

На правах рукописи



Быкова Валентина Игоревна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ
В СОСТОЯНИИ СНИЖЕННОГО СОЗНАНИЯ
ПОСЛЕ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА
(РАННИЙ ЭТАП ВОССТАНОВЛЕНИЯ)**

Специальность 19.00.10 – коррекционная психология

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата психологических наук

Москва – 2020

Работа выполнена в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения г.Москвы

Научный руководитель: доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО
Братусь Борис Сергеевич

Официальные оппоненты: **Ткачева Виктория Валентиновна**
доктор психологических наук, профессор, ФГБОУ ВО «Московский педагогический государственный университет» (МПГУ), кафедра олигофренопедагогики и специальной психологии Института детства, профессор кафедры

Зайцев Олег Семенович
доктор медицинских наук, профессор, ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко», кафедра нейронаук, профессор кафедры

Ведущая организация: Институт специального образования и комплексной реабилитации ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет» (МГПУ)

Защита диссертации состоится 22 мая 2020 года в 14:00 на заседании диссертационного совета Д 008.005.01 на базе федерального государственного бюджетного научного учреждения «Институт коррекционной педагогики Российской академии образования» по адресу: 119121, Москва, ул. Погодинская, д. 8, корп. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в ФГБНУ «ИКП РАО» и на официальном сайте Института: <https://ikp-rao.ru/>

Автореферат разослан «__» _____ 2020 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



Ю.И. Жемерикина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования и степень ее разработанности.

В последние годы тема сознания (нарушенного сознания) стала предметом обширных междисциплинарных исследований и обсуждений. Сниженное сознание у пациентов может возникать из-за поражений головного мозга вследствие разных причин: черепно-мозговая травма, постгипоксическое поражение головного мозга, инсульт, новообразования. По федеральному закону «Об образовании» № 273-ФЗ от 2012 г. все дети, включая детей с самыми тяжелыми заболеваниями, нуждаются в психолого-педагогическом сопровождении.

В настоящей работе понятие «сниженное сознание» выводится из дефиниции «сознание» и определяется как совокупность ментальных состояний с качественными модальностями при дефицитарности: самоанализа (рефлексивного сознания, идентификации собственного «Я» и др.), вербальной коммуникации и самовыражения, интенциональности и квалитативности (чувственного опыта) (В.В. Васильев, Э. Гуссерль, Д. Деннет, А.В. Кузнецов, Дж. Серл, Д. Чалмерс, Н. Хамфри и др.).

Особую остроту проблема сниженного сознания приобретает в контексте детского возраста. В период с 2003 по 2012 годы детский травматизм при черепно-мозговой травме (ЧМТ) увеличился примерно на 11% (С.А. Валиуллина, Е.А. Шарова). Из них на долю тяжелых травм мозга у детей приходится 3,8% (А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов; В.П. Непомнящий, Л.Б. Лихтерман, В.В. Ярцев, С.К. Акшулаков и др.).

В работе используется понятие «повреждение головного мозга» как группа нозологических синдромов при гибели или дегенерации клеток головного мозга по внешним и внутренним причинам (А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов; Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и др.). Сюда относятся тяжелые черепно-мозговые травмы, постгипоксическое поражение головного мозга, инсульты.

Современное развитие медицины, медицинских технологий привело к уменьшению летальных исходов после тяжелых повреждений головного мозга, как у взрослых, так и у детей. Вместе с тем, увеличилось количество инвалидизированных пациентов. Например, во всем мире постоянно растет количество пациентов в вегетативном состоянии (Е.А. Кондратьева).

По данным разных авторов у 70% детей, перенесших инсульты, сохраняется стойкий неврологический дефицит (В.П. Зыков, И.Б. Комарова, Л.В. Ушакова;

А.С. Петрухин, М.Ю. Бобылова, С.В. Михайлова; S.P. Raj, N. Zhang, M. W. Kirkwood и др.). У детей, перенесших длительные угнетения сознания, также отмечаются патологические изменения процесса развития и адаптации, трудности социализации (А.В. Закрепина и др.).

Прогноз восстановления после повреждений головного мозга зависит не только от тяжести первичных повреждений и длительности комы, но и от уровня и длительности угнетения сознания, в которое выходит пациент после комы (M. Rappaport, K.M. Hall, H.K. Hopkins et al.).

Долгое время в России дискуссионным оставался вопрос о возможности участия психологов в помощи тяжелым больным в угнетенном сознании. Тем не менее, за последние десятилетия врачи-клиницисты не только стали воспринимать участие психологов в реабилитации пациентов как должный, но и как необходимый процесс (О.А. Максакова, Н.С. Игнатьева, О.С. Зайцев; Ю.Г. Сиднева, С.А. Валиуллина).

В современной специальной психологии в последние годы большое внимание уделяется детям с тяжелыми множественными нарушениями развития (А.В. Закрепина, М.В. Переверзева, О.В. Шохова и др.). Дети после тяжелых повреждений головного мозга, повлекших за собой длительные сниженные состояния сознания, могут рассматриваться как группа с наивысшей степенью выраженности множественных тяжелых нарушений развития.

Собственно психологических исследований в работе с больными, находящимися в состояниях сниженного сознания, относительно немного (А. Минделл; О.А. Максакова; О.А. Максакова, Н.С. Игнатьева, О.С. Зайцев). В основном данные исследования носят описательный характер, не рассматривая разнообразные проявления психологических особенностей, и относятся в большей степени к взрослой популяции, тогда как описание случаев психологической работы именно с детьми встречается крайне редко (А.С. Буслаева, Н.В. Инина, Р. Кроссли, А. Минделл).

Существует целый ряд психологических работ, описывающих возможности коммуникации у детей при разных нарушениях психического развития. Так, можно отметить работы, посвященные общению детей при расстройствах аутистического спектра (О.С. Никольская; О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг; В.В. Ткачева, И.Ю. Левченко и др.), при детском церебральном параличе (И.Ю. Левченко и др.), при задержке психического и речевого развития (Е.Е. Дмитриева, Л.С. Медникова и др.), органических поражениях (А.Г. Шкурпат, А.Н. Харьковский и др.). Нельзя не назвать работы российской

психологической школы, освещающие проблемы общения в семьях при болезни, угрожающей жизни ребенка (М.С Ртищева, С.Б. Лазуренко и др.) и в семьях с особым развитием ребенка (Т.Н. Бразгун, И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева и др.). Однако, к сожалению, практически отсутствуют психологические работы, посвященные возможностям коммуникации детей в состояниях сниженного сознания после тяжелых повреждений головного мозга.

Цель исследования: на основе разработанного автором диагностического инструментария [Шкала коммуникативной активности (Scale of Communication Activity – Вукова, Лукьянов (SCABL)] выявить круг специфических особенностей и динамику коммуникативных процессов у детей, находящихся в состоянии сниженного сознания после повреждений головного мозга на ранних этапах восстановления.

Объект исследования: психологические особенности поведенческой, познавательной, мотивационно-эмоциональной сфер у детей, находящихся в сниженном сознании после повреждений головного мозга.

Предмет исследования: специфические особенности и динамика коммуникативных процессов у детей в сниженных состояниях сознания на ранних этапах восстановления после повреждений головного мозга.

Гипотезы исследования:

1. При всех наблюдаемых уровнях состояний сниженного сознания можно выявить способность ребенка к взаимодействию с окружающими людьми.

2. На всех уровнях состояний сниженного сознания возможно использование произвольных реакций ребенка как психологических средств организации и восстановления коммуникации с взрослым.

3. Оценка динамики процесса коммуникации ребенка может выступать существенным фактором прогноза его восстановления.

В соответствии с целью и гипотезами определены **задачи исследования:**

– проанализировать проблему соотношения понятий «сознание – сниженное сознание»;

– систематизировать феноменологические данные об эмпирическом многообразии проявлений поведенческих, мотивационных, эмоциональных и личностных особенностях детей в состояниях сниженного сознания;

– разработать психодиагностический инструментарий для определения качественного своеобразия общения детей на разных этапах процесса восстановления сознания;

- провести эмпирическую проверку разработанного диагностического метода на разных группах детей с повреждениями головного мозга;
- выявить и описать специфические типы процесса восстановления общения у детей в зависимости от тяжести повреждений головного мозга;
- разработать рекомендации к применению шкалы коммуникативной активности [Scale of Communication Activity – Vykova, Lukyanov (SCABL)] для диагностики возможностей общения детей данной категории.

Научная новизна исследования

В работе расширены границы представлений о дефиниции сниженного сознания через обобщение знаний различных областей (психологии, философии, медицины).

