

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ "НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
НЕОТЛОЖНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ"
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

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

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

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

Москва – 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ФЕНОМЕНА СОЗНАНИЯ.....	14
1.1. Теоретические подходы к исследованию сознания в разных областях знаний	14
1.2. Понятие «сниженное сознание»	24
Выводы по первой главе	35
ГЛАВА 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СНИЖЕННОГО СОЗНАНИЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.....	38
2.1. Психологические особенности сниженного сознания у детей после церебральной травмы.....	38
2.2. Динамика восстановления сознания у детей после повреждений головного мозга	54
2.3. Нарушения коммуникативных процессов у детей в состояниях сниженного сознания	61
Выводы по второй главе	65
ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОММУНИКАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ В СНИЖЕННОМ СОЗНАНИИ	69
3.1. Описание диагностического инструментария	69
3.2. Доказательность, непротиворечивость и соотносимость Шкалы коммуникативной активности (SCABL).....	73
3.3. Сравнение профилей восстановления коммуникативных возможностей по шкале SCABL в двух группах детей	81
3.4. Принципы психологического сопровождения детей в сниженном сознании.....	85
Выводы по третьей главе	87
ВЫВОДЫ	91

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	97
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	99
Приложение А.....	119
Приложение Б.....	124
Приложение В	125
Приложение Г.....	126

ВВЕДЕНИЕ

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 является совокупностью ментальных состояний с качественными модальностями при дефицитарности: самоанализа (рефлексивного сознания, идентификации собственного «Я» и др.), вербальной коммуникации и самовыражения, интенциональности и квалитативности (чувственного опыта) [Гуссерль Э., 2005; Серл Дж., 1998; Деннет Д., 2017; Чалмерс Д., 2013; Хамфри Н., 2014; Васильев В.В., 2009; Кузнецов А.Н. 2015] 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% [Валиуллина С.А., Шарова Е.А., 2015]. Из них на долю тяжелых травм мозга у детей приходится 3,8% [Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А., 1998-2002; Непомнящий В.П., Лихтерман Л.Б., Ярцев В.В., Акшулаков С.К., 1988] 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 [Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А., 1998-2002; 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 [Кондратьева Е.А., 2005].

По данным разных авторов у 70% детей, перенесших инсульты, сохраняется стойкий неврологический дефицит [Зыков В.П., Комарова И.Б., Ушакова Л.В., 2008; Петрухин А.С., Бобылова М.Ю., Михайлова С.В., 2015; Raj S.P., Zhang N., Kirkwood M.W., 2017] и др. У детей, перенесших длительные угнетения сознания, также отмечаются патологические изменения процесса развития и адаптации, трудности социализации [Закрепина А.В., 2012] 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 [Rapaport M., Hall K.M., Hopkins H.K., et al., 1982].

Долгое время в России дискуссионным оставался вопрос о возможности участия психологов в помощи тяжелым больным в угнетенном сознании. Тем не менее, за последние десятилетие врачи-клиницисты не только стали воспринимать участие психологов в реабилитации пациентов как должный, но и как необходимый процесс [Максакова О.А., Игнатъева Н.С., Зайцев О.С., 2010, 2016; Сиднева Ю.Г., Валиуллина С.А., 2019].

В современной специальной психологии в последние годы большое внимание уделяется детям с тяжелыми множественными нарушениями развития [Шохова О.В. 2019; Закрепина А.В., 2014, 2019; Переверзева М.В., 2013] 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 в состояниях сниженного сознания, относительно немного [Минделл А., 2005; Максакова О.А., 1997, 2014; Максакова О.А., Игнатъева Н.С., Зайцев О.С., 2016]. 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 [Минделл А., 1993; Кроссли Р. 2018; Инина Н.В., 2006; Буслаева А.С., 2016].

Существует целый ряд психологических работ, описывающих возможности коммуникации у детей при разных нарушениях психического развития. Так, можно отметить работы, посвященные общению детей при расстройстве аутистического спектра [Никольская О.С., 2016; Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., 2017, Ткачева В.В., Левченко И.Ю., 2013], при детском церебральном параличе [Левченко И.Ю., 2001, 2014], при задержке психического и речевого развития [Дмитриева Е.Е., 2005; 2013; Медникова Л.С., 2015], органических поражениях (А.Г. Шкуропат – лекции в МГУ 1994-1995 гг), [Харьковский А.Н., 2015, 2019]. Нельзя не назвать работы российской психологической школы, освещающие проблемы общения в семьях при болезни, угрожающей жизни ребенка [Ртищева М.С., Лазуренко С.Б., 2017] и др. и в семьях ребенка с особым развитием [Левченко И.Ю., Ткачева В.В., 2008; Бразгун Т.Н., Ткачева В.В., 2018]. 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 (SCABL – Scale of Communication Activity – Вукова, Лукьянов)] 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 сниженных состояний сознания можно выявить способность ребенка к взаимодействию с окружающими людьми.

2. На всех уровнях сниженных состояний 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 сниженных состояниях 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 – Вукова, Лукьянов (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 [Франкл В., 1990; Ленгле А., 2004, Братусь Б.С., 1999, 2005, 2019] утверждается возможность общения детей в таких состояниях.

Исследование опирается на положения культурно-исторической теории развития Л.С. Выготского. Тезис 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, уменьшает время восстановительного периода.

