Консультативная психология
и психотерапия
2018. Т. 26. № 2. С. 104—124
doi: 10.17759/cpp.2018260207
ISSN: 2075-3470 (печатный)
ISSN: 2311-9446 (online)
© 2018 ФГБОУ ВО МГППУ

Counseling Psychology and Psychotherapy
2018. Vol. 26, no. 2, pp. 104—124
doi: 10.17759/cpp.2018260207
ISSN: 2075-3470 (print)
ISSN: 2311-9446 (online)
© 2018 Moscow State University
of Psychology & Education

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СОЗНАНИЯ СКВОЗЬ ПРИЗМУ ПСИХОЛОГИИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РАБОТА С РЕБЕНКОМ, ПЕРЕНЕСШИМ ТЯЖЕЛУЮ ТРАВМУ ГОЛОВНОГО МОЗГА

В.И. БЫКОВА*,
НИИ НДХиТ, Москва, Россия,
valentina.bykova.vb@gmail.com

А.Н. ХАРЬКОВСКИЙ**,
НИИ НДХиТ, Москва, Россия,
ark-har@mail.ru

Е.В. ФУФАЕВА***,
НИИ НДХиТ, Москва, Россия,
k.fufaeva@gmail.com

Для цитаты:
Быкова В.И., Харьковский А.Н., Фуфаева Е.В., Лукьянов В.И., Сиднева Ю.Г. Восстановление сознания сквозь призму психологии: психологическая работа с ребенком, перенесшим тяжелую травму головного мозга // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 2. С. 104—124. doi: 10.17759/cpp.2018260207

* *Быкова Валентина Игоревна*, медицинский психолог высшей категории отделения психолого-педагогической помощи, отдел реабилитации, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии департамента здравоохранения (НИИ НДХиТ), Москва, Россия, e-mail: valentina.bykova.vb@gmail.com
** *Харьковский Аркадий Николаевич*, медицинский психолог высшей категории отделения психолого-педагогической помощи, отдел реабилитации, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии департамента здравоохранения (НИИ НДХиТ), Москва, Россия, e-mail: ark-har@mail.ru
*** *Фуфаева Екатерина Валерьевна*, медицинский психолог высшей категории отделения психолого-педагогической помощи, отдел реабилитации, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии департамента здравоохранения (НИИ НДХиТ), Москва, Россия, e-mail: k.fufaeva@gmail.com

В.И. ЛУКЬЯНОВ****,
НИИ НДХиТ, Москва, Россия,
lukianovvaleriy@gmail.com

Ю.Г. СИДНЕВА*****,
НИИ НДХиТ, Москва, Россия,
ygsidneva@gmail.com

Статья посвящена психологической работе с детьми после тяжелых повреждений головного мозга. Представлен метод клинического антропоцентризма, позволяющий не только проводить регулярный «срез» возможностей и определять зоны ближайшего развития пациента на каждом этапе восстановления, но и находить ближайшие и выстраивать долгосрочные задачи психологической реабилитации. Проведен сравнительный анализ восстановления двух детей в сниженном сознании, проходящих реабилитацию с использованием разных методов: клинического антропоцентризма и при стандартном комплексном подходе (психологическое сопровождение семьи, лечебная физкультура, массаж, физиотерапия, фармакотерапия и пр.). Выводы: метод клинического антропоцентризма в работе с ребенком после тяжелого повреждения головного мозга повышает качество и интенсивность его сигналов коммуникации, расширяет возможности движения и поведения.

Ключевые слова: дети, угнетение сознания, глубокие измененные состояния сознания, клинический антропоцентризм.

В последние годы тема сознания и нарушенного сознания после тяжелых повреждений головного мозга стала предметом обширных междисциплинарных обсуждений на стыке медицины, микробиологии, психологии, философии, физики и других наук. Например, в американской литературе такие науки объединены в одну общую группу нейронаук [17].

В практической работе в рамках реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой медицинский психолог включен в работу междисциплинарной команды. Членов команды объединяет общая цель —

**** *Лукьянов Валерий Иванович*, старший научный сотрудник лаборатории новых медицинских технологий, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии департамента здравоохранения (НИИ НДХиТ), Москва, Россия, e-mail: lukianovvaleriy@gmail.com

***** *Сиднева Юлия Геннадьевна*, врач-нейропсихиатр, кандидат медицинских наук, зав. отделения психолого-педагогической помощи, отдел реабилитации, Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения (НИИ НДХиТ), Москва, Россия, e-mail: ygsidneva@gmail.com

восстановление пациента. При этом каждый специалист имеет свой инструментарий оценки, методологические приемы, определяющиеся специальностью.

На сегодняшний день в России нет единого общего, междисциплинарного понимания термина «сознание», а попытки совместного сотрудничества представителей различных наук для создания общего терминологического поля редки и, к сожалению, непродуктивны. Встречи представителей разных специальностей можно охарактеризовать метафорой басни И. Крылова «Лебедь, рак и щука», где каждый имеет претензию на собственное видение, представление и априорность, а собственно диалога не происходит. «Благодаря новым наукам о разуме на нас хлынул поток интересных фактов, но не появилось теоретической конструкции, которая хотя бы в принципе объединяла эти факты в единое целое» [17, с. 3].

Примером несостоятельности попыток одной дисциплины решить данную проблему может быть медицинский подход к восстановлению сознания после тяжелых повреждений головного мозга. Прежде всего, надо отметить, что в медицине нет самого определения понятия «сознание». Из-за отсутствия аналитико-синтетического подхода и поиска закономерностей функционирования сознания явление остается закрытым, вследствие чего оцениваются только его нарушения. И, следовательно, рассмотрение феномена нарушенного сознания, при всем разнообразии исследовательских методов и подходов, происходит в основном в локусе «частичной» диагностики с учетом анатомических и физиологических условий восстановления.

Результатом такой диагностики является то, что для врача нарушенное сознание выступает представительством личностного, а личность пациента сводится к его сознанию. В итоге вывод получается довольно простой: нет сознания — нет личности! А конечная цель восстановительного процесса формулируется как необходимость вернуть пациенту прежний контроль, произвольность и речевой ответ — медицинские критерии наличия сознания. Однако, с точки зрения психологии, приведенные параметры не могут являться определяющими критериями личности, а лишь отдельными ее составляющими.

Таким образом, объективистский подход, при его безусловной важности в медицинской практике и науке, применительно к феномену сознания, пониманию его структуры и закономерностей, крайне узок и фактически недостаточен, а значит, должен быть восполнен психологическим пониманием.