Впервые описаны психологические феномены сниженного сознания и выявлена их динамика. Тем самым создаются предпосылки расширения научного и практического поля специальной психологии: *дети в состояниях сниженного сознания после повреждений головного мозга*.

Впервые разработан новый психодиагностический метод [Шкала коммуникативной активности (Scale of Communication Activity – Vykova, Lukyanov (SCABL)], позволяющий выявить систему многообразных критериев оценки коммуникативных процессов у детей в состояниях сниженного сознания.

Теоретическая значимость исследования

Результаты проведенного исследования коммуникативных возможностей детей в сниженных состояниях сознания после повреждений головного мозга обнаруживают новые данные, дополняющие теоретические представления о феноменах психической жизни и механизмах их формирования в условиях нарушенного онтогенеза.

Проведенное исследование позволило выявить у детей с различными повреждениями головного мозга значимые различия в восстановлении способностей к общению, что может помочь в прогнозе дальнейшего их восстановления как психологам, так и врачам.

Теоретически обоснован и эмпирически подтвержден факт общения больного ребенка в состоянии сниженного сознания с окружающим его миром. В противовес сложившемуся представлению об отсутствии у больных, находящихся в сниженном сознании, способности к взаимодействию с окружающими людьми, в настоящей работе, в опоре на экзистенциально-гуманистическую парадигму (Б.С. Братусь, А. Ленгле, В. Франкл), утверждается возможность общения детей в таких состояниях.

Исследование опирается на положения культурно-исторической теории развития Л.С. Выготского. Положения о важности и необходимости социального взаимодействия в онтогенезе приложимы и к ситуации восстановления психических функций у детей после тяжелых повреждений головного мозга. Социальное и психологическое взаимодействие наряду с другими факторами влияет на эффективность реабилитации ребенка, в частности, уменьшая время восстановительного периода.

Практическая значимость исследования

Шкала коммуникативной активности [Scale of Communication Activity – Вукова, Лукуанов (SCABL)] может использоваться как психологический диагностический инструмент для оценки возможного контакта у детей, находящихся в сниженных состояниях сознания после повреждений головного мозга. Сигналами коммуникации являются, прежде всего, минимальные телесные, вегетативные, мимические и другие проявления ребенка в сниженном сознании в ответ на эмоциональное и поддерживающее взаимодействие с ним.

Шкала SCABL может позволить выявить доступный для ребенка уровень общения для дальнейшего нахождения наиболее адекватных и эффективных форм взаимодействия. Благодаря участию психолога на каждом этапе восстановления ребенка, родители, включаясь в психологический контекст болезни, могут начать замечать не только реальные возможности ребенка (двигательные, телесные, вегетативные и пр.), но и зоны его ближайшего восстановления.

Данная методика может использоваться как инструмент, фиксирующий динамику восстановления возможностей общения детей в длительных сниженных состояниях сознания, что помогает подробно и тонко оценить уровень угнетения их сознания. Результаты могут использоваться врачами для более точной и подробной диагностики уровня угнетения сознания детей, начиная уже с ранних этапов восстановления после повреждений головного мозга.

Шкала позволяет увидеть разные профили восстановления сигналов коммуникации у детей в зависимости от тяжести повреждений головного мозга. Определение характера восстановления общения у детей в состояниях сниженного сознания может помочь прогнозировать дальнейший ход его восстановления.

Предлагаемый диагностический метод воспроизводим и повторяем. Он может применяться на практике всеми психологами, работающими с детьми в состояниях сниженного сознания.

Теоретико-методологическую основу исследования составили:

- психологический подход к анализу психического развития в онтогенезе и основные положения культурно-исторической теории Л.С. Выготского;
- базовые положения феноменологического подхода в экзистенциально-гуманистической психологии (А. Ленгле, В. Франкл);
- гуманистическая концепция уровней психического здоровья (Б.С. Братусь);
- концепции «современной философии сознания» (В.В. Васильев, Д. Деннет, А.В. Кузнецов, Дж. Серл, Д. Чалмерс, Н. Хамфри и др.);
- концепции бессознательного (П. Жане, Г. Лейбниц, З. Фрейд, К.Г. Юнг) и теоретические основы процессуально-ориентированного подхода к психотерапевтической практике (О.А. Максакова, А. Минделл);
- концепция измененных состояний сознания в общей психологии (О.В. Гордеева, А. Людвиг, В.Ф. Петренко, А. Ревонсуо, Ч. Тарт);
- концепция роли общения в специальной психологии (Т.Н. Бразгун, Т.Н. Волковская, Е.Е. Дмитриева, А.В. Закрепина, А.В. Запорожец, М.И. Лисина, В.В. Ткачева);
- современные представления специальной психологии о психолого-педагогическом сопровождении детей с тяжелыми множественными нарушениями развития (А.С. Буслаева, А.Л. Венгер, С.Б. Лазуренко, И.Ю. Левченко и др.);
- концепция уровней психической активности у пациентов при выходе из комы после повреждений головного мозга (Т.А. Доброхотова, О.С. Зайцев).

Методы исследования

Сбор теоретических данных по проблеме исследования и анализ литературных источников; обзорное исследование, включающее динамическое наблюдение; диагностическое исследование коммуникативных возможностей; количественный и качественный анализ полученных в исследовании результатов с применением статистико-математических методов.

Организация исследования

Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Научно-исследовательский институт неотложной детской хирургии и травматологии» Департамента здравоохранения г. Москвы (НИИ НДХ и Т ДЗ г. Москвы) 2014-2018 гг.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Психодиагностическая шкала SCABL позволяет учитывать значимо большее количество сигналов коммуникации (104), чем другие шкалы, используемые в мировой клинической практике, не противоречит им, но позволяет

расширить и дополнить общую палитру результатов. Данная шкала применима к детям с разной степенью угнетения сознания – от «вегетативного состояния» до «спутанности», как с вербальными возможностями, так и без них.

2. Наиболее значимыми в коммуникативной активности детей с нарушенным сознанием являются телесные ответы и вегетативные реакции, которые в процессе восстановления появляются раньше прочих. При появлении речи после повреждений головного мозга происходит временная остановка (2 недели) по приросту остальных каналов коммуникации.

3. Имеют место значимые различия в профиле восстановления коммуникативных систем в двух группах детей с длительными нарушениями сознания после повреждений головного мозга.

Достоверность и обоснованность результатов

Достоверность и обоснованность результатов обеспечивается применением научно-обоснованного комплекса методов, соответствующих содержанию задач исследования; репрезентативностью выборки участников исследования; результатами эксперимента; аналитико-преобразующим методом анализа полученных результатов; результатами опытно-экспериментальной проверки гипотезы.

Внедрение полученных результатов

Результаты исследования использовались в практической деятельности клинического психолога в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы (2014-2019); нашли отражение в содержании цикла повышения квалификации: «Психолого-педагогическая реабилитация детей с нейротравмой и нейрохирургической патологией в ранний период восстановления» в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы (2016, 2017, 2018, 2019); в лекциях курса «Психология личности» и практических занятиях для магистрантов РПУ св. Иоанна Богослова г. Москва (2019); в учебно-образовательном процессе факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова – по курсам «Аномалии личности» и «Проблемы человека в психологии».

Апробация результатов исследования осуществлялась на научно-практических мероприятиях:

– международного уровня: II Pediatric Acquired Brain Injury (Rome, Italy, 2017), Конференция «Реабилитация» (Израиль, Тель-Авив, 2017); 8 World NeuroRehabilitation Congress (Турция, Стамбул, 2014), Международные конференции (Санкт-Петербург, 2014, Москва, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019; Казань, 2014, 2017); Всероссийский съезд нейрохирургов (Санкт-

Петербург, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018); Нейрореабилитация (Москва, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018); Съезд педиатров России «Актуальные вопросы педиатрии» (Москва, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018).

– общероссийского уровня: Российский конгресс с международным участием «Физическая и реабилитационная медицина» (Москва, 2016, 2017, 2018), ежегодная научно-практическая философская конференция (Москва, 2018, 2019), Российский междисциплинарный семинар по темпорологии им. А.П. Левича (Москва, 2019).

Результаты исследований обсуждались на психологических семинарах: «Зимняя межвузовская психологическая школа» (Дубна, 2018, 2019); «Психологический контекст восстановления детей, находящихся в сниженных состояниях сознания после повреждений головного мозга» в Первой градской больнице им. Н.И. Пирогова; на психологическом семинаре в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой (Москва, 2017), а также на заседаниях проблемной комиссии Института коррекционной психологии РАО (Москва, 2019, 2020).