Практическая значимость исследования

Шкала коммуникативной активности Scale of Communication Activity – Вукова, Lukyanov (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 восстановления сознания.

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 развития в онтогенезе и основные положения культурно-исторической теории Л.С. Выготского [Выготский Л.С., 1968, 1982, 1983, 1997, 2005];

– базовые положения феноменологического подхода в экзистенциально-гуманистической психологии [Франкл В., 1990; Ленгле А., 2004];

– гуманистическая концепция уровней психического здоровья [Братусь Б.С., 1991, 1995, 1999, 2005, 2018, 2019];

– концепции «современной философии сознания» [Чалмерс Д., 2013; Серл Дж., 1998; Хамфри Н., 2014; Деннет Д., 2003, 2017; Васильев В.В., 2009; Кузнецов А.В., 2015];

– концепции бессознательного [Лейбниц Г., 1982; Жане П., 2010; Фрейд З., 1991; Юнг К.Г., 2010]) и теоретические основы процессуально-ориентированного подхода к психотерапевтической практике [Минделл А., 1993, 2005; Максакова О.А., 1997, 2010, 2014, 2016];

– концепция измененных состояний сознания в общей психологии (А. Людвиг¹) и [Тарт Ч., 2003; Ревонсуо А., 2013; Петренко В.Ф., 2005, 2010; Гордеева О.В., 2002, 2009, 2012];

– концепция роли общения в специальной психологии [Запорожец А.В., 1986; Лисина М.И., 1986, Дмитриева Е.Е., 2005; Волковская Т.Н., 2008; Ткачева В.В., 2005; Бразгун Т.Н., 2018, Закрепина А.В., 2012, 2013, 2019];

¹ Цитируется по [Тарт Ч., 2003]

– положения специальной психологии о психолого-педагогическом сопровождении детей с тяжелыми множественными нарушениями развития [Левченко И.Ю., 2001, 2008, 2014; Буслаева А.С., Венгер А.Л., Лазуренко С.Б., 2016 и др.];

– концепция уровней психической активности у пациентов при выходе из состояния комы [Доброхотова Т.А., 2006; Зайцев О.С., 2011, 2012]

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» ДЗ 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 нарушениями сознания являются телесные (двигательные) ответы и ответы через вегетативные реакции, которые появляются в процессе восстановления прежде чем другие возможности. 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 двух групп детей с длительными нарушениями сознания после повреждений головного.

Достоверность и обоснованность результатов

Обеспечение достоверности и обоснованности результатов происходит с применением научно-обоснованного комплекса методов, соответствующих задачам 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 семинар «Психологический контекст восстановления детей, находящихся в сниженных состояниях сознания после повреждений головного мозга» в Первой градской больнице им. Н.И. Пирогова; психологический семинар в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой (Москва, 2017).

Публикации

Основные результаты исследования изложены в 28 публикациях. Из них 5 публикаций относятся к международной базе цитирования Web of Science и Scopus, 18 статей напечатано в журналах, входящих в Перечень рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, 19 статей в журналах российской базы данных индексов научного цитирования (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 наименований, из них 15 источников на английском языке).

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ФЕНОМЕНА СОЗНАНИЯ

1.1. Теоретические подходы к исследованию сознания в разных областях знаний

М.К. Мамардашвили говорил: «Сознание есть нечто такое, о чем мы как люди знаем все, а как ученые не знаем ничего» [Мамардашвили М.К., 1982]. В последнее время тема сознания (нарушенного сознания) стала предметом обширных междисциплинарных исследований, дискуссий и обсуждений с участием представителей разных областей знаний – медицины, нейробиологии, психологии, философии, физики, математики и других наук.

В современном естествознании (физика, математика) проводятся как исследования отдельных физических явлений, являющихся, в том числе, и аспектами сознания, например – времени [Аскольдов А., 1990; Левич А.П., 2009; Хэммонд К., 2013], так и создаются различные модели сознания: модель искусственного интеллекта Тьюринга [Тьюринг А., 2018] и пр. Многие ученые используют термины и понятия философии для описания исследований физической реальности сознания: «априорные понятия пространства и времени», «релятивистский подход» [Аристов В.В., 2012], «интенциональность» [Каминский А.В., 2018].

Значительный шаг в понимании феномена сознания был сделан с появлением специальной теории относительности (СТА) А. Эйнштейна и квантовой механики. Квантовая теория сознания, как самая необычная часть современной физики, признает сознание фундаментальным свойством реальности [Хамерофф Р.С., Пенроуз Р., 1996; Пенроуз Р., 2005] и др. По мнению известного российского психолога В.П. Зинченко, в физике квантово-волновые теории сознания строятся из предположения, что они откроют новые направления в исследовании мира [Зинченко В.П., 1994].

Если математика и физика в области исследования сознания пытаются ответить на вопросы: «Что такое сознание?» и «Как оно работает?», то медицина отвечает на вопросы: «Какова причина нарушений сознания?», «Как это изменить?». Еще И.П. Павлов [1954] вслед за В. Вундтом [2007] и Э. Титченером [цит.: Петровский А.В., 1994] считал сознание «светлым пятном»,двигающимся по поверхности больших полушарий головного мозга, что создает оптимальное нервное возбуждение. Концепция «светлого пятна» в дальнейшем получила свое развитие в современной физиологической теории сознания «теории прожектора» (Ф. Крик, М.Х. Уилкинс – цит. по [Райл Г., 1999]).