Так, нарушения сознания, определяемые медициной как «угнетенное» или «сниженное», входят в более широкое понятие, в психологической литературе обозначаемое термином «измененные состояния

сознания» (ИСС). В качестве характерного признака измененных состояний сознания выделяют системные изменения связи содержания непосредственных переживаний с реальным миром. То есть при ИСС имеют место искажения представлений о внешней реальности или осознания себя в виде галлюцинаций, иллюзий, складывающиеся в глобальное изменение репрезентаций. О.В. Гордеева выделяет несколько признаков ИСС — расстройство произвольного внимания, изменения перцептивных процессов, усиление образности, изменение схемы тела, расстройство целенаправленного мышления, изменение самосознания и смысловые трансформации [7]. Важно добавить, что в XX в. американский психиатр Арнольд Людвиг отмечал, что характерным признаком измененных состояний сознания, индуцированных физическими, психическими и фармакологическими средствами, является изменение субъективного ощущения течения времени [22].

Психологическое понимание позволяет проводить более тонкую градацию состояний сознания. Так, при тяжелых поражениях головного мозга нужно говорить не вообще об измененных состояниях сознания, генезис которых может быть различен, а именно о *глубоких* измененных состояниях сознания (ГИСС). Признаками ГИСС являются: отсутствие любой целенаправленной активности [11], разрушение восприятия схемы собственного тела и глубокие изменения в перцептивных процессах (игнорирование или сильное искажение чувств от собственного тела), нарушение чувства внешнего времени и внутреннего хронотопа [4], искажение или полное отсутствие произвольного внимания [23].

У пациентов, находящихся в ГИСС отсутствует собственное вербальное самовыражение. А поскольку, согласно Э. Голдбергу, «...язык придает форму нашему познанию, устанавливая некоторые модели мира», и без «этих моделей мир, окружающий нас, был бы огромным калейдоскопом несопоставимых ощущений» [6, с. 113], это позволяет предположить отсутствие у них образности и смыслообразующей функции мышления.

Важно также обратить внимание на то, что у таких пациентов отмечается полный распад всех процессов деятельности на отдельные, не связанные одной единой целью, действия [13], потребности редуцируются до уровня витальных, а какая-либо мотивация практически отсутствует [16]. Пациенты не способны к самонаблюдению как способу познания и «интенциональному отношению к объектам» [19, с. 47].

Отдельно нужно рассмотреть вопрос о личности пациента в глубоком измененном состоянии сознания после повреждения мозга. Глубокие измененные состояния сознания сопровождаются значительным психическим регрессом личности [13]. Личность как бы исчезает из поля зрения другого и, если на месте этого другого оказывается при-

верженец естественнонаучной точки зрения, то за истинную реальность он воспринимает мнимое исчезновение личности больного. Происходит вторичное обезличивание пациента, ложно подтверждающее врачу «объективность и правильность» сформированного у него ранее субъект-объектного подхода, при котором пациент выступает лишь в роли пассивного объекта врачебных манипуляций [1].

В основе психологии как науки — в отличие от медицины — лежит субъект-субъектный подход [12], который позволяет рассматривать работу с пациентом в ГИИС как встречу личности терапевта с пусть измененной и депривированной, но личностью пациента. Важным отличием психологического подхода от медицинского является то обстоятельство, что психология не ставит знак тождества между феноменом сознания и личностью. Сознание занимает только лишь часть личностного пространства, куда еще могут входить бессознательные содержания, мотивы, инстинкты и пр.

Авторы, работая с детьми в угнетенных состояниях сознания после повреждений головного мозга, пришли к необходимости обобщения и анализа накопленного клинического опыта, именно его психологических аспектов — в первую очередь, для понимания механизмов восстановления и развития возможностей пациентов, формирования подходов и методов, формулирования правил и принципов работы. Без данного анализа невозможно ни дальнейшее осознание и развитие, ни передача накопленного опыта.

Анализ психологической работы с детьми в глубоких измененных состояниях сознания позволил сформулировать основной методологический принцип — необходимость переноса акцента на индивидуальные потребности самого ребенка. Для данного подхода мы предлагаем использовать термин «клинический антропоцентризм» (от греч. *άνθρωπος* — человек и лат. *centrum* — центр) в противовес общепринятому сейчас «сомато-центрическому» подходу, ориентированному в первую очередь на естественнонаучные объективистские представления с гуманистическим нигилизмом, где человек выступает лишь как пассивный объект медицинских вмешательств, а количественные методы исследований основаны на усредненных данных по определенной популяции.

Вслед за работами А. Минделла, основоположника процессуально-ориентированного подхода [18], новая концепция метода, направленного на восстановление сознания пациента через подчеркивание его значимости в контакте реабилитационной команды, была предложена еще в 2007 г. в НИИ нейрохирургии имени акад. Н.Н. Бурденко О. Максаковой [14; 15]. К сожалению, тогда концепция не получила своего терминологического обоснования и не была наполнена психологическим содержанием.

В качестве метода психологической работы с больными в сниженном сознании авторы предлагают термин «клинический антропоцентризм», акцентирующий внимание на определении внутренних потребностей пациента, что не отрицает ранее разработанные и апробированные методы нейрореабилитации, но отводит им подчиненное место.

Теоретическое обоснование метода

Коммуникация человека с окружающей средой может рассматриваться как непременное и обязательное условие формирования и становления личности [5]. Говоря об окружающей среде, мы, прежде всего, имеем в виду непосредственные связи ребенка с людьми, находящимися рядом (родителями, взрослыми, сверстниками). Это значимые для ребенка люди, от которых в первую очередь зависит формирование его личности. Они являются посредниками между культурной средой и ребенком, обеспечивая процесс интериоризации элементов опыта, значимых в развитии ребенка. Внешняя (социальная) среда в этом смысле является структурным элементом личности [8].

Эти закономерности сохраняются и должны учитываться в процессе восстановления личности после глубоких повреждений головного мозга. Для любого ребенка, тем более в ситуации тяжелой болезни, очень важна фигура значимого другого [2]. Несмотря на отсутствие у больных детей вербальной коммуникации, грубейшие нарушения движений и телесности в целом, процесс общения с маленькими пациентами продолжается [3]. Это общение, во-первых, обладает качественно иными характеристиками — замедленностью, прерывистостью, неустойчивостью и непостоянством, а во-вторых, отнюдь не является односторонним (только со стороны мамы или специалиста), имеет форму диалога, который перешел из вербальной в невербальную форму. В этом диалоге теряется осознанность и вербальное проявление индивидуальной позиции ребенка, а на первый план выходят ощущения и чувства.