Публикации

Основные результаты исследования изложены в 28 публикациях. Из них 5 публикаций в изданиях, включенных в международные базы цитирования Web of Science и Scopus, 18 статей напечатано в журналах, входящих в перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, 19 статей, индексируемых в РИНЦ, 6 публикаций в книгах и сборниках статей, 1 государственный патент.

Структура диссертации. Общий объем диссертации 126 страниц, включая 10 рисунков, 3 таблицы, 4 приложения и библиографический список (193 наименования, из них 15 источников на английском языке).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении раскрываются актуальность темы, обосновываются ее научная новизна и задается проблематика. Освещается вопрос теоретической и практической значимости психологической работы в сопровождении детей на ранних этапах восстановления после тяжелых повреждений головного мозга, отражаются методологические основы, формулируются цель, задачи и гипотезы исследования, определяются объект, предмет, методы и положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Теоретические основы изучения феномена сознания» приведены несколько параграфов.

Параграф 1.1. *«Теоретические подходы к исследованию сознания в разных областях знаний»* посвящен анализу литературы по определению понятия сознание. В параграфе показано, что данным вопросом занимаются разные науки – психология, педагогика, физика и математика, философия, медицина.

В психологии тема сознания является одной из центральных (Ф. Brentano, В. Вунд, У. Джеймс, Э. Титченер и др.). Весомый вклад в изучение сознания внесли культурно-историческая теория Л.С. Выготского, теория формирования высших корковых функций А.Р. Лурии, категориальный анализа сознания А.Н. Леонтьева, а также исследования их учеников и последователей: П.Я. Гальперина, Б.В. Зейгарник, А.В. Запорожца, В.П. Зинченко, А.Г. Асмолова, В.Ф. Петренко, Ф.Е. Василюка, Б.М. Величковского, Б.С. Братуся, В.Б. Хозиева, В.М. Аллахвердова и многих других.

Фундаментальными для понимания проблемы сознания остаются работы философов, начиная с постановки психофизической проблемы Рене Декартом. Современная философия сознания опирается не только на рассуждения и мыслительный эксперимент, но и на данные когнитивных исследований (В.В. Васильев, Д. Деннет, Д.И. Дубровский, А.В. Кузнецов, П. Пинкер, С. Прист, Г. Райл, Дж. Серл, Н. Хамфри, Д. Чалмерс и др.).

Обобщая существующие в философии и психологии подходы, можно рассматривать сознание как совокупность ментальных состояний, обладающую качественными характеристиками или модальностями. Среди них можно выделить: непротяженность (Р. Декарт), качественность (Дж. Серл, Н. Хамфри, Д. Чалмерс и др.), безошибочность (В. Вунд, Э. Титченер и др.), эмергентность (Дж. Исмаэль, Дж. Массер и др.), приватность (Д. Чалмерс и др.), простоту (У. Джеймс и др.), невыразимость (Д. Деннет и др.), интенциональность (Ф. Brentano, Э. Гуссерль и др.), речь (М.М. Бахтин, Л. Витгенштейн, Л.С. Выготский, В. Гумбольдт, А.А. Леонтьев, Ч.С. Пирс и др.) и другие характеристики.

Такой подход в отличие от многих других расширяет зону поиска новых индикаторов сознания после тяжелых повреждений головного мозга и задает пространство координат, которое может помочь адекватно интерпретировать получаемые опытные данные, объединять знания различных наук в одно смысловое поле.

В параграфе 1.2 *«Понятие «сниженное сознание»* освещен вопрос о сниженном или угнетенном сознании после тяжелых повреждений головного мозга. Медицина, занимаясь восстановлением сознания у пациентов после

повреждений головного мозга, не определяет сам термин «сознание», но наполняет содержанием понятие «сниженное» или «угнетенное» сознание.

Для определения уровня сознания в клинической практике существуют различные методики и инструментальные шкалы (А.Н. Белова, L. Robyn, A. Tate; J.T. Giacino, K. Kalmar, J. Whyte и др.).

С появлением нейровизуализационных (объективных) методов диагностики появилось больше работ нейробиологов, неврологов и нейропсихологов, посвященных работе головного мозга после травм (Е.А. Кондратьева; F. Brown, K. Whittingham, R. Boyd; A. Owen; E. Mélotte, A. Maudoux, S. Laureys и др.).

Отдельно в параграфе выделяются работы по феноменологическому описанию синдромальных уровней угнетения сознания с их классификацией, сделанные в 90-х годах Российской нейропсихиатрической школой Института нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко – Шкала синдромальных уровней угнетения сознания (Т.А. Доброхотова, О.С. Зайцев).

Нарушения сознания, определяемые в медицинской терминологии как «угнетенное» или «сниженное», в психологической литературе входят в более широкое понятие – «измененные состояния сознания» (Р. Антти, О.В. Гордеева, А. Людвиг, В.Ф. Петренко, В.А. Петровский, Ч. Тарт). Однако при церебральных травмах речь идет не вообще об «измененных состояниях сознания» различного генеза, а о «глубоких или длительных измененных состояниях», характеризующихся не только большей протяженностью по времени, но и глубиной невключенности пациента в окружающий его мир. Признаками таких состояний являются: отсутствие целенаправленной активности, разрушение восприятия схемы собственного тела, глубокие изменения в перцептивных процессах (искажение чувств от тела, игнорирование его частей), нарушение чувства и восприятия времени (О.А. Максакова, В.И. Лукьянов; Т.Д. Марцинковская, Т.Н. Муладжанова, В.В. Николаева и др.), искажение или полное отсутствие произвольного внимания (Ю.В. Микадзе, М. Пахальска, Е.В. Фуфаева и др.), отсутствие или изменение вербальных возможностей (А.В. Закрепина и др.).

Сниженное сознание в психологическом контексте также может определяться и в терминах теорий Бессознательного (П. Жане П., Г. Лейбниц, З. Фрейд, К.Г. Юнг). Однако важно учитывать, что теории бессознательного П. Жане, З. Фрейда и К.Г. Юнга базировались на наблюдениях за пациентами при относительно сохранных коммуникативных возможностях. После повреждений головного мозга при угнетении сознания могут отсутствовать вербальное

самовыражение, контроль над своими действиями, произвольность, возникают значительные (а иногда и тотальные) сложности установления контакта с окружающим миром.

Нарушение человеческой целостности после тяжелых травм головного мозга проявляется как в телесной деформации (нарушение схемы тела, парезы и др.), так и в регрессе личностной структуры до уровня индивида; личность (и тем более индивидуальность) исчезают из поля диалогичности (М.М. Бахтин, М. Бубер и др.); нет бессознательных содержаний, транслируемых самими пациентами. Для определения таких проявлений можно использовать термин К.Г. Юнга – «досознательное».

В специальной психологии вопрос сниженного сознания у детей входит в круг проблем изучения при множественных нарушениях развития (А.В. Закрепина, Н.Н. Павлова и др.)

Данный параграф подводит к пониманию термина «сниженное сознание», согласующегося с современной философией сознания. Сниженное сознание выступает суммой или совокупностью различных ментальных состояний с качественными характеристиками при дефицитности: самоанализа (рефлексивного сознания, идентификации собственного «Я» и пр.), вербальной коммуникации и самовыражения, семантически референтной интенциональности, квалитативности (qualia).

Вторая глава *«Психологические характеристики сниженного сознания у детей после повреждений головного мозга»* содержит три параграфа.

В первом параграфе *«Психологические особенности сниженного сознания у детей после церебральной травмы»* описано соотношение травматической болезни головного мозга и онтогенетического развития ребенка, приведены различные психологические феномены, описывающие свойства его личности. Например, процесс деятельности у детей в состояниях сниженного сознания распадается на отдельные действия, не связанные одним единым мотивом (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн). Видимые изменения в поведении ребенка и в отношениях внутри его семьи свидетельствуют о значительном психическом регрессе личности ребенка до уровня индивида (А.Г. Асмолов, Д.Б. Эльконин и др.) и снижении психологического возраста (М.В. Браткова, А.В. Закрепина). При феноменологическом анализе изменения эмоций в процессе восстановления сознания наблюдается выстраивание пути от собственных, сперва искаженных, элементарных ощущений от тела до осознанного чувственного опыта (В.К. Виллюнас, Дж. Гибсон).

Во втором параграфе главы II *«Динамика восстановления сознания у детей после повреждений головного мозга»* подробно рассматриваются психологический феномен потребностей (С.Б. Каверин, К. Левин) и мотивации (Л.И. Анциферова, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, А. Маслоу, Е.Д. Хомская), а также восстановление личности ребенка в социальном взаимодействии (Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, Д.Б. Эльконин) до формирования собственной внутренней интенциональности, как фундаментального качества сознания (Ф. Brentano, Э. Гуссерль).