В.М. Бехтерев [1928] предполагал, что нервный ток распространяется в мозге и наталкивается на препятствия или затруднения, тогда и начинает работать сознание. Бехтерев определял сознание через субъективность, как внутреннее, непосредственно воспринимаемое состояние, которым сопровождаются многие психические процессы. Сознание позволяет нам отделять «Я» от «не Я», воспринимать пространство и ориентироваться в нем, а также «улавливать последовательность внешних явлений» (осознание времени). По В.М. Бехтереву, высшая степень сознания и характерный его признак – способность человека анализировать происходящие в нем самом психические процессы (самоанализ).

Во многом идеи В.М. Бехтерева следовали за идеями немецкого психолога-экспериментатора Вильгельма Вундта, считавшего, что сознание заключается лишь в том, что мы «вообще находим в себе», какие либо психические состояния (характеристика субъективности сознания) [Вундт В., 2007].

В дальнейшем Э. Титченер (цит. по [Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1994]) ввел термин: «структурная теория» сознания. Используя метод аналитической интроспекции, структурная теория исследовала непосредственный опыт сознания через раскладывание его на элементы (ощущения, представления, чувствования) и пыталась выявить законы их связи.

Как индивидуальный поток рассматривал сознание американский философ и психолог Уильям Джеймс. В этом потоке никогда не появляются повторно одни и те же мысли, одни и те же ощущения [Джеймс У., 1991]. Джеймс выделил такие

важные характеристики сознания, как избирательность и непрерывность. По мнению ученого:

1. состояния сознания стремятся стать частью личного сознания;
2. в личном сознании его состояния постоянно изменяются;
3. личное сознание представлено постоянной последовательностью ощущений;
4. сознание что-то воспринимает охотно, а что-то отвергает. Оно постоянно совершает выбор.

Джеймс считал, что сознание само неуловимо для изучения, но возможно исследование его функций. Как и другие биологические функции, функции сознания развиваются по «принципу полезности». Таким образом, Джеймс подчеркивал приспособительный, функциональный характер человеческого сознания [Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1994] и др.

Говоря о сознании, нельзя обойти вниманием работы Зигмунда Фрейда, сделавшего попытку объяснить работу и закономерности сознания определенной структурной моделью. В своих ранних работах Фрейд [Фрейд З., 1991] предлагает «топографическую» модель психики, состоящую из трех компонентов: сознания, предсознания и бессознательного. На уровне сознания происходят восприятие, ощущения и переживания человека в данный конкретный момент времени. Этот уровень охватывает лишь небольшое количество информации и по мере того, как внимание человека перемещается на другие сигналы, данная информация уходит в предсознательное или бессознательное. Предсознательное (доступная память) включает в себя весь опыт человека, не осознаваемый им в данный момент, но способный вернуться в сознание спонтанно или в результате минимальных усилий. Бессознательное – самый глубокий и значимый пласт психики, хранящий инстинктивное поведение, эмоции, воспоминания, угрожающие сознанию и пр.

Ученик Фрейда, Карл Густав Юнг утверждал, что в формировании Самости (термин, совпадающий по своему значению с термином сознание) большее значение имеет культурологическая составляющая – архетипы, которые бессознательно организуют и передают информацию в сознание [Юнг К.Г., 2010].

По мнению Юнга, наследуемая структура психики, развивающаяся в филогенезе, заставляет нас переживать и реализовывать жизненный опыт определённым образом; развитие человека детерминировано его коллективным бессознательным, основными носителями которого являются архетипические образы.

Французская социологическая школа (Э. Дюркгейм, Л. Леви–Брюль и др.) (цит. по [Петровский А.В., Ярошевский М.Г., 1994]) понимала сознание как некую плоскость с проекцией на нее понятий и концептов, которые и составляют его содержания. Человек биосоциален, его биологическая природа включает в себя ощущения, чувственный опыт и деятельность, а социальная – усвоение общественного опыта, что отличает человека от животного, которое не обладает социальной психикой. Сознание человека изменяется вместе с развитием общества, индивидуация сознания происходит при разделении труда и появлении необходимости выбора индивидом своего места.

Пьер Жане, также как Фрейд и Юнг, исследовал «пониженное» или нарушенное сознание, т.е. сознание при сохранности речевого самовыражения. Жане рассматривал термин сознание в узком смысле, опираясь на определение и доводы Г. Лейбница о бессознательном. Оппонируя З. Фрейду, ученый не был согласен с утверждениями психоаналитической школы, где все объяснялось подсознательным, и утверждал, что все, что неподвластно в психологии объяснению, складывается в этот «удобный ящик» [Жане П., 2010].

Российская психологическая школа внесла значимый вклад в исследование сознания, как психологического феномена. Лев Семенович Выготский считал, что если психология будет игнорировать проблему сознания, то не сможет изучать проблемы человеческого поведения [Выготский Л.С., 2005]. Ученый писал, что сознание является проблемой структуры поведения с различными его аспектами: «сохранение энергии, самосознание, психологическая природа познания чужих сознаний, сознательность трех основных сфер эмпирической психологии (мышление, чувства, воля), понятие бессознательного, эволюция сознания, тождество и единство» [там же, с. 24].