Используя термины аналитической психологии К.Г. Юнга, можно говорить о том, что после тяжелых повреждений головного мозга человеческое сознание погружается в глубинные архаические, «досознательные» пласты [24]. Здесь нет бессознательных содержаний, а только их фрагменты, составные части, из которых впоследствии будут восстанавливаться эти самые содержания бессознательного, а далее и сознания. Личностный уровень сохраняется лишь в виде эмоционально-непосредственных следов, ожидающих своего проявления в поведении.

Дети в таких состояниях не всегда «понимают», чего они действительно в данный момент «хотят». Их потребностные состояния не являются

опредмеченными и не имеют четко направленного вектора, а могут проявляться в виде общего двигательного беспокойства, вегетативных возбуждений, звукового «хаоса» и других поведенческих и эмоциональных реакций. При общении с таким ребенком в качестве *понимающего взрослого* выступает тот, кто откликается на его истинные потребности. С помощью значимого взрослого ребенок начинает опредмечивать сначала свои базовые потребности, а в дальнейшем формировать потребности более высокого уровня. Например, мы можем проследить изменение потребности в социальном общении ребенка. В зависимости от степени депривации его сознания и коммуникативных возможностей меняется принятие ребенком окружающих людей: близких взрослых; других понимающих взрослых, относящихся к ребенку с любовью и находящихся в его ближайшем окружении; маленьких детей до 5 лет; инвалидизированных детей и, наконец, здоровых детей. Дети на стадии минимального сознания абсолютно индифферентны к другим детям (например, соседям по палате или приходящим в палату), но явно оживляются при виде маленьких детей от года до 5 лет — начинают улыбаться, следить глазами за ребенком, стараются протянуть к нему руки, увеличивается их общая двигательная активность и пр. Состояние минимального сознания (*minimally conscious state*) характеризуется следующими поведенческими реакциями: фиксация взора и слежение; выполнение простых команд; жестовый/вербальный ответ «да/нет» вне зависимости от правильности; любые целенаправленные поведенческие проявления (любые движения, эмоциональные реакции в ответ на внешние раздражители) [26].

Если больной ребенок находится уже на стадии интеллектуально-мнестической недостаточности (согласно классификации Доброхотовой—Зайцева) [10], то он даже не делает попытки общения со здоровыми детьми (знакомыми и нет), так как общение с ними его фрустрирует и тяготит. Однако у таких детей возникает искренний интерес к детям с замедленным внутренним ритмом и/или инвалидизированным детям.

Некоторые методические приемы

Конечной точкой восстановления сознания при выходе из глубоких измененных состояний является встреча пациента с непосредственной окружающей его реальностью. Так, одна из методик клинического антропоцентризма, позволяющих объединить три составляющие ситуации (состояние сознания, личность, значимые другие), проходит процесс внутреннего моделирования и воспроизведения для пациента непосредственных реальных жизненных ситуаций, на которые он мог бы откликнуться, используя доступные средства. Например, если во время

занятия отмечено единичное движение руки ребенка, то именно «совместное проживание», продолжение и усиление данного движения, описание его вербально позволяет понять к чему данное движение относилось, что выражало, а также предоставляет поле для повторного воспроизведения в других ситуациях. Это имеет значение, даже если ребенок, в силу своего состояния, реагирует только на бессознательном уровне. «В психологии, — писал Л.С. Выготский, — совершенно законно говорить о психологически сознательном и о психологически бессознательном: бессознательное есть потенциально-сознательное» [5, с. 45]. Данная методика в рамках клинического антропоцентризма не ставит своей задачей отработку правильного и однозначного движения, как это происходит в лечебной физкультуре, а является сначала общим поиском для пациента его особенной неповторимой двигательной карты взаимодействия.

Процесс восстановления сознания после тяжелых травм головного мозга нуждается в постоянном и активном межличностном диалоге больного ребенка не только с близкими и окружающими его людьми, но и со специалистами реабилитации. В психологическом аспекте реабилитационная команда в процессе восстановления больного ребенка должна занимать особое значимое место в его жизни, так как она определяет задачи каждой стадии восстановления, определяя зоны ближайшего развития ребенка [5]. Конечно, в идеале, работа должна выстраиваться с опорой на концепцию возвращения утерянной целостности ребенка. Нейрохирург должен возвращать анатомическую целостность (непосредственные анатомические соответствия) [20], врач-реабилитолог — функциональную целостность, нейропсихиатр — характерологическую (эмоционально-личностную и поведенческую) [21], врач лечебной физкультуры — двигательную, нейропсихолог — когнитивную [23], психолог — мотивационно-личностную и психологическую. Вся команда, если она объединена одним общим смыслом работы, может являть собой образ, собирательную фигуру значимого другого, делегирующую больному ребенку разные стороны его жизни, личности и деятельности. Каждый специалист персонифицирует отдельные черты, функции пациента, подлежащие интеграции и интериоризации пациентом в целостную личностную структуру [14].

Так, например, команда может задать больному ребенку ситуацию «контролируемой опасности» падения для включения его двигательных, телесных возможностей сначала через «совместный танец» с ведением его рук, ног, головы и тела, где движения команды диктуются (или не диктуются) неосознанными минимальными тенденциями самого пациента. В процессе дальнейших движений при возможном по-

вторе самой модели ситуации участие команды в движениях пациента становится менее активным и заметным, происходит постепенное делегирование ребенку движений в его уже самостоятельной реализации. Количество, повторяемость и вариабельность ситуаций будут продиктованы не желанием специалистов команды, а истинными потребностями самого ребенка, его динамическими, телесными и личностными возможностями.

П. Жане утверждал: «Свойства личности — целостность, идентичность, обособленность — происходят от свойств нашего тела» [9, с. 30]. Выше авторы упоминали о внутренней личностной целостности, тесно связанной с целостностью телесной, формирующейся в процессе развития ребенка с младенчества и являющейся своеобразной телесной основой личности. Базовыми элементами этой основы являются чувства позы и равновесия, поэтому восстановление личностного уровня ребенка при угнетении сознания начинается с элементарных базовых составляющих, а задача восстановления в рамках клинического антропоцентризма — создание для ребенка событий соответствующего уровня. Здесь речь идет о событиях двигательных и перцептивных, сопровождаемых вербальными комментариями значимого взрослого.