Параграф 2.3. *«Нарушения коммуникативных процессов у детей в состояниях сниженного сознания»* посвящен определению понятия общения и описанию его специфики у детей, находящихся в состояниях сниженного сознания на ранних этапах восстановления после повреждений головного мозга.

В работе понятие общения определяется как «взаимодействие двух (или более) людей, направленное на согласование и объединение их усилий с целью налаживания отношений и достижения общего результата» (М.И. Лисина). Общение является не только способностью человека, повышающей его возможности адаптации к условиям окружающей среды (В.А. Дубынин, П.В. Симонов и др.), но и непременным условием развития личности (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, М. Томаселло и др.). Разные исследования показывают, что накопление индивидуального опыта через общение приводит к значительным изменениям даже в химической структуре головного мозга (Х. Дельгадо и др.).

В специальной психологии тема общения разрабатывалась такими учеными, как М.И. Лисина, Е.Е. Дмитриева, Т.Н. Волковская, В.В. Ткачева.

После тяжелых повреждений головного мозга при угнетении сознания общение в аспектах обмена действиями и социальной перцепции видоизменяется, количество сигналов коммуникации резко падает и не только за счет отсутствия речи, но из-за сокращения количества и интенсивности невербальных сигналов-маркеров. Общение из вербального локуса переходит в невербальный, имеет качественно иные характеристики: прерывистость, непостоянство, в общении теряются направленность и глубинные смыслы.

В третьей главе *«Психологическая диагностика коммуникативных процессов у детей в сниженном сознании»* представлены организация и дизайн эмпирического исследования, а также содержание и методика исследования коммуникативной сферы у детей в состояниях сниженного сознания после церебральных травм на ранних этапах восстановления.

В экспериментальную группу вошли 28 детей с тяжелыми повреждениями головного мозга (тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ), постгипоксическое поражение головного мозга и разрыв артериовенозных мальформаций). Все дети (18 мальчиков и 10 девочек) находились в состояниях сниженного сознания. Средний возраст по выборке составил – 12 ± 4 года.

В первом параграфе «**Описание диагностического метода**» приводится концепция диагностического инструментария для определения возможностей общения детей после повреждений головного мозга, которая строится на сентенции А. Минделла о одновременной трансляции каждым участником при акте коммуникации до 300 сигналов-маркеров (А. Минделл).

Эксперимент осуществлялся в течение 2014-2018 гг. на базе Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы (НИИ НДХ и Т ДЗ г. Москвы).

Исследование проводилось на ранних этапах восстановления у детей после церебральных травм в госпитальных условиях. В связи с тем, что тяжелые повреждения головного мозга являются первазивными и на ранних этапах травматической болезни полностью «зачеркивают» развитие ребенка до болезни, то в исследовании умышленно не проводился анализ влияния особенностей онтогенетического развития на восстановительный процесс. Оценка преморбидных особенностей и их роли в восстановительном процессе становится актуальной и возможной на более поздних этапах восстановления сознания ребенка.

Как показал клинический опыт, зависимость возможностей восстановления сознания от возраста детей не носит определяющего характера. Это позволило в ходе исследования сформировать разновозрастные группы, удовлетворяющие требованиям статистической достоверности. В дальнейшем, по мере накопления статистических данных, характер возможной возрастной зависимости может и должен быть исследован дополнительно.

Шкала коммуникативной активности – Быкова, Лукьянов [Scale of Communication Activity – Bykova, Lukjanov (SCABL)] разработана и апробирована на группе детей, находящихся в состояниях сниженного сознания (вегетативное состояние, мутизм органического генеза) после тяжелых повреждений головного мозга.

Данные, полученные по шкале SCABL, сравнивались с данными по следующим шкалам: оценка когнитивных возможностей после повреждений головного мозга Rancho Los Amigos Medical Center Level of Cognitive Functioning

(RLAS-LCF-R) (L. Robyn, A. Tate); Шкала комы Глазго (ШКГ (GCS)) (Белова А.Н.); Шкала синдромальной оценки уровней угнетения сознания Доброхотовой-Зайцева (Т.А. Доброхотова, О.С. Зайцев).

В методике приведено 104 утверждения, заполняемые психологом после общения с ребенком. Ограниченное число фиксированных сигналов-маркеров обусловлено отсутствием или только начальным появлением у детей в состояниях сниженного сознания собственной вербальной активности. Каждый отдельный ответ ребенка в контакте с психологом оценивается по 3-х балльной шкале, в зависимости от его наличия, проявленности и регулярности.

Шкала SCABL учитывает как невербальные сигналы ребенка, так и начальное появление его вербальных ответов. Все сигналы подразделены на несколько категорий: телесные сигналы, вегетативные ответы, мимика, жесты и поза, контакт с окружающим миром, речь.

Исследуемая группа представлена 28 детьми в возрасте от 3 до 16 лет с тяжелыми повреждениями головного мозга. Из них 18 мальчиков и 10 девочек. Все дети находились в состояниях сниженного сознания (вегетативное состояние, акинетический и гиперкинетический мутизм). В данную выборку не вошли дети, находящиеся в состоянии комы.

На ранних этапах реабилитации, на протяжении первых 6 месяцев после травмы, с периодичностью 2 недели (14 дней) с каждым ребенком было проведено от 3-х до 5-ти исследований.

Полученные данные обрабатывались методами непараметрической статистики с помощью программы Statistica v.6. По результатам заполнения бланка опросника вычислялась общая сумма баллов по шкале SCABL и суммы по каждой отдельной коммуникативной субшкале (телесные ответы, вегетативные реакции, жесты, мимика, уровень контакта, речь). Чем выше сумма баллов при заполнении, тем более высокий уровень сознания можно диагностировать. Максимальная абсолютная сумма баллов по шкале – 208 баллов.

Для сравнения разнозначимых субшкал расчет производился по формуле, приведенной ниже (ТО – телесные ответы, М – мимика, ВР – вегетативные реакции, Ж – жесты, К – уровень контакта, Р – речь).

$$1 \cdot TO + 1,5 \cdot M + 2,9 \cdot BP + 4,3 \cdot Ж + 2,9 \cdot K + 2,7 \cdot P = SCABL$$

При анализе результатов по динамике и степени восстановления сознания у детей в первые шесть месяцев после повреждений мозга были выделены две

группы. Группа «А» – тяжелые дети (17 человек), у которых в первые шесть месяцев после травмы сознание не восстановилось до «ясного». Группа «В» (11 человек) – дети, у которых в первые шесть месяцев сознание до «ясного» восстановилось.

Распределение по выборке приведено в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение по выборке

Группы	«А»	«В»
1	2	3
Нозология	ТЧМТ, постгипоксическое поражение головного мозга, разрыв мальформации.	ТЧМТ
Восстановление сознания	Стадия спутанности. Неадекватность поведения и восприятия, а также эмоциональных реакций. Максимальный уровень зависимости. Требуется максимально большой объем помощи.	Автоматизм. Адекватность поведения, восприятия, эмоциональных реакций. Практически полная самостоятельность. Небольшой объем помощи в повседневной жизни.
RLAS (RLAS-LCF-R)	V этап	VII этап
Возраст (года)	сред = 11 ±4,5	сред = 13,5±2,5
Количество детей	17 детей	11 детей

Во втором параграфе «Доказательность, непротиворечивость и соотносимость шкалы SCABL» сравнивались результаты, полученные по шкале SCABL, с результатами по шкалам: ШКГ (GCS), Rancho Los Amigos Medical Center Level of Cognitive Functioning (RLAS) и шкалой уровней психической активности Доброхотовой-Зайцева.

Непротиворечивость и сочетанность шкал ШКГ (GCS) и SCABL проверялись по динамике средних значений в двух группах, как показано на рисунках 1 и 2.