Исследуя развитие человека, Л.С. Выготский [1982, 1997, 2005], считал, что роль культурной среды, общения ребенка с близкими является основополагающей в онтогенезе. Согласно культурно-историческому подходу, промежуточное звено между объективной реальностью и сознанием – общественно-историческая практика, позволяющая строить объективные представления об окружающем мире.

По Л.С. Выготскому, человек обладает особым видом психических функций, составляющих высший уровень психики (полностью отсутствующий у животных). Эти высшие психические функции, развивающиеся в социальном взаимодействии в ходе присвоения культурного опыта, и составляют суть сознания. Под высшими психическими функциями (ВПФ) Л.С. Выготский подразумевал речь, произвольное внимание, опосредованную память, вербально-логическое мышление и пр. Высшие психические функции, в отличие от низших психических функций, социальны по происхождению, опосредованы по структуре и произвольны по способу своего функционирования.

Выводы Л.С. Выготского о социально-культурном опосредовании подтверждаются и при восстановлении сознания у детей после тяжелых повреждений головного мозга. Исследования в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии показали, что социальное окружение ребенка является столь же значимым фактором в реабилитации, влияющим на эффективность и результат восстановления сознания [Быкова В.И., Семенова Ж.Б., Фуфаева Е.В., 2012], сколь и другие «объективные» факторы (оперативное вмешательство, медикаментозная терапия, физическая реабилитация и пр.) [Семенова Ж.Б., 2012].

Соратник и последователь Л.С. Выготского Александр Романович Лурия [Лурия А.Р., 1962, 1979, 2003], анализируя опыт работы с пациентами после ранений в голову, предложил функциональную теорию высших корковых функций человека (память, внимание, речь, мышление и др.) – выразителей сознательных процессов с топической их привязкой к зонам головного мозга. А.Р. Лурия не писал о дефиниции сознания как таковой, но употреблял термин «психическая деятельность».

Предлагаемая им теория трех функциональных блоков мозга, объясняла строение и протекание мозговых процессов (энергетический блок; блок получения, хранения и переработки информации; блок контроля, регуляция и программирования деятельности). А.Р. Лурия – основоположник российской нейропсихологической науки, находящейся на стыке психологии и медицины. В исследованиях сознания нейропсихология соотносит мозг и сознание, делая в большей степени акцент на структуре и функционировании головного мозга при формировании высших психических функций. Тем не менее, понимание феномена сознания не может ограничиваться только аспектом анатомической и функциональной причинности, сознание нередуцируемо к телу. Так, например, современный философ-аналитик Д. Чалмерс считает, что сознательный опыт имеет нефизическую природу, хотя и зависит от последней согласно законам природы [Чалмерс Д., 2013].

А.Н. Леонтьев, вынужденно опираясь на философскую теорию отражения, считал, что сознание образуется с помощью личностных значений. Сознание – по А.Н. Леонтьеву – есть картина мира, в которую включен сам человек, его действия и состояния [Леонтьев А.Н., 1972]. Изначально сознание – лишь форма психического образа, открывающая субъекту окружающий мир с внешней, практической деятельностью. Далее предметом сознания становится также и деятельность (осознание действий других, а через них и собственные действия). Только после взаимодействия между людьми и возникновения внутренних действий и операций, протекающих в «плане сознания», сознание само становится деятельностью.

Чувственные образы индивида, представляющие форму психического отражения, порожденного предметной деятельностью субъекта, приобретают качество означенности. Значения и являются важнейшими «образующими» человеческого сознания. По А.Н. Леонтьеву, тремя основными образующими сознания являются чувственная ткань образа (переживание «чувства реальности»), значение (содержание, связываемое с тем или иным выражением языка) и личностный смысл, приобретаемый в индивидуальном сознании.

Развитие основ российской психологии, заложенных Л.С. Выготским и А.Н. Леонтьевым, продолжилось их учениками – П.Я. Гальпериным, Б.В. Зейгарник, А.В. Запорожцем, В.П. Зинченко и многими другими. Важно также назвать и последователей идей Л.С. Выготского и А.Н. Леонтьева – Б.С. Братуся (развитие личности, христианская психология) [Братусь Б.С., 1991, 2017, 2019], А.Г. Асмолова (историко-эволюционная концепция) [Асмолов А.Г., 2002], В.Ф. Петренко (экспериментальная психосемантика) [Петренко В.Ф., 2005, 2010], Ф.Е. Василюка (понимающая психотерапия) [Василюк Ф.Е., 1984, 1997], В.Б. Хозиева (семиотические проблемы психологии «опосредствования») [Хозиев В.Б., 2005] и другими авторами.

До настоящего времени для многих врачей-практиков, получивших свое образование в рамках объективистского, и, зачастую, вульгарно материалистического подхода, человек и его сознание выступают в виде механистических, физиологических и редукционистских моделей, а сознание является лишь свойством высокоорганизованной материи. Из этого следует, что восстановление сознания это – возвращение топографической карты рефлексов и реакций на стимулы от внешнего мира, что оставляет в стороне гуманистические и холистические основы процесса восстановления и реабилитации. Собственно, сама дефиниция сознания в медицине отсутствует, так как предмет медицины представлен не в психологических, а нозологических категориях.