Следующей частью процесса являются ответы ребенка на происходящие маленькие события — его реакции, выражающие внутренние переживания и чувства. Учитывая эти реакции, взрослый может изменять какие-либо элементы внутри происходящего события. В итоге, мы приходим к диалогу с ребенком в глубоком измененном состоянии сознания. Этот диалог значимого взрослого или нескольких взрослых, выступающих сообща, и ребенка происходит на доступном для него уровне, что является условием трансформации эмоционально-непосредственных смыслов в вербализованные, которые, в свою очередь, влияют на дальнейший процесс самоорганизации ребенка в восстановлении. Таким образом, диалог реабилитационной команды в рамках метода клинического антропоцентризма позволяет увидеть, осознать и вернуть недостающие элементы в мозаике разрушенной или утерянной внутренней целостности ребенка, находящегося в сниженном сознании, отразить их в зеркале команды и при воспоминании, приобретении заново, интериоризировать.

Во время занятий в рамках клинического антропоцентризма ведущим общего процесса может оказаться любой участник — как пациент, как физический терапевт, так и психолог. Вся команда является целостным организмом, «дышит» в едином эмпатическом поле и то, что не может поймать, почувствовать и сформулировать одна часть (пациент), ощущает другая (терапевт, ко-терапевт). Интерпретация интенций и

движений исходит не из мыслительных конструктов команды, так как достаточно велика погрешность собственных проекций, а из направления ведения физического тела пациента и/или его ощущений и чувств. Любое, даже самое малое, неосознанное движение ребенка может при своей амплификации развернуться в большое, направленное, мотивированное движение, инициируя к смысловому взаимодействию ребенка с окружающим его миром.

Метод клинического антропоцентризма, как и любой другой метод, имеет свои ограничения. Для работы в данном методе требуется целый коллектив, объединенной одними смыслами, который существует и двигается как один единый организм. Хорошая работа в данном методе может осуществляться как минимум с помощью двух—трех терапевтов (ко-терапевтов), требуется много рук для адекватного и полного чувствования различных минимальных телесных интенций пациента. При работе не допускаются эгоцентрическая позиция отдельных членов команды или фокусирование на личной, индивидуальной позиции каждого. Также категорически недопустимы разногласия внутри самой команды, только если эти разногласия не продиктованы частью процесса самого пациента (например, направленное раздражение пациента на одного из членов команды и пр.).

Метод

Представлено два клинических случая восстановления детей, находящихся в сниженном сознании. Оба ребенка получили тяжелую черепно-мозговую травму со значимым снижением сознания до 7 баллов по Шкале комы Глазго (ШКГ). В первом случае ребенок проходил стандартное лечение в рамках комплексного подхода. Во втором — применялся метод клинического антропоцентризма.

Результаты восстановления сознания оценивались по трем шкалам (двум медицинским и одной психологической).

1. Медицинские шкалы: Шкала комы Глазго (ШКГ), Шкала Доброхотовой—Зайцева [10].

2. Психологическая шкала оценки коммуникативных возможностей (SCABL n) [25].

В 2014—2015 гг. авторами были предложены шкалы для оценки коммуникативных возможностей детей после тяжелых повреждений головного мозга (SCABL и SCABL n) [3; 25]. Данные шкалы позволяют детально и тонко оценить возможности общения ребенка в сниженном сознании, фиксировать качество и степень проявленности его ответных сигналов в диалоге при взаимодействии с другими.

Первый клинический случай

Мальчик 15 лет упал с электрички. Ребенок поступил в Институт на следующий день после травмы.

Диагноз при поступлении: последствия открытой тяжелой черепно-мозговой травмы. Диффузно-аксональное повреждение III степени (очаги ушиба: правая теменная доля, левые лобная и височная доли). Вдавленный перелом правой теменной кости. Оскольчатый вдавленный перелом правой теменной кости. Смещение срединных структур вправо. Множественные геморрагические ушибы мозгового вещества различной локализации, различных размеров в обоих полушариях головного мозга с зонами отека.

Клинические показатели при поступлении. Значительное снижение сознания после тяжелой травмы головного мозга: уровень сознания (по Доброхотовой—Зайцеву) — вегетативное состояние, ШКГ = 7 баллов, SCABL n = 51 балл — значимое снижение коммуникативной активности ребенка при максимуме по шкале 190 баллов.

Во время госпитализации проводились комплекс необходимых диагностических и лечебных процедур (реанимационных, нейрохирургических, соматических), медикаментозная коррекция. Комплексная реабилитация была направлена на восстановление сознания и двигательных возможностей. В междисциплинарную команду реабилитации входили невролог-реабилитолог, медицинский психолог, нейропсихиатр, педагог-дефектолог, логопед. С мальчиком занимались методисты лечебной физкультуры с использованием пассивных и активных лечебно-физических методов воздействия, массажисты, физиотерапевты. Также проходило психологическое сопровождение родителей ребенка.

В задачи психологического сопровождения входило:

1) информационно-психологическое ведение;

2) введение родителей в контекст болезни сына (этапность основного заболевания, ход реабилитационного процесса);

3) формирование адекватных целей на каждом этапе;

4) коррекция уровня ожиданий.

Результаты восстановления при выписке из стационара (через 30 дней): ШКГ = 7 баллов, что говорит о значительном угнетении сознания. Уровень сознания (по Доброхотовой—Зайцеву) — выход из вегетативного состояния, SCABL n (итоговое) = 83 балла. Дельта SCABL n за все время госпитализации = + 32 балла, т. е. произошло некоторое возрастание возможностей коммуникации ребенка по вегетативным и двигательным сигналам.

При выписке из стационара ребенок лежит в кровати, смотрит на всех с улыбкой, кивает головой. Ответы, которые ребенок дает кивками, не-

адекватны задаваемым вопросам. Ребенок может при прощании махать рукой, но при условии дополнительной инициации со стороны собеседника и по повтору. Мальчик может лежать в неудобной позе, не пытаясь ее изменить, не может показать ухаживающим, что ему неудобно. На протяжении всего дня ребенок лежит, не демонстрируя собственных желаний и не обращая внимания на окружающих, если только не подойти к нему очень близко и не обратиться; потребности в аффилиации у мальчика нет. Чтение книг, просмотр мультфильмов, прослушивание различной музыки у ребенка не вызывает эмоционального отклика. Общее двигательное оживление отмечается только перед принятием еды.

Второй клинический случай

Девочка 12 лет упала с лошади. Поступление в Институт через три месяца после полученной травмы.