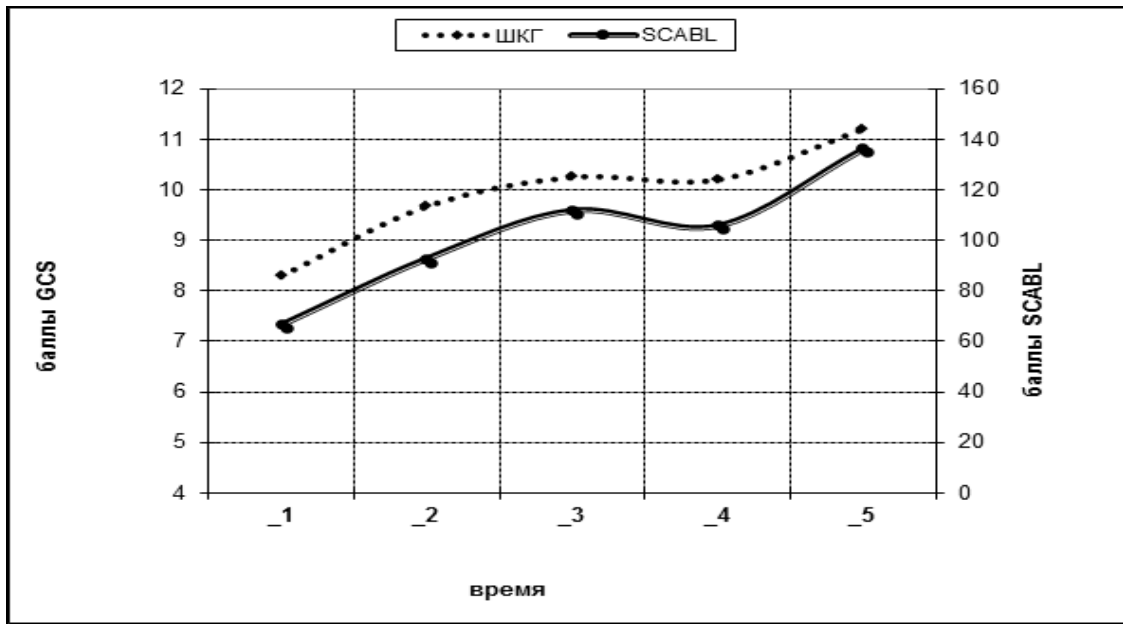


Рис. 1. Динамика изменений средних значений ШКГ и SCABL для группы «А»

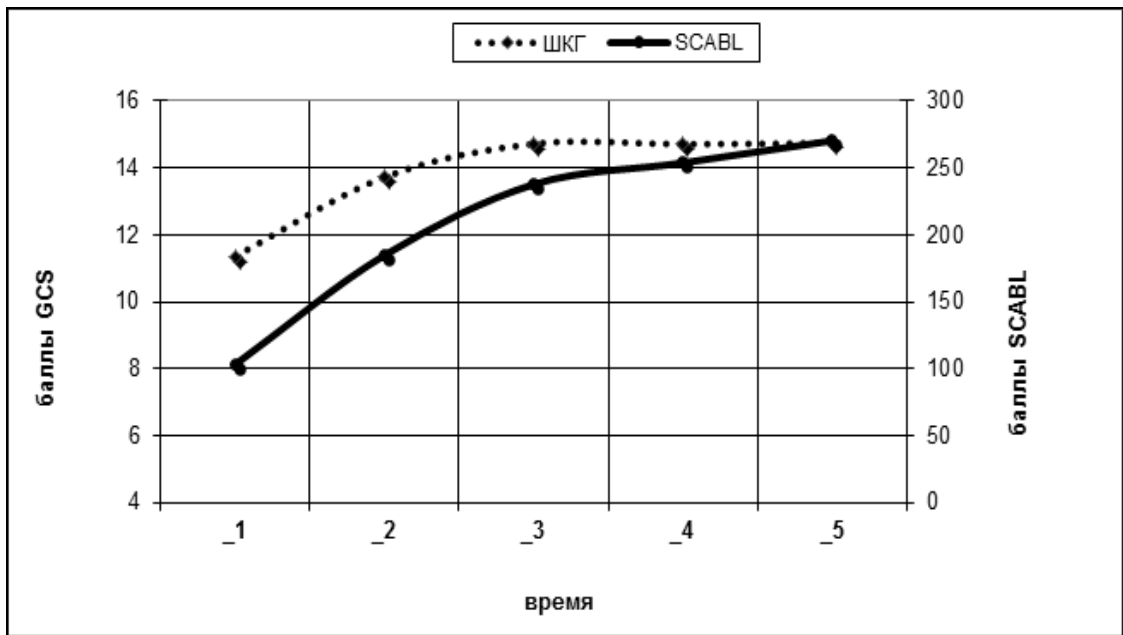


Рис. 2. Динамика изменений средних значений ШКГ и SCABL для группы «В»

Очевидно, что количество параметров (сигналов-маркеров) шкалы SCABL, как диагностического инструмента, значительно превышает количество учитываемых сигналов по ШКГ, что говорит о ее чувствительности к проявлениям ребенка в состоянии сниженного сознания.

В работе, на основе применения методов непараметрической статистики, устанавливаются распределения по выборке по двум шкалам SCABL и RLAS-LCF-R (RLAS), позволяющие увидеть, что данные по SCABL значимо аппроксимируются линейными трендами квартилей 25% и 75% в зависимости от

баллов шкалы RLAS по всей выборке. Шкала SCABL не противоречит RLAS, но предназначена для оценки именно психологических параметров.

Полученные по шкале SCABL результаты сравнивались с уровнями сознания по шкале Доброхотовой-Зайцева, сопоставимой с ШКГ. Шкала SCABL фиксировала большую вариабельность проявлений детей в разных сниженных состояниях сознания, позволяя видеть тонкие изменения и динамику восстановления в рамках каждого уровня.

В третьем параграфе «Сравнение профиля восстановления коммуникативных возможностей у двух групп детей» показано значимое различие восстановления сигналов коммуникации по группам.

Дети с длительными нарушениями сознания и восстановившие сознание до «ясного» имели принципиально разные сценарии восстановления своих коммуникативных возможностей. Так, в группе детей «А» исследование компонентов SCABL по различным коммуникативным каналам показало, что «Телесные ответы» и «Вегетативные реакции» наиболее значимы и появляются раньше прочих. Динамика восстановления сигналов коммуникации имела нелинейную зависимость. Отмечался прирост двигательных возможностей и вегетативных реакций до фазы появления речевых возможностей. С появлением речи происходила общая остановка всех сигналов коммуникации с дальнейшим полифоничным ростом (рисунок 3).

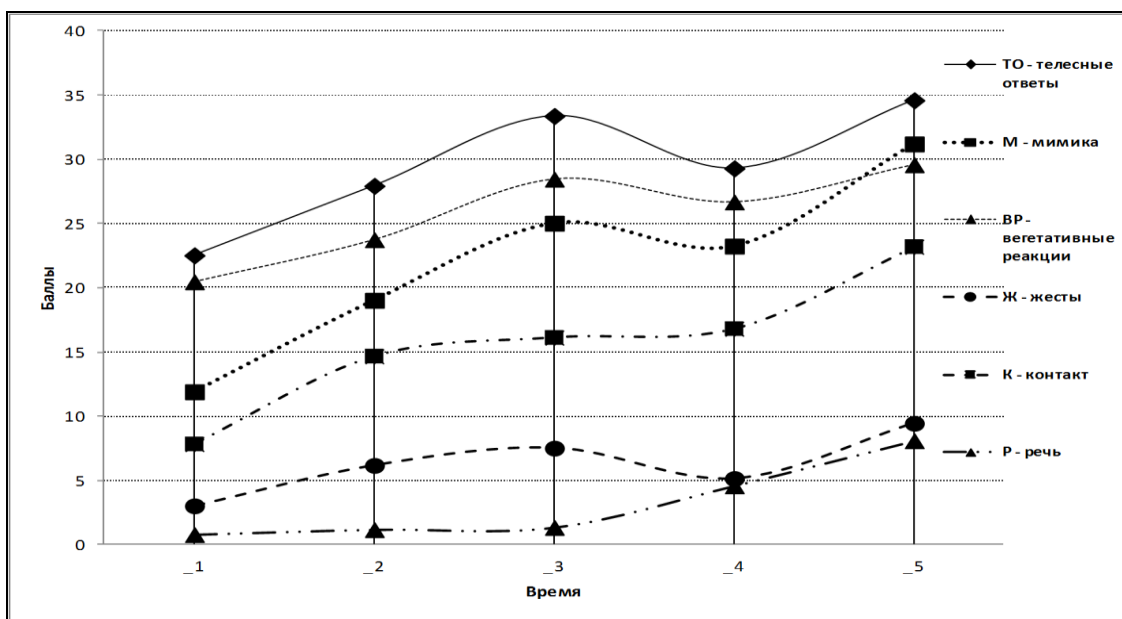


Рис. 3. Динамика восстановления сигналов коммуникации по SCABL (группа «А») (Ось X – одно деление = 14 дней)

Речевой канал в данной группе являлся наиболее запаздывающим и появлялся примерно через 8 недель после травмы. С его появлением во всех других каналах коммуникации вначале происходила «остановка» с прекращением прироста количества и интенсивности сигналов, а в дальнейшем, при возрастании внутренних ресурсов детей, общее «дружественное» увеличение. Наиболее значимые изменения происходили в каналах «Мимика» и «Контакт». Наблюдаемый феномен позволяет предположить, что именно речевая активность, как специфическая человеческая функция, требует максимального энергетического ресурса и является доминирующей, «основной» в акте коммуникации человека с окружающим его миром. При возрастании внутренних ресурсов в дальнейшем происходит общее, содружественное увеличение всех сигналов коммуникации.