С появлением нейровизуализационных или объективизирующих методов стало проводиться больше исследований, посвященных нейробиологическим теориям работы сознания: теория о существовании нейрональных коррелятов сознания Ф. Крика и К. Коха (цит. по [Райл Г., 1999]), теория селекции нейрональных групп Дж. Эдельмана (цит. по [Дельгадо Х., 1971]) и др.

Развитие современной психологической теории сознания в России, в большей степени, идет по пути когнитивно-бихевиоральных исследований, с опорой на «объективные» методы [Величковский Б.М., 2008; Анохин К.В., Александров Ю.И., Безденежных Б.Н. и др., 2008; Аллахвердов В.М., 2000; Голдберг Э., 2007] и др. Когнитивные исследования рассматривают чаще узкие,

частные проявления сознания, не поднимаясь к поиску общих закономерностей его функционирования, отделяя сознание от личности и человека в его целостности. «Психология, наука о поведении (бихевиоризм), когнитивная психология и когнитивная нейробиология либо избегают касаться проблем сознания, либо не рискуют сделать субъективный опыт основным объектом внимания своих исследовательских программ» [Ревонсуо А., 2013, с. 14].

По мнению Аллахвердова В.М., понятие сознания имеет сотню разных значений, иногда противоречащих друг другу [Аллахвердов В.М., 2000]. В целом, сознание является совокупностью меняющихся образов (чувственных и умственных), предвосхищающих практическую деятельность. Оно может определяться также как высшая форма отражения, характеризующая человеческую внутреннюю активность. Сознание не может рассматриваться отдельно от психики и социальной жизни человека, оно возникает и формируется в процессе антропогенеза с помощью труда и социально по своей природе.

На наш взгляд, приведенные современные определения сознания в известной степени ограничивают реальную феноменологию сознания, относя к ней, прежде всего, речевую активность и деятельностьную природу, что остается характерным для материалистических, а по сути редуccionистских, подходов в философии, психологии и медицине.

Тем не менее, литературный анализ был бы неполным без рассмотрения походов, развиваемых позитивистской, аналитической и религиозной философиями.

Сознание, как одно из основных понятий философии, психологии, социологии, обозначает способность человека идеально представлять действительность в мышлении. Впервые в философии проблема сознания была затронута в религиозной метафизике Блаженного Августина (354-430 гг.).

Рене Декарт (1596-1650) сформулировал понятие сознания в рамках дуалистического подхода, как светское понятие философии. Психика, по мнению Декарта, – это внутренний мир человека, доступный самонаблюдению, который имеет духовное особое бытие. Психика противопоставляется телу и

материальному внешнему (физическому) миру. Сознание несводимо к физическому миру, а времяположено ему (цит. по [Шестов Л., 2008]). С постановки Декартом психофизической проблемы произошел исторический поворот в теме сознания. Сознание, по Декарту, в отличие от физических объектов не обладает протяженностью (свойство «непротяженности» сознания). Данный концепт впоследствии вошел в определение качеств сознания современной философией сознания.

В диалектическом материализме сознание выступает как свойство высокоорганизованной материи и является результатом эволюции отражения. По мнению философов-материалистов, к формам отражения относились – раздражимость (исходная форма отражения), чувствительность (способность к ощущению, начальной формой психики животных), восприятие и сознание (активное действие субъекта, творческая активность, избирательность и целенаправленность восприятия) [Лифшиц М.А., 2003; Ильясов Ф.Н., 1991; Нагуманова С.Ф., 2011] и др.

М.К. Мамардашвили считал, что о сознании «в принципе нельзя построить теорию. Ни в виде предельного философского понятия, ни в виде реального явления, описываемого психологическими и другими средствами, сознание не поддается теоретизации, объективированию» [Мамардашвили М.К., 1990, с. 3]. Тем не менее, главной темой его философии была проблема человеческого сознания.

Другие современные философы также не оставляют попытки рассуждений и поиска онтологических оснований сознания, опираясь не только на мыслительный эксперимент, но и на данные современных когнитивных исследований [Чалмерс Д., 2013; Серл Дж., 1998; Хамфри Н., 2014; Деннет Д., 2003, 2017; Хофштадтер Д., 2003; Прист С., 2000; Пинкер С., 2016; Райл Г., 1999; Волков Д.Б., 2012; Иванов Д.В., 2013; Васильев В.В., 2009; Дубровский Д.И., 2015; Кузнецов А.В., 2015].

За последнее десятилетие из обсуждений, споров, мыслительных экспериментов и анализа философов начало рождаться совокупное определение

сознания. Именно определение, которое предлагает современная философия сознания, обобщая весь предыдущий опыт знаний (и не только философии), на наш взгляд, задает систему координат, помогающую интерпретировать и встраивать в единую канву терминологического поля различные опытные данные о человеческом сознании. Вслед за Аллахвердовым В.М. мы признаем, что «... любая попытка строгого определения сознания, к сожалению, обречена на справедливую и беспощадную критику, так как не может соответствовать всем популярным значениям этого понятия» [Аллахвердов В.М., 2000, с. 30]. Тем не менее, в данной работе мы будем опираться на собирательное определение сознания, предложенное современной философией сознания.

Сознание – многомерное образование или совокупность (кластер) ментальных состояний, обладающих качественными характеристиками или модальностями, среди которых следует выделить:

- непротяженность сознания – не локализованность, не расположенность в пространстве (Р. Декарт);

- проявление любых ощущений и чувств, «как вещи выглядят для нас» – по Д. Деннету – качественность сознания (от лат. *qualia*) (Д. Деннет, Дж. Серл, Н. Хамфри и др.);

- целостность (эмергентность) сознания – несводимость свойств системы к сумме свойств её компонентов (Дж. Исмаэль, Дж. Массер и др.);

- приватность сознания – индивидуальные особенности каждого сознания, субъективная реальность человека (У. Джеймс, Д. Чалмерс, Д.И. Дубровский и др.);

- субъективность сознания – способность наблюдать сознание в самом себе (Р. Декарт, В. Вундт, В.М. Бехтерев и др.);

- простота сознания – возможность выделения простых его элементов: объема, порога, ритмичности, избирательности, относительной устойчивости, неизменчивости, преемственности в опоре на память (В. Вундт, У. Джеймс, Э. Титченер и др.);

– направленность на предмет, полагание предмета в мысли – интенциональность сознания (Ф. Brentano, Э. Гуссерль и др.);

– непрерывность сознания – постоянное движение, «поток сознания» (У. Джеймс и др.);

– речь – вербальное опосредствование самовыражения, общения, мышления (Р. Декарт, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Д. Деннет, С. Пинкер, и др.).

Из перечисленных свойств сознания возможно выделение качеств, которые могут быть подвергнуты непосредственному изучению и эмпирической реальности. К ним можно отнести: квалитативность, простоту (объем, ритмичность, избирательность, устойчивость, неизменчивость), интенциональность, непрерывность, речь.

Приведенный перечень не исчерпывает всех свойств сознания, выделенных разными авторами на всех этапах развития философии, психологии, физики и медицины. Говоря словами Л.С. Выготского: «Мы чрезвычайно упрощенно объясняем проблему исключительной сложности» [Выготский Л.С., 1982, с. 109].

1.2. Понятие «сниженное сознание»

С возникновением в медицине «объективных» нейровизуализационных, диагностических методов значительно возрос интерес именно к вопросам сниженного сознания после повреждений головного мозга [Brown F., Whittingham K., Boyd R., 2013; Owen A., 2008; Mélotte E., Maudoux A., Laureys S., 2018; Кондратьева Е.А., Яковенко И.В., 2014; Кондратьева Е.А., 2005] и др. Нынешнее десятилетие объявлено ООН «Десятилетием исследований сознания».

Исследования человеческого сознания в медицине проходят в основном в рамках дихотомического подхода: сохранное сознание — угнетенное (дезинтегрированное) сознание (см. рисунок 1).



Рисунок 1. Дихотомическая система представлений категорий сознание в медицине

Между противоположностями располагается путь различных ступеней, уровней угнетения сознания. К сниженным состояниям сознания, следуя дефинициям медицины, можно отнести кому, вегетативное состояние, минимальное состояние сознания или мутизм органического генеза (акинетический, гиперкинетический мутизм), состояние спутанности. Термин «сниженное сознание» (длительное или хроническое нарушение сознания) является общепринятым и часто используемым в медицинских статьях, работах и докладах на международных конференциях.

Для определения уровня (ступени) сниженного сознания разработано большое количество медицинских шкал и инструментальных методик (справочники: [Robyn L., Tate A., 2010; Белова А.Н., 2002] и др.). Важно обратить внимание, что данные шкалы оценивают уровень сознания пациентов только по некоторым их проявлениям, не учитывая вариабельность и силу проявленности реакций. Например, врачи-реаниматологи для скрининговой оценки состояния пациента после травмы применяют Шкалу Комы Глазго (ШКГ), впервые опубликованную в 1974 году Г. Тиздейлом и Б. Дж. Дженнетт [Белова А.Н., 2002]. ШКГ учитывает всего три параметра – открывание глаз, речевой ответ и двигательная реакция пациента (см. Приложение Б). Шкала Комы Глазго была разработана, для осмотра пациента сразу после момента травмы, однако ее (как доказательную и удобную) часто необоснованно используют и для оценки реабилитационных пациентов на разных этапах их восстановления. Для врача личность пациента тождественна его сознанию. Из этого логично следует предположение, что «нет сознания – нет личности (!), а конечная цель –

необходимость вернуть пациенту прежний контроль, произвольность и речевой ответ (медицинские критерии наличия сознания)» [Быкова В.И., Бойко А.И. и др., 2017, с. 20]. С точки зрения психологии, данные параметры не могут являться определяющими координатами личности, а лишь отдельные частные ее составляющие.

По сравнению с ШКГ, Шкала оценки психической активности у взрослых пациентов при повреждениях головного мозга Доброхотовой–Зайцева вводит более подробную и широкую градацию состояний угнетенного сознания – от «глубокого сна» (комы) до ясного сознания (восстановление до преморбидного уровня). В данной шкале восстановление психической активности пациентов рассматривается, как путь, где сниженными состояниями сознания являются состояния от комы до спутанности, а стадии сознания после спутанности можно условно отнести к ясному сознанию с определенными особенностями и индивидуальными характеристиками [Доброхотова Т.А., 2006; Зайцев О.С., 2012]. (см. Приложение В)

Приведем краткое описание некоторых стадии сниженного сознания, встречаемое в медицинской литературе:

Кома (от др.-греч. κῶμα – глубокий сон) – бессознательное состояние при отсутствии любых реакций на внешние раздражители. Независимо от этиологического фактора кома является следствием поражения центральной нервной системы [Чазов Е.И., 2002]. Кома – характеризующееся потерей сознания состояние с резким ослаблением или отсутствием реакции на внешние раздражения, угасанием рефлексов до полного их исчезновения. Данное состояние – серьезная угроза жизни и характеризуется нарушением ряда функций жизнедеятельности, в том числе: нарушением глубины и частоты дыхания, изменением сосудистого тонуса, учащением или замедлением пульса, нарушением температурной регуляции.

С психологической точки зрения кома является состоянием с минимальными проявлениями психической жизни пациента. При состоянии комы происходит минимизация его возможностей общения с окружающим миром. Так,

например, на обращение в близком поле пациента может только несколько поменяться ритм и частота его дыхания, а вот двигательных и вегетативных реакций отмечаться не будет. Пациенты в коматозном состоянии полностью дезадаптивны и беспомощны.

Вегетативное состояние (бодрствующая кома) – следующая ступенька после комы после тяжелых повреждений головного мозга.

Первое упоминание вегетативного состояния в литературе встречается еще в конце XIX века (W. Rosenblath, 1899). Еще в 1940 году немецкий психиатр и психолог Э. Кретчмер достаточно полно и подробно описал вегетативного пациента: «Больной в прострации (неподвижен), бодрствует, но не говорит. Его глаза открыты, они бессмысленно перемещаются, не фокусируясь ни на чем, либо больной смотрит прямо вперед. Попытки привлечь его внимание безуспешны. Разговор с больным, прикосновение к нему или демонстрация ему предметов не приводит к ощутимым результатам... Он не реагирует разумно на привычные простые стимулы. Напротив, ответ на незначительную внешнюю стимуляцию возрастает чрезвычайно... Наблюдаются такие примитивные инстинкты, как хватание, сосание и жевание. Синдром отличается от комы появлением чередования сна и бодрствования» (цит. по [Кондратьева Е.А., 2005])

Если данное состояние у пациентов длится более 6-ти месяцев, то оно определяется как хроническое и может обозначаться как «вегетативный статус» или «перманентное вегетативное состояние». [Мяги М.Я., 1969; Gill-Thwaites, 1997; Ansell B. J. and Keenan J. E., 2013] и др.

По данным Е.А. Кондратьевой и И.В. Яковенко из наблюдения в течение 4-х лет в 11 российских клиниках лечилось 747 человек, находящихся в вегетативном состоянии (ВС). Из них в 42% случаев ВС было получено вследствие черепно-мозговой травмы, 10% из-за гипоксии мозга, 21% – ишемический инсульт и 17% – внутримозговое кровоизлияние. Только в 4,4 % случаев (в оценке по Шкале Исходов Глазго) после вегетативного состояния происходит полное выздоровление пациентов. Основной процент исходов составили пациенты с глубокой инвалидизацией (42,83%) и в 9,63% случаев

исходом вегетативного состояния явилась смерть пациентов [Кондратьева Е.А., Яковенко И.И., 2014].

Мутизм органического генеза (акинетический / гиперкинетический мутизм) или минимальное сознание [Giacino J. T., Ashwal S., Childs N., et al., 2002] – следующий уровень за вегетативным состоянием. За рубежом принята классификация, при которой после вегетативного идет состояние минимального сознания (–), а далее минимального сознания (+) [Robyn L., Tate A., 2010]. Минимальное сознание (+) ставится пациентам при появлении у них собственной произвольной активности. В российской клинической школе чаще используется классификация, введенная Т.А. Доброхотовой и О.С. Зайцевым (1993). Состояние органического мутизма отличается от вегетативного большими возможностями пациента в психической деятельности и движениях [Доброхотова Т.А., 2006; Зайцев О.С., 2010, 2016; Коновалов А.Н., Лихтерман Л.Б., Потапов А.А., 1998-2002] и др. Однако часто многие врачи путают минимальное сознание и вегетативное, называя таких пациентов «вегетатиками».

На стадии минимального сознания (акинетического / гиперкинетического мутизма) пациенты уже могут не только непроизвольно открывать глаза, но и делают это на обращение к ним. Появляется кратковременная фиксация взора, вегетативные реакции в ответ на обращение дополняются двигательными/вегетативными проявлениями, а в дальнейшем и эмоциональными реакциями. Но важно учитывать, что все наблюдаемые реакции еще минимальны по своим проявлениям и возникают только в периоды активности пациентов. На фоне истощения таких реакций можно вообще не наблюдать, поэтому внимательный специалист для адекватной и полной оценки возможностей пациента должен подходить к нему не единожды в течение одного дня.

Итак, именно в минимальном сознании у пациентов «просыпается жизнь» и, если в вегетативном состоянии присутствует полная отстраненность пациента от внешнего мира, индифферентность его к сигналам извне, то в акинетическом мутизме уже появляются и минимальная активность, и некоторая

заинтересованность в контакте с другими, демонстрируемая двигательной и вегетативно.

Спутанность – состояние сознания с возможностью речевого общения с пациентом, позволяющая выявить или предположить (при афазиях) дезориентировку больного в себе и окружающем: месте, времени, ситуации. В этом состоянии также отмечается невозможность целенаправленного адекватного поведения, целостного восприятия и запоминания происходящего [Зайцев О.С., 2011] и др.

На стадии спутанности пациентам еще не доступно запоминание реальных, непосредственных событий вокруг – нарушение памяти на текущие события [Кравчук А.Д., Синбухова Е.В., Потапов А.А. и др., 2018; Фуфаева Е.В., Микадзе Ю.В., Лукьянов В.И., 2017; Ewing-Cobbs L., Levin H.S., Fletcher J.M., 1990] и др. Все события дня будут превращены в спутанную мозаику. Больные зачастую не могут вспомнить, кто их навещал из родственников или друзей, что они ели, чем занимались в течение дня, а воспоминания могут неожиданно бесконтрольно всплывать через неопределенное время. Сами воспоминания могут контаминировать, а реальные события подвергаться искажению под воздействием собственных переживаний и субъективного опыта. Тем не менее, отмечены случаи, когда пациенты в состоянии спутанности запоминали эмоционально значимых для них людей и события, причем, эти воспоминания устойчивы и неизменяемы со временем [Г. Эббингауз, 1911].

Состояние спутанности после тяжелых повреждений головного мозга встречается чаще у взрослых и подростков, чем у маленьких детей. У детей до раннего подросткового возраста (9-10 лет) спутанности практически не отмечается, но имеет место период с преобладанием негативных реакций – негативизм (от лат. *negatio* — отрицание). Негативизм у детей при тяжелых повреждениях головного мозга носит больше характер бессмысленного сопротивления всему и не связан с «потребностью субъекта в самоутверждении» (как это свойственно негативизму, не обусловленному приобретенными органическими повреждениями). Основной мотив поведения таких детей –

оставаться в покое, чтобы их не трогали ни физически, ни словесно. Негативизм после тяжелых повреждений головного мозга может носить и агрессивный характер даже тогда, когда это касается необходимой непосредственной помощи в чем-либо – подстраховки при возможном падении в ситуации сидения, стояния или движения и пр. Дети в состоянии спутанности могут физически навредить не только себе, но и окружающим, не давая себе отчет в том, что с ними происходит.

Важно отметить, что состояние спутанности не тождественно состоянию делирия (лат. *delirium* – безумие, бред; лат. *deliro* – безумствую, брежу), описанному в психиатрии, так как последнее относится к собственно психическим расстройствам с сохраненным осознанием собственной личности и опасностей вокруг. Состояние спутанности у детей с раннего подросткового возраста может сопровождаться двигательным беспокойством – множественными, хаотичными, повторяющимися и нецеленаправленными движениями. Эти движения также никак не связаны с текущей ситуацией, но имеют скрытый психологический смысл (например, желание пить, уйти домой и пр.).

Врачебная оценка стремится к максимальной объективизации посредством количественного фактора. Однако количественный подход не может полностью заменить собой качественную составляющую, без которой разрушается само понятие феномена сознания – целостного, стремящегося к структурированию, функционально организованного и социально обусловленного. Объективистский медицинский подход важен, но, фактически, недостаточен для понимания феномена сознания (нарушенного сознания), его структуры, закономерностей и должен быть восполнен психологическим и педагогическим пониманием.

В области педагогики – дефектологии при работе с детьми, находящимися в состояниях сниженного сознания, нельзя не упомянуть работы А.В. Закрепиной [Закрепина А.В., 2012, 2013, 2019], посвященные педагогическим технологиям при работе с данной категорией детей. Автор предлагает педагогические методы работы с детьми после повреждений головного мозга, начиная уже с вегетативного состояния.

Б.В. Зейгарник описывала нарушения сознания (состояние оглушения), которые следует отделять от собственно психических нарушений. Состояния оглушения сознания, по мнению Б.В. Зейгарник, определяются совокупностью всех признаков нарушения, описанных К. Ясперсом, а не наличием одного из них или нескольких: дезориентировка в месте, времени и ситуации, отсутствие отчетливого восприятия окружающего, бессвязность мышления, затрудненное воспоминание происходящего [Зейгарник Б.В., 1969].

Проблема глубоких нарушений сознания различного генеза является крайне актуальной. В настоящей работе рассматриваются нарушения сознания, вызванные тяжелыми повреждениями головного мозга, для которых мы используем установившийся медицинский термин «сниженное сознание», но пытаемся его наполнить именно психологическим содержанием.

Нарушение сознания, определяемое в медицинской терминологии как «угнетенное» или «сниженное», входит в психологической литературе, в более широкое понятие, обозначаемое термином «измененные состояния сознания» (А. Людвиг, 1980)², а также [Тарт Ч., 2003; Ревонсуо А., 2013; Петренко В.Ф., 2005, 2010; Гордеева О.В., 2002, 2009, 2012, Петровский В.А., Ярошевский А.В., 1994] и др. Однако при тяжелых повреждениях головного мозга нужно говорить не об измененных состояниях сознания (с различным генезом), а о длительных или глубоких измененