists Publ., 96 p. (In Russian)
- Tsvetkova, L. S., Akhutina, T. V., Pylaeva, N. M. (1981) *Methodology for speech assessment in aphasia*. Moscow: Moscow State University Publ., 67 p. (In Russian)
- Vinarskaya, E. N. (2006) *Dysarthria*. Moscow: AST: Astrel, Khranitel' Publ., 141 p. (In Russian)
- Vizel', T. G. (2002) *Neurolinguistic analysis of atypical forms of aphasia. (A systemic integrative approach). Extended abstract of the PhD dissertation (Psychology)*. Moscow: Research Institute of Psychiatry, 49 p. (In Russian)
- Vygotskii, L. S. (2005) *Psychology of human development*. Moscow: Meaning: Ehksmo, 1136 p. (In Russian)

- Zabramnaya, S. (1995) *Psycho-pedagogical diagnosis of children's intellectual development*. Moscow: Prosveshcheniye Publ.; Vlodoc Publ., 112 p. (In Russian)
- Zakrepina, A. V. (2014) *Remedial education for children with severe traumatic brain injury in inpatient rehabilitation settings. PhD dissertation (Psychology)*. Moscow, Institute of Clinical and Pedagogical Problems, 184 p. (In Russian)

Сведения об авторах

Кобринa Лариса Михайловна, доктор педагогических наук, профессор, проректор по образовательной деятельности, директор института дефектологического образования и реабилитации Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена.
SPIN-код: 5277-5928, Scopus AuthorID: 57204812565, ResearcherID: D-1521-2018, ORCID: 0000-0002-2019-8603, e-mail: kobrina@mail.ru

Литвиненко Игорь Вячеславович, доктор медицинских наук, профессор, главный невролог Министерства обороны Российской Федерации, начальник кафедры и клиники нервных болезней им. М. И. Аствацатурова Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, главный научный сотрудник научно-образовательного центра института дефектологического образования и реабилитации Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена.
SPIN-код: 6112-2792, Scopus AuthorID: 35734354000, ResearcherID: F-9120-2013, ORCID: 0000-0001-8988-3011, e-mail: litvinenkoiv@rambler.ru

Лосева Снежана Михайловна, кандидат педагогических наук, доцент, доцент кафедры олигофренопедагогики института дефектологического образования и реабилитации РГПУ им. А. И. Герцена, доцент кафедры коррекционной педагогики и коррекционной психологии Ленинградского государственного университета имени А. С. Пушкина.
SPIN-код: 2524-6853, ORCID: 0000-0001-9115-8812, e-mail: karlik_73@mail.ru

Authors

Larisa M. Kobrina, Doctor of Pedagogical Sciences, Professor, Vice-Rector for Educational Activities, Director of the Institute of Defectological Education and Rehabilitation, Herzen State Pedagogical University of Russia.
SPIN: 5277-5928, Scopus AuthorID: 57204812565, ResearcherID: D-1521-2018, ORCID: 0000-0002-2019-8603, e-mail: kobrina@mail.ru

Igor V. Litvinenko, Doctor of Medical Sciences, Professor, Chief Neurologist of the Ministry of Defense of the Russian Federation, Head of the Department and Clinic of Nervous Diseases named after M. I. Astvatsaturov, S. M. Kirov Military Medical Academy, Chief Researcher of the Scientific and Educational Center of the Institute of Defectological Education and Rehabilitation, Herzen State Pedagogical University of Russia.
ResearcherID: F-9120-2013, ORCID: 0000-0001-8988-3011, e-mail: litvinenkoiv@rambler.ru

Snezhana M. Loseva, Candidate of Pedagogical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Oligophrenopedagogy, Institute of Defectological Education and Rehabilitation, Herzen State Pedagogical University of Russia, Associate Professor of the Department of Correctional Pedagogy and Correctional Psychology, Pushkin Leningrad State University.
SPIN: 2524-6853, ORCID: 0000-0001-9115-8812, e-mail: karlik_73@mail.ru