В группе «В» при возрастании параметров «Речь» до определенных значений происходила совместная стабилизация всех коммуникативных возможностей (рисунок 4).

Восстановление в группе «В» происходило с общим быстрым полифоничным подъемом по всем каналам коммуникации к 4-ой неделе и дальнейшей стабилизацией к 6-й неделе после травмы мозга. Обращает на себя внимание и тот факт, что скорость восстановления всех каналов относительно одинакова в отличие от «тяжелой» группы.

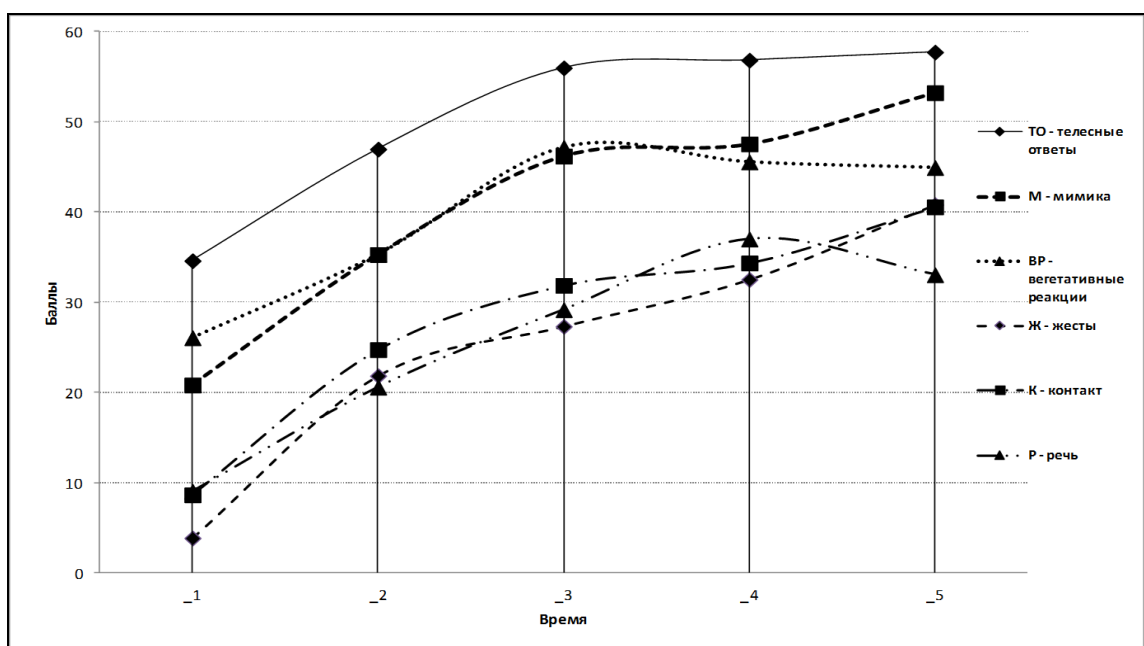


Рис. 4. Динамика восстановления сигналов коммуникации по SCABL (группа «В») (Ось X – одно деление = 14 дней)

В четвертом параграфе *«Принципы психологического сопровождения детей в состояниях сниженного сознания»*, исходя из феноменологического анализа поведенческих, эмоциональных и личностных особенностей детей в сниженных состояниях сознания после церебральных катастроф и восстановления их коммуникативной активности, были сформулированы и обобщены основные принципы их психологического сопровождения:

1) диалог с ребенком в состоянии сниженного сознания обладает своеобразными качествами: измененностью (ответы через тело), прерывистостью (непостоянство), замедленностью. Общение с такими детьми может осуществляться только в их близком поле;

2) с каждым ребенком в состоянии сниженного сознания необходимо подбирать индивидуальные способы взаимодействия, важные и значимые именно для него (принцип индивидуальности);

3) в общении с ребенком в состоянии сниженного сознания при каждой отдельной встрече необходимо понимать и учитывать зоны его «ближайшего» восстановления, что позволяет ставить адекватные психолого-педагогические задачи и определять цели психологической работы;

4) акцент в диалоге с ребенком в состоянии сниженного сознания делается на его двигательных и телесных сигналах, так как они являются начальными, первыми по времени появления;

5) психолог может продолжать, амплифицировать минимальные движения ребенка, а при появлении у него возможностей зрительного контакта, «отзеркаливать» его движения, помогая ребенку ощутить его собственные телесные возможности и меру его участия в ситуации взаимодействия;

6) сопровождение любого сигнала ребенка (телесного, звукового, вегетативного, мимического) осуществляется вербальными безоценочными высказываниями: психолог выступает культурным посредником, формирующим (восстанавливающим) через внешнее словесное опосредствование психические процессы ребенка;

7) следование процессу взаимодействия с ребенком, а не заданной ситуации: «процессуальность, а не ситуативность» (по А. Минделлу). Психологическая работа с детьми в состояниях сниженного сознания не может исходить из заранее заданных задач и установок. Методы и цели психологической работы

определяются состоянием и возможностями ребенка при каждой встрече с ним.

Важным, а зачастую, и определяющим в восстановлении ребенка в состоянии сниженного сознания после тяжелых повреждений головного мозга является включенность и участие близких ему людей. Психолог не только вводит родителей в контекст болезни ребенка, выявляет доступные ему возможности контакта и помогает определять «ближайшие зоны восстановления» на каждом этапе, но и может оказывать им индивидуальную психологическую помощь. Психологическое сопровождение семей, оказавшихся в трудной ситуации неожиданного, тяжелого и длительного заболевания ребенка, помогает улучшить качество их жизни и может значимо повлиять на эффективность всего процесса восстановления.

Восстановление разрушенной психической и личностной целостности у детей в состоянии сниженного сознания после повреждений головного мозга не возможно без участия целой команды специалистов (психологов, нейропсихологов, педагогов – дефектологов, логопедов), где каждый, обладая методами и знаниями в своей профессиональной области, вносит важный и необходимый вклад в процесс восстановления ребенка.

Благодаря диагностической Шкале коммуникативной активности (SCABL)], позволяющей отмечать большое количество сигналов-маркеров (104 сигнала), описаны некоторые психологические феномены (мотивация, деятельность, социальный контакт, личностные особенности) и прослежена динамика их формирования у детей в состояниях сниженного сознания на ранних этапах восстановления после повреждений головного мозга. Это позволяет говорить о достижении *цели*, поставленной в исследовании.

В работе также решены все поставленные *задачи*: проанализирована проблема соотношения понятий «сознание – сниженное сознание» с точки зрения различных наук; систематизированы феноменологические данные об эмпирическом многообразии проявлений поведенческих, мотивационных, эмоциональных и личностных особенностей детей после тяжелых повреждений головного мозга; разработан психодиагностический инструментарий для определения качественного своеобразия общения детей в состояниях сниженного сознания на разных этапах восстановления сознания; проведена его эмпирическая проверка; выявлены и описаны специфические типы процесса восстановления

общения у детей в зависимости от тяжести повреждений головного мозга; разработаны рекомендации к применению Шкалы коммуникативной активности [Scale of Communication Activity – Vykova, Lukyanov (SCABL)].

Анализ результатов показал, что начиная с этапа вегетативного состояния, дети сохраняют возможность общения с другими людьми, однако это общение носит кратковременный характер и имеет своеобразные черты (измененность, непостоянство, замедленность), осуществляется только в близком поле ребенка и в невербальной форме, что подтверждает *первую гипотезу* исследования.

Количество произвольных движений ребенка с восстановлением сознания увеличивается. Через непосредственное участие взрослого, являющегося культурным посредником, любое неосознанное и произвольное движение ребенка может переходить в план словесного опредмечивания и использоваться не только как способ коммуникации, но и как произвольное самовыражение – согласно *второй гипотезе*. Эмпирическое исследование и наблюдение подтвердили, что в зависимости от тяжести повреждения головного мозга дети демонстрируют значимо различный профиль восстановления своих коммуникативных возможностей. В зависимости от прироста количества откликов ребенка на контакт и скорости их появления можно предполагать различные возможности дальнейшего психического восстановления (*третья гипотеза*). Гипотезы исследования, таким образом, являются доказанными.

В процессе исследования были подтверждены следующие положения, вынесенные на защиту.

1. Шкала коммуникативной активности (SCABL)], основанная на психологическом понимании категории общения, позволяет выделять значимо большее количество сигналов-маркеров коммуникации у детей в состояниях сниженного сознания, чем другие применяемые медицинские шкалы (ШКГ, RLAS, шкала Доброхотовой-Зайцева). Шкала SCABL не противоречит данным шкалам и может использоваться для оценки сигналов коммуникации детей с различной степенью угнетения сознания, начиная со стадии вегетативного состояния до состояния «спутанности» (по шкале Доброхотовой-Зайцева), как с вербальными возможностями, так и без них.

2. Шкала SCABL помогает психологу обратить внимание на различные вербальные и невербальные проявления детей в состояниях сниженного сознания,

демонстрируемые ими в эмоциональном контакте и поддерживающем диалоге. Эмоциональный, поддерживающий контакт с ребенком является неперенным и необходимым условием использования данной шкалы. Наиболее значимыми в коммуникативной активности детей с длительными нарушениями сознания являются их вегетативные реакции и телесные ответы, которые появляются раньше прочих.

3. В выделенных группах детей (группа «А» – длительные нарушения сознания, отсутствие восстановления сознания до «ясного», группа «В» – восстановление сознания до «ясного») имеют место значимо различные профили восстановления коммуникативной активности. В группе детей «А» при восстановлении коммуникации с внешним миром основной акцент делается на телесных ответах и вегетативных реакциях, а речевой канал является наиболее запаздывающим. С его появлением во всех других каналах коммуникации вначале происходит совместная стагнация с прекращением прироста количества сигналов и их интенсивности. Данный феномен, наблюдаемый в «тяжелой» группе детей, позволяет предположить, что именно речь, как специфическая функция человеческого сознания является «господствующей», доминирующей в акте общения и требует максимальных энергетических ресурсов для своей реализации. В группе «В» отмечен значимо другой профиль восстановления сигналов коммуникации. Здесь имеет место совместный синергичный, полифоничный подъем, а в дальнейшем стабилизация всех коммуникативных возможностей. В отличие от «тяжелой» группы скорость восстановления всех каналов относительно одинакова.

Результаты, полученные в ходе настоящего исследования, могут быть полезны не только психологам-практикам, но и родителям детей, находящихся в состояниях сниженного сознания, для видения истинной картины психологических возможностей ребенка и выстраивания зон его ближайшего восстановления и развития.

Проведенное исследование и теоретическое обобщение его результатов позволило предположить задачи дальнейших исследований – рассмотрение влияния возрастного развития ребенка на ход восстановления после тяжелых повреждений головного мозга. Не менее важным представляются исследования

влияния преморбидных особенностей детей в состоянии сниженного сознания на динамику и скорость их восстановления.

Раздел содержит следующие выводы.

1. Анализ литературных источников показал, что в настоящее время при наличии множества определений сознания отсутствует одно общепринятое, удовлетворяющее потребности разных областей знаний. Делается вывод о том, что дефиниция, очерченная современной философией сознания, позволяет задать систему координат для адекватной интерпретации опытных данных и встраивания их в единое терминологическое поле.

2. Выявленные в определении сниженного сознания характеристики, обосновывающие «эффект снижения», позволили провести анализ различных психологических феноменов и рассмотреть стадии их формирования у детей после тяжелых повреждений головного мозга.

3. В работе отдельно, подробно описан феномен общения у детей в состояниях сниженного сознания на ранних этапах восстановления после повреждений головного мозга. Для диагностики возможностей общения (речевой активности, телесных, вегетативных, мимических, эмоциональных. способностей), а также для наблюдения за динамикой их изменений, разработана авторская диагностическая методика Шкала коммуникативной активности [Scale of Communication Activity – Vykova, Lukyanov (SCABL)] и проведена ее эмпирическая проверка.

4. Шкала SCABL, за счет большого количества параметров, позволяет заострить внимание психолога на тонких проявлениях детей в состояниях сниженного сознания, которые с большой вероятностью можно не заметить при спонтанном наблюдении. Помимо своей диагностической значимости данная шкала, опираясь на доступные ребенку сигналы коммуникации, через психолога, как культурного посредника, позволяет расширять контакт ребенка с окружающим его миром, фасилитировать процесс общения с близкими ему людьми, вводя их в психологический контекст травматической болезни мозга.

5. Шкала коммуникативной активности SCABL может использоваться для раннего прогноза восстановления сознания у детей после тяжелых повреждений головного мозга, так как выявляет разные профили восстановления их коммуникативной активности.

6. В работе описаны принципы психологического сопровождения детей на ранних этапах восстановления сознания после тяжелых повреждений головного мозга.

В **заключении** подчеркивается, что научные знания в области специальной психологии призваны помогать детям с тяжелыми множественными нарушениями развития и их родителям улучшать качество жизни, вне зависимости от тяжести состояния ребенка и уровня его сознания. Восстановление психической активности детей в состоянии сниженного сознания после тяжелых повреждений головного мозга, способности их к взаимодействию с окружающим миром, формирование психических процессов невозможно без участия междисциплинарной психолого-педагогической команды, куда должны входить психологи, педагоги-дефектологи, логопеды и другие специалисты гуманитарных направлений.

Основное содержание диссертации отражено в следующих публикациях:

*Публикации в изданиях, входящих в международные базы цитирования
Scopus /Web of Science*

1. Быкова, В.И. Восстановление сознания сквозь призму психологии: психологическая работа с ребенком, перенесшим тяжелую травму головного мозга [Текст] / В.И. Быкова, А.Н. Харьковский, Е.В. Фуфаева, В.И. Лукьянов, Ю.Г. Сиднева // Консультативная психология и психотерапия. — 2018. — Т. 26. № 2. — С. 104–124. (авторский вклад – 70%)

2. Быкова, В.И. Диалог с пациентом при угнетении сознания после глубоких повреждений головного мозга [Текст] / В.И. Быкова, В.И. Лукьянов, Е.В. Фуфаева // Консультативная психология и психотерапия. — 2015. — № 3. — С. 9–31. (авторский вклад – 70%)

3. Bykova, V.I. Communicative activity of children in the state of suppressed consciousness after severe TBI / V.I. Bykova, V.I. Lukianov, E.V. Fufaeva // Acta Neuropsychologica. — 2014. — Т. 12. № 4. — p. 417–431. (авторский вклад – 70%)

4. Bykova, V.I. The specific nature of psychological rehabilitation for children after severe traumatic brain injury at the early stages of recovering consciousness / V.I. Bykova, E.V. Fufaeva, E.A. Lvova // Acta Neuropsychologica. — 2013. — Т. 11. № 3. — p. 249–256. (авторский вклад – 70%)

5. Sidneva, Yu. Dynamic of mental recovery in children after severe traumatic brain injury with medical treatment by selective serotonin reuptake inhibitors/

Yu. Sidneva, E. Fufaeva, **V. Bykova**, Zh. Semenova, S Valiullina // Annals of physical and rehabilitation medicine. — Paris, France, 2018. — Т. 61. — p. e325–e326. (авторский вклад – 10%)

*Научные статьи в ведущих рецензируемых журналах, рекомендованных
ВАК Минобрнауки РФ*

6. Быкова, В.И. Психологический контекст сниженных состояний сознания после повреждений головного мозга [Текст] / В.И. Быкова // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. — 2019. — № 37. — Выпуск 2. Новые исследования в приоритетных направлениях развития дефектологии. — С. 46–57. — Режим доступа: <http://almanah.ikprao.ru/>

7. Быкова, В.И. К вопросу о восстановлении сознания. Процесс формирования интенциональности после травм головного мозга [Текст] / В.И. Быкова, Е.В. Фуфаева // Философские проблемы биологии и медицины: Феномен биорациональности. Вып. 13. — М.: ЛЕНАНД, 2019. — С. 245–249. — Режим доступа: <http://philosophy-msmsu.narod.ru/Sbornik.html?conf=filospbm1014> (авторский вклад – 70%)

8. Быкова, В.И. Восстановление сознания сквозь призму психологии: психологическая работа с ребенком, перенесшим тяжелую травму головного мозга [Текст] / В.И. Быкова, А.Н. Харьковский, Е.В. Фуфаева, В.И. Лукьянов, Ю.Г. Сиднева // Консультативная психология и психотерапия. — 2018. — Т. 26. № 2. — С. 104–124. (авторский вклад – 70%)

9. Быкова, В.И. Клинический антропоцентризм как возможность восстановления сознания у детей после тяжелых травм головного мозга [Текст] / В.И. Быкова, И.В. Сазонова, Е.В. Фуфаева // Философские проблемы биологии и медицины: Между биофилософией и биоэтикой. — Вып. 12. — М.: «Социально-гуманитарные издания», 2018. — С. 274–275. (авторский вклад -- 70%)

10. Быкова, В.И. Влияние способа питания на реабилитацию детей после тяжелых церебральных травм [Текст] / В.И. Быкова, Ю.Г. Сиднева, А.Л. Горелик, В. И. Лукьянов, С.А Валиуллина. // Доказательная гастроэнтерология. — 2017. — Т. 6. № 2. — С. 11–16. (авторский вклад – 70%)

11. Сиднева, Ю.Г. Посиндромная медикаментозная терапия у детей с последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы [Текст] / Ю.Г. Сиднева, Е.В. Фуфаева, Ж.Б. Семенова, **В.И. Быкова**, С.А. Валиуллина // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. — 2017. — Т. 9. № спец. выпуск. — С. 226–229. (авторский вклад – 10%)

12. Быкова, В.И. Работа с детьми, находящимися в глубоких измененных состояниях сознания после тяжелых травм головного мозга. Клиникоантропоцентрический подход [Текст] // В.И. Быкова, А.Ю. Бойко, В.И. Лукьянов, А.Н. Харьковский, Н.А. Мамонтова // Вестник восстановительной медицины. — 2016. — Т. 3. № 73. — С. 44-51. (авторский вклад – 70%)

13. Быкова, В.И. Психологический взгляд на взаимодействие «родитель-врач» на ранних этапах восстановления детей при тяжелой инвалидизации [Текст] / В.И. Быкова, Е.А. Львова, В.И. Лукьянов // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. — 2016. — серия № 25. Выпуск 2. — С. 49–58. — Режим доступа: <http://almanah.ikprao.ru/> (авторский вклад – 70%)

14. Быкова, В.И. Диалог с пациентом при угнетении сознания после глубоких повреждений головного мозга [Текст] / В.И. Быкова, В.И. Лукьянов, Е.В. Фуфаева // Консультативная психология и психотерапия. — 2015. — № 3 (87). — С. 9–31. (авторский вклад – 70%)

15. Быкова, В.И. Психологическое исследование коммуникативных возможностей детей в глубоких измененных состояниях сознания после тяжелых повреждений головного мозга [Текст] / В.И. Быкова, В.И. Лукьянов, Е.В. Фуфаева, Ж.Б. Семенова, С.А. Валиуллина // Вестник восстановительной медицины. — 2014. — № 1(59). — С. 26–36. (авторский вклад – 70%)

16. Быкова, В.И. Анализ взаимодействия "родитель-врач" в ситуации травм, приводящих к тяжелой инвалидизации детей на ранних этапах восстановления [Текст] / В.И. Быкова, Е.А. Львова, В.И. Лукьянов, Е.В. Фуфаева, Ж.Б. Семенова // Нейрохирургия и неврология детского возраста. — 2014. — № 4 (42). — С. 79–86. (авторский вклад – 70%)

17. Фуфаева, Е.В. Психолого-педагогическая реабилитация на ранних этапах восстановления детей после тяжелой черепно-мозговой травмы (организационные аспекты) [Текст] / Е.В. Фуфаева, **В.И. Быкова**, А.В. Закрепина, Ж.С. Ботгаева, С.А. Валиуллина, Ж.Б. Семенова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2014. — № 4. — С. 65–77. (авторский вклад – 30%)

18. Быкова, В.И. Особенности характерологических черт, тревожности и копинг-поведения родителей детей с тяжелой черепно-мозговой травмой [Текст] / В.И. Быкова, В.И. Лукьянов, Е.В. Фуфаева, Ж.Б. Семенова, С.А. Валиуллина // Детская и подростковая реабилитация. — 2013. — № 2 (21). — С. 46–52. (авторский вклад – 70%)

19. Быкова, В.И. Ранняя психологическая реабилитация при нарушении сознания у детей после тяжелой черепно-мозговой травмы [Текст] / В.И. Быкова,

Е.В. Фуфаева, Е.А. Львова, С.А. Валиуллина // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2013. — № 5. — С. 104–110. (авторский вклад – 70%)

20. Быкова, В.И. Психологический контекст реабилитации родителей в ситуации тяжелой черепно-мозговой травмы [Текст] / В.И. Быкова, Е.В. Фуфаева, Е.А. Львова // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. — 2013. — Т. 5. — С. 335–339. (авторский вклад – 70%)

21. Быкова, В.И. Психологическая реабилитация детей после тяжелой черепно-мозговой травмы [Текст] / В.И. Быкова, Ж.Б. Семенова, Е.В. Фуфаева, Е.А. Львова, С.А. Валиуллина // Нейрохирургия и неврология детского возраста. Спецвыпуск «Школа по нейротравме. Ноябрь 2011». — 2012. — № 2-3 (32-33). — С. 161–167. (авторский вклад – 70%)

22. Фуфаева, Е.В. Раннее нейропсихологическое сопровождение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой [Текст] / Е.В. Фуфаева, В.И. Лукьянов, **В.И. Быкова**, Ж.Б. Семенова, С. А. Валиуллина // Нейрохирургия и неврология детского возраста. — 2012. — № 4 (34). — С. 61–75. (авторский вклад – 30%)

23. Быкова, В.И. Нарисуй свою боль / В. И. Быкова // Человек. — 1997. — № 3. — С. 14–17.

Научные статьи в журналах, не входящих в перечень ВАК

24. Быкова, В.И. Теория и практика восстановления поврежденного мозга. Клинический антропоцентризм [Текст] / В.И. Быкова, А.Ю. Бойко, В.И. Лукьянов, А.Н. Харьковский // Интерактивная наука. — 2017. — Т. 2. № 12. — С. 16–23. (авторский вклад – 70%)

Книги, статьи в сборниках научных трудов

25. Валиуллина, С.А. Система ранней психиатрической, психолого-педагогической реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. Часть 1. Сниженный уровень сознания – вегетативный статус, минимальное сознание [Текст] / С.А. Валиуллина, Ю.Г. Сиднева, А.В. Закрепина, Е.В. Фуфаева, А.И. Тютюкина, **В.И. Быкова**, Ж.С. Ботгаева, Е.А. Аркатова, Н.В. Борисова, М.В. Браткова. — 2018. — М. Парадигма, ISBN 978-5-4214-0070-7, — 49 с. (авторский вклад – 10%)

26. Быкова, В.И. Способ принятия еды как предиктор восстановления сознания у детей [Текст] / В.И. Быкова, Ю.Г. Сиднева, А.Л. Горелик, В.И. Лукьянов, Е.В. Фуфаева // Материалы VI Международной конференции «Фундаментальные и прикладные аспекты восстановления сознания после травмы мозга: междисциплинарный подход». — Москва, 2018. — С. 36–37. (авторский вклад – 70%)

27. Сиднева, Ю.Г. Особенности психофармакотерапии после тяжелой ЧМТ у детей: вопросы и ответы [Текст] / Ю.Г. Сиднева, Е.В. Фуфаева, **В.И. Быкова**, Ж.Б. Семенова, С.А. Валиуллина // Материалы VI Международной конференции «Фундаментальные и прикладные аспекты восстановления сознания после травмы мозга: междисциплинарный подход». — Москва, 2018. — С. 76–77. (авторский вклад – 30%)

28. Быкова, В.И. Мониторинг восстановления коммуникативных возможностей у детей при угнетении сознания после тяжелых повреждений головного мозга [Текст] / В.И. Быкова, В.И. Лукьянов, Е.В. Фуфаева // Материалы IV Международной конференции «Фундаментальные и прикладные аспекты восстановления сознания после травмы мозга: междисциплинарный подход». — Москва, 2014. — С. 19–21. (авторский вклад – 70%)

29. Maksakova, O. Rehabilitation Team and Consciousness Restoration / O. Maksakova, S. Gusarova, N. Ignatieva, V. Maksakov, **V. Bykova**, S. Boyko, I. Yashkova, V. Lukianov // Proc. of the 6th World Congress of Neurorehabilitation. — Vienna, Austria, 2010. — С. 21–25. (авторский вклад – 20%)

30. Быкова, В.И. Использование сохранной способности к математическим действиям в психотерапевтической работе при тотальных формах афазии [Текст] / В.И. Быкова // Материалы III Международной конференции по восстановительной медицине (реабилитологии). — Москва, 2000. — С. 147–148.

Патент

31. Валиуллина С.А., Сиднева Ю.Г., Закрепина А.В., Фуфаева Е.В., Тютюкина А.И., **Быкова В.И.**, Боттаева Ж.С., Аркатова Е.А., Борисова Н.В., Браткова М.В. Электронный методический комплекс – система ранней психиатрической, психолого-педагогической реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. Часть 1. Сниженный уровень сознания – вегетативный статус, минимальное сознание # 2018620879, 20 июня 2018. (авторский вклад – 10%)