Диагноз при поступлении: последствия тяжелой черепно-мозговой травмы в виде внутренней гидроцефалии и кистозно-рубцовых изменений левого полушария с явлениями атрофии. Очаговые изменения, как следствия диффузно-аксонального повреждения III степени (мозолистое тело и средний мозг) и множественных геморрагических ушибов. Слепота вследствие травмы и снижение слуховых возможностей.

Клинические показатели при поступлении: значительное снижение состояния сознания. Уровень сознания (по Доброхотовой—Зайцеву) — гиперкинетический мутизм с негативизмом, ШКГ = 7 баллов, SCABL n = 79 баллов. Ребенок не разговаривал, в контакт вербально и невербально не вступал. Девочка демонстрировала неосознанные, нецеленаправленные, хаотичные движения, не связанные с текущей ситуацией.

В стационаре девочка прошла необходимые диагностические и лечебные процедуры (нейрохирургические, соматические), медикаментозное лечение. Комплекс реабилитационных процедур включал психолого-педагогическую реабилитацию (медицинский психолог, нейропсихиатр, педагог-дефектолог, логопед), двигательную реабилитацию (лечебная физкультура, массаж), физиотерапию.

Было проведено 16 психологических занятий в рамках клинико-антропоцентрического метода.

Цели занятий.

1. Увеличение количества и проявленности сигналов коммуникации. Любой двигательный или вокализованный сигнал ребенка «подхватывался» и аплифицировался терапевтической группой. Была выделена область коммуникативной активности ребенка и определены «зоны ее ближайшего развития».

2. Выстраивание движений и внутренних психических процессов, исходя из интенций самого ребенка. Любые действия команды были продиктованы не пожеланиями ее членов, а потребностями девочки, которые и диктовали цели, задачи занятий.

Результаты восстановления при выписке из стационара (через 30 дней) ШКГ = 10-11 баллов. Увеличение возможностей в открывании глаз и получении двигательного ответа на взаимодействие с другими людьми. Уровень сознания (по Доброхотовой—Зайцеву) — акинетический мутизм с эмоциональными реакциями и частичным пониманием речи. Ребенок перестал демонстрировать хаотическую двигательную активность и лучше отражал текущую ситуацию вокруг себя. SCABL n (итоговое) = 141 балл. Дельта SCABL n за время госпитализации = + 62 балла. Количество и проявленность сигналов коммуникации девочки значительно увеличилось. Сигналы коммуникации стали более предметно направленными. Например, ребенок уже мог отвечать голосом и жестом на вопрос, обращаясь именно к собеседнику. Девочка также могла выказывать предпочтения в еде.

В поведении ребенка появилась собственная инициация, направленная на витальные потребности. Отмечено появление произвольности (удержание ложки, причесывание и пр.). Девочка начала ощупывать предметы и объекты, выполнять эпизодически простые двигательные инструкции. Во время общения специалиста с родителями девочка явно прислушивается к разговору, может спонтанно начать выполнять простые движения — подать руку и пр. Появились эпизодические ответы головой «нет» и «да» на обращение или простые вопросы. Отмечается появление собственных движений, направленных на выход из дискомфортных ситуаций. Ребенок реже занимает позу эмбриона и быстро из нее выходит. Появились предпочтения при общении с другими взрослыми (помимо родителей). Во время занятий лечебной физкультурой девочку можно попросить, уговорить что-либо сделать. Эмоционально ребенок может выражать свои реакции. В большей степени это негативные реакции, но отмечается и появление улыбки.

Прогностически навыки и умения, а также интериоризированные возможности ребенка (реакции в ситуации угрозы и пр.), приобретенные девочкой за время госпитализации, будут ей использованы дома и создадут основу для дальнейшего восстановления.

Сравнительный анализ клинических случаев

Ниже на рисунках представлена поэтапная картина общей динамики восстановления коммуникативных возможностей детей из обеих групп. Проведение оценки SCABL n происходило каждые 2 недели в рамках одной госпитализации и курса реабилитации. Первый этап — первые две

недели госпитализации, второй этап — следующие и третий — заключительные. Масштаб в каждой отдельной диаграмме произвольный и приводится для наглядности картины восстановления.

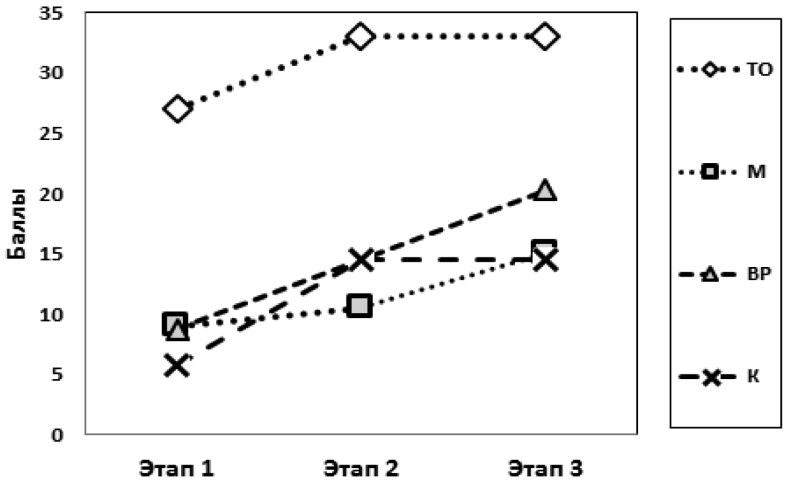

Рис. 1. Динамика по SCABL n у ребенка 1 (в баллах): ТО — телесный ответ, М — мимика, ВР — вегетативные реакции, К — уровень контакта

У мальчика динамика по шкале SCABL n за время госпитализации составила +32 балла (рис. 1). У ребенка не отмечалось восстановление речевых возможностей, но наблюдалась положительная динамика в восстановлении двигательных, мимических и вегетативных реакций. Также состояние ребенка стабилизировалось по двигательным возможностям и контакту с окружающим миром.

У девочки отмечена положительная динамика по категориям «Жесты», «Мимика» и «Двигательные реакции». Динамика по шкале SCABL n за время госпитализации составила +62 балла (рис. 2). За это время с ребенком проходили занятия по методу клинического антропоцентризма. Важным для ребенка оказался второй этап. С этого периода отмечается значительный прирост по категориям «Жесты», «Мимика» и «Телесные ответы». Ко второму этапу восстановления ребенка появляются звуки на обращения и медицинские манипуляции — ответы на непосредственное взаимодействие в различных ситуациях.

Дети были выписаны из стационара с явным улучшением в своем состоянии как по уровню сознания, так и по двигательным возможностям. При использовании метода клинического антропоцентризма отмечается ощутимое возрастание количества коммуникативных возможностей детей, а приобретенные навыки интериоризированы (рис. 3).

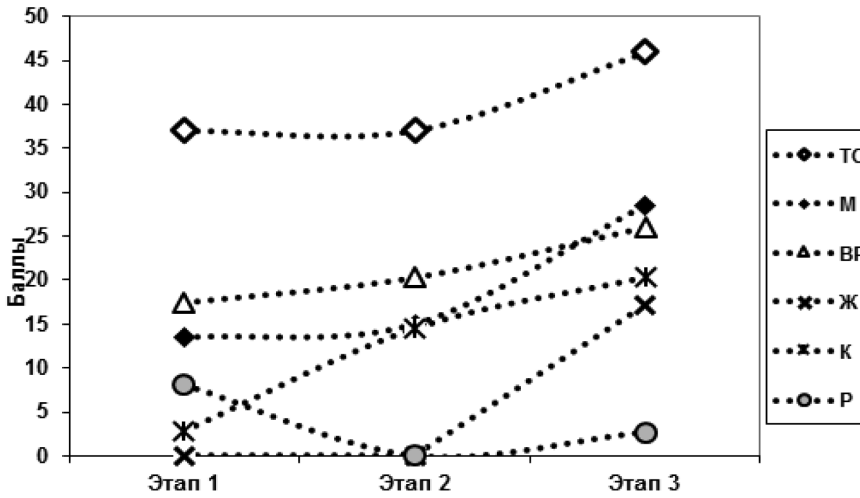

Рис. 2. Динамика по SCABL n у ребенка 2 (в баллах): ТО — телесные ответ, М — мимика, ВР — вегетативные реакции, Ж — жесты и поза, К — уровень контакта, Р — речь, вербалика

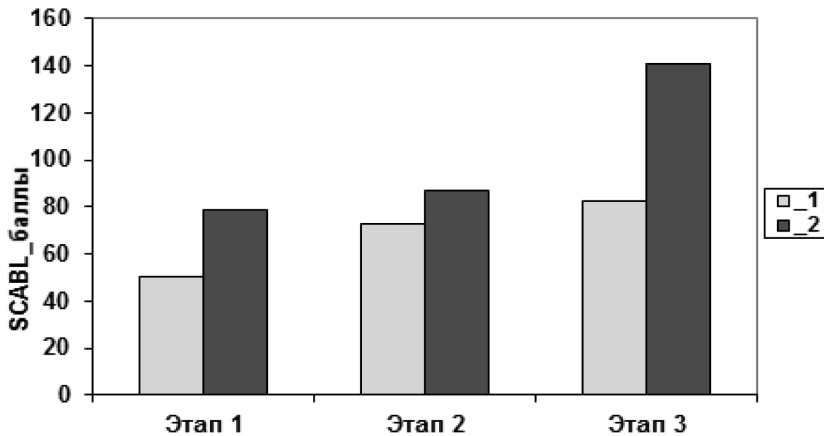

Рис. 3. Сравнительная диаграмма восстановления сигналов коммуникации у мальчика (1) и девочки (2)

Таким образом, можно заключить, что применение метода клинического антропоцентризма в работе с детьми, находящимися в сниженном сознании после тяжелых повреждений головного мозга, не только возможно, но и является необходимым.

Выводы

Приведенные выше клинические примеры позволяют авторам статьи выделить несколько важных моментов методологии клинического антропоцентризма и сформулировать базовые принципы его использования. Процесс восстановления пациентов при угнетении сознания в рамках концепции клинического антропоцентризма определяется не средствами и возможностями реабилитации, а индивидуальными потребностями самого пациента. Именно благодаря принципу индивидуальности можно выстраивать межличностный диалог с ребенком, предоставляя ему не только психологическую поддержку, но и создавая пространство понимания для дальнейшей мотивации развития и восстановления.

В диалоге необходимо обращение к формирующейся (восстанавливающейся) личности ребенка при разрушенной ее целостности после поражения головного мозга.

Не менее значимо определение «зон ближайшего развития» пациента на каждом «временном отрезке» восстановления и при каждой непосредственной встрече с ребенком.

В диалоге с пациентом изменяются акценты использования модальных систем. Происходит смещение акцента диалога из аудиальной и зрительной плоскостей в кинестетическую, с опорой на двигательные и телесные сигналы ребенка. Данное утверждение не предполагает исключение аудиальной и других модальностей из контекста диалога, а выделяет двигательную (телесную) модальность как ведущую. Важно также помнить о необходимости постоянного вербального сопровождения любых действий терапевта(команды) и движений пациента для переведения неосознанных действий в план формирования и осознавания.

Главенствующий принцип работы — «процессуальность, а не ситуативность». В работе с пациентом психотерапевтический процесс и динамика состояния ребенка будут определять дальнейшие действия и задачи всего сеанса.

Из предыдущего следует принцип отсутствия жестких установок и планов. При каждой встрече есть смыслообразующая цель, но средства и методы работы диктуются встречей пациента и команды, внутренним состоянием каждого члена команды, включая пациента.

Проведение любого занятия по методу клинического антропоцентризма проводится терапевтической группой (минимум 2 человека), в которой любой участник диалога, включая больного ребенка, может взять на себя ведущую роль.

Таким образом, клинико-антропоцентрический метод психологической работы опирается на базовые, классические подходы в формировании личности, а также на гуманистические принципы современных тен-

денций в реабилитации — переведения пациента в сниженном сознании из позиции *объекта*, с пассивным участием в восстановительном процессе, в позицию *субъекта* — как важного и активного участника всего процесса собственного восстановления.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Братусь Б.С.* Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 88 с.
2. *Бубер М.* Проблема человека // Два образа веры. М.: Республика, 1995. С. 157—231.
3. *Быкова В.И., Лукьянов В.И., Фуфаева Е.В.* Диалог с пациентом при угнетении сознания после глубоких повреждений головного мозга // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23. № 3. С. 9—31. doi:10.17759/cpp.2015230302
4. *Быкова В.И., Фуфаева Е.В., Львова Е.А., Валиуллина С.А.* Особенности ранней психологической реабилитации при нарушении сознания у детей после ТЧМТ // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2013. № 5. С. 104—110.
5. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений: в 6 т. Т. 3. Проблемы развития психики. М.: Педагогика, 1983. 368 с.
6. *Голдберг Э.* Парадокс мудрости. Научное опровержение «старческого слабоумия»: пер. с англ. М.: Поколение, 2007. 384 с.
7. *Гордеева О.В.* Измененные состояния сознания и культура. Хрестоматия. СПб.: Когито-Центр, 2012. 430 с.
8. *Горянина В.А.* Психология общения. М.: Издательский центр «Академия», 2002. 416 с.
9. *Жане П.* Психологическая эволюция личности: пер. с фр. М.: Академический проект, 2010. 398 с.
10. *Зайцев О.С.* Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы. М.: МЕДпресс-информ, 2011. 336 с.
11. *Закрепина А.В.* Педагогические технологии в комплексной реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. М.: ПАРАДИГМА, 2012. 302 с.
12. Как построить свое «я» / Под ред. В.П. Зинченко. М.: Педагогика, 1991. 136 с.
13. *Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975. 304 с.
14. *Максакова О.А.* Реабилитационная команда — путь к интеграции // Основы частной медицинской реабилитологии и восстановительной неврологии / Под ред. Д.Д. Панкова. М.: Колос. 1997. С. 107—115.
15. *Максакова О.А.* Командная работа как путь к возвращению сознания // Вопросы нейрохирургии. 2014. № 1. С. 57—68.
16. *Маслоу А.* Мотивация и личность: пер. с англ. СПб.: Евразия, 1999. 479 с.
17. *Метцингер Т.* Наука о мозге и миф о своем Я. Тоннель эго: пер. с англ. М: Издательство АСТ, 2017. 413 с.
18. *Минделл А.* Кома: ключ к пробуждению. Самостоятельная работа над собой: Внутренняя работа со сновидящим телом: пер. с англ. М.: АСТ., 2005. 284 с.
19. Психология сознания / Под ред. Л.В. Куликова. СПб.: Питер, 2001. 480 с.

20. *Семенова Ж.Б.* Этапы оказания помощи детям с черепно-мозговой травмой. Задачи нейрохирурга // Неврология и нейрохирургия детского возраста. 2012. № 2—3. С. 105—112.
21. Системный подход в ранней реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. Часть 1. (методические рекомендации № 48). М.: Правительство Москвы Департамент здравоохранения города Москвы, 2014.
22. *Тарт Ч.* Измененные состояния сознания: пер. с англ. М.: Эксмо, 2003. 285 с.
23. *Фуфаева Е.В., Лукьянов В.И., Быкова В.И., Семенова Ж.Б., Валиуллина С.А.* Раннее нейропсихологическое сопровождение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой // Нейрохирургия и неврология детского возраста. 2012. № 4 (34). С. 61—75.
24. *Юнг К.Г.* Очерки по психологии бессознательного: пер. с англ. М.: Когито-Центр, 2010. 352 с.
25. *Bykova V.I., Lukianov V.I., Fufaeva E.V.* Communicative activity of children in the state of suppressed consciousness after severe traumatic brain injury // Acta neuropsychologica. 2014. Vol. 12 (4). P. 417—431.
26. *Laureys S., Tononi G.* The Neurology of Consciousness: Cognitive Neuroscience and Neuropathology. Amsterdam; London: Academic Press, 2009. 423 p.

RECOVERY OF CONSCIOUSNESS THROUGH THE PRISM OF PSYCHOLOGY: PSYCHOLOGICAL WORK WITH CHILDREN AFTER SEVERE BRAIN INJURY

V.I. BYKOVA*,
Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma, Moscow, Russia, v_i_bykova@mail.ru

A.N. HARKOVSKIY**,
Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma, Moscow, Russia, ark-har@mail.ru

For citation:
Bykova V.I., Harkovskiy A.N., Fufaeva E.V., Lukyanov V.I., Sidneva Y.G. Recovery of Consciousness through the Prism of Psychology: Psychological Work with Children after Severe Brain Injury. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [*Counseling Psychology and Psychotherapy*], 2018. Vol. 26, no. 2, pp. 104—124. doi: 10.17759/cpp.2018260207. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Bykova Valentina Igorevna*, Clinical Psychologist of The Highest Category of the Psycho-pedagogical assistance Department of Rehabilitation, Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, e-mail: v_i_bykova@mail.ru
** *Harkovskiy Arkadii Nikolaevich*, Clinical Psychologist of The Highest Category of the Psycho-pedagogical assistance Department of Rehabilitation, Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, e-mail: ark-har@mail.ru

E.V. FUFAEVA***,
Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma, Moscow, Russia, k.fufaeva@gmail.com

V.I. LUKYANOV****,
Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma, Moscow, Russia, lukianovvaleriy@gmail.com;

Y.G. SIDNEVA*****,
Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma, Moscow, Russia, ygsidneva@gmail.com

The paper discusses psychological work with children after severe brain injury. We present the method of clinical anthropocentrism which lets the rehabilitation team sample the patient's capabilities and determine his/her areas of proximal development at each stage of recovery, and also find the nearest and set out long-term tasks of psychological rehabilitation. We present the results of the comparative analysis of the recovery of two children in the state of reduced consciousness who were rehabilitated with the use of different methods: clinical anthropocentrism and standard complex approach (psychological support of the family, therapeutic physical training, massage, physiotherapy, pharmacotherapy, etc.). Conclusions: the method of clinical anthropocentrism used in work with children after severe brain injury raises the quality and intensity of his/her communication signals and expands the potential for movement and behavior.

Keywords: children, depression of consciousness, profound altered states of consciousness, clinical anthropocentrism.

REFERENCES

1. Bratus' B.S. Anomalii lichnosti [Anomalies of personality]. Moscow: Mysl', 1988, 88 p.
2. Buber M. Problema cheloveka [The problem of man]. In *Dva obraza very* [*Two types of faith*]. Moscow: Respublika, 1995, pp. 157—231. (In Russ.).
3. Bykova V.I., Luk'yanov V.I., Fufaeva E.V. Dialog s patsientom pri ugnetenii soznaniya posle glubokikh povrezhdenii golovnogo mozga [Dialogue with the patient

*** *Fufaeva Ekaterina Valer'evna*, Clinical Psychologist of The Highest Category of the Psycho-pedagogical assistance Department of Rehabilitation, Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, e-mail: k.fufaeva@gmail.com
**** *Lukyanov Valerii Ivanovich*, Senior Researcher of the Laboratory of New Medical Technologies, Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, e-mail: lukianovvaleriy@gmail.com
***** *Sidneva Yuliya Gennad'evna*, Doctor, neuropsychiatrist, the candidate of medical Sciences, head of Department of Psycho-pedagogical assistance, Department of Rehabilitation, Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma (CRIEPST), Moscow, Russia, e-mail: ygsidneva@gmail.com

in the suppression of consciousness after deep brain damage]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [*Counseling Psychology and Psychotherapy*], 2015. Vol. 23 (3), pp. 9—31 doi:10.17759/cpp.2015230302. (In Russ., abstr. in Engl.)

4. Bykova V.I., Fufaeva E.V., L'vova E.A., Valiullina S.A. Osobennosti rannei psikhologicheskoi reabilitatsii pri narushenii soznaniya u detei posle TChMT [Features of early psychological rehabilitation in case of impaired consciousness in children after SCI]. *Vestnik nevrologii, psikhiatrii i neirokhirurgii* [*Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*], 2013, no. 5, pp. 104—110.
5. Vygotsky L.S. Sobranie sochinenii: V 6 t. T. 3. Problemy razvitiya psikhiki [Collected Works: in 6 vol. Vol. 3. Problems of development of the mind]. Moscow: Pedagogika, 1983, 368 p.
6. Goldberg E. Paradoks mudrosti. Nauchnoe oproverzhenie "starcheskogo slaboumiya" [The paradox of wisdom: How your mind can grow stronger as your brain grows older]. Moscow: Pokolenie, 2007. 384 p. (In Russ.).
7. Gordeeva O.V. Izmenennye sostoyaniya soznaniya i kul'tura. Khrestomatiya [Altered states of consciousness and culture. Handbook]. Saint Petersburg: Kogito-Tsetr, 2012. 430 p.
8. Goryanina V.A. Psikhologiya obshcheniya [Psychology of communication]. Moscow: Akademiya, 2002. 416 p.
9. Janet P. Psikhologicheskaya evolyutsiya lichnosti [Psychological evolution of personality]. Moscow: Akademicheskii proekt, 2010. 398 p. (In Russ.).
10. Zaitsev O.S. Psikhopatologiya tyazheloi cherepno-mozgovoi travmy [Psychopathology of severe craniocerebral trauma]. Moscow: MEDpress-inform, 2011. 336 p.
11. Zakrepina A.V. Pedagogicheskie tekhnologii v kompleksnoi reabilitatsii detei s tyazheloi cherepno-mozgovoi travmoi [Pedagogical technologies in complex rehabilitation of children with severe craniocerebral trauma]. Moscow: PARADIGMA, 2012. 302 p.
12. Zinchenko V.P. (ed.). Kak postroit' svoe "ya" [How to build your Self]. Moscow: Pedagogika, 1991. 136 p.
13. Leont'ev A.N. Deyatel'nost'. Soznaniye. Lichnost' [Activity. Consciousness. Personality]. Moscow: Politizdat, 1975. 304 p.
14. Maksakova O.A. Reabilitatsionnaya komanda — put' k integratsii [Rehabilitation team as the path to integration] // In Pankova D.D. (ed.) *Osnovy chastnoi meditsinskoi reabilitologii i vosstanovitel'noi nevrologii* [*Fundamentals of private medical rehabilitation and restorative neurology*]. Moscow: Kolos, 1997, pp. 107—115.
15. Maksakova O.A. Komandnaya rabota kak put' k vozvrashcheniyu soznaniya [Teamwork as a way to regain consciousness] // *Voprosy neirokhirurgii* [*Neurosurgery issues*], 2014, no. 1, pp. 57—68.
16. Maslow A. Motivatsiya i lichnost' [Motivation and Personality]. Saint Petersburg.: Evraziya, 1999. 479 p. (In Russ.)
17. Metzinger T. Nauka o mozge i mif o svoem Ya. Tonnel' ego [The Ego Tunnel: The Science of the Mind and the Myth of the Self]. Moscow: AST Publ., 2017. 413 p. (In Russ.).
18. Mindell A. Koma: klyuch k probuzhdeniyu. Samostoyatel'naya rabota nad soboi: Vnutrennyaya rabota so snovidyashchim telom [Coma: the key to awakening.

Working on yourself alone: Inner Dreambody Work]. Moscow: AST Publ., 2005. 284 p. (In Russ.).
19. Kulikov L.V. (ed.). *Psihologiya soznaniya* [*Psychology of consciousness*]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 480 p.
20. Semenova Zh.B. Etapy okazaniya pomoshchi detyam s cherepno-mozgovoi travmoi. Zadachi neirokhirurga [Stages of rendering assistance to children with craniocerebral trauma. Neurosurgeon's tasks]. *Nevrologiya i neirokhirurgiya detskogo vozrasta* [*Neurology and Neurosurgery of Childhood*], 2012, no. 2—3, pp. 105—112.
21. Sistemnyi podkhod v rannei reabilitatsii detei s tyazheloi cherepno-mozgovoi travmoi. Chast' 1. (metodicheskie rekomendatsii no. 48) [A systematic approach in the early rehabilitation of children with severe craniocerebral trauma. Part 1. (methodical recommendations no. 48)]. Moscow: Pravitel'stvo Moskvy Departament zdravookhraneniya goroda Moskvy [Moscow City Government Department of Health of Moscow], 2014.
22. Tart C. Izmenennye sostoyaniya soznaniya [Altered states of consciousness]. Moscow: Eksmo, 2003. 285 p. (In Russ.).
23. Fufaeva E.V., Luk'yanov V.I., Bykova V.I., Semenova Zh.B., Valiullina S.A. Rannee neiropsikhologicheskoe soprovozhdenie detei s tyazheloi cherepno-mozgovoi travmoi [Early neuropsychological support for children with severe craniocerebral trauma]. *Neirokhirurgiya i nevrologiya detskogo vozrasta* [*Neurology and Neurosurgery of Childhood*]. Saint Petersburg: 2012, no. 4 (34), pp. 61—75.
24. Jung K.G. Ocherki po psikhologii bessoznatel'nogo [Essays on the psychology of the unconscious]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2010. 352 p. (In Russ.).
25. Bykova V.I., Lukianov V.I., Fufaeva E.V. Communicative activity of children in the state of suppressed consciousness after severe traumatic brain injury. *Acta neuropsychological*, 2014. Vol. 12 (4), pp. 417—431.
26. Laureys S., Tononi G. The Neurology of Consciousness: Cognitive Neuroscience and Neuropathology. Amsterdam; London: Academic Press, 2009. 423 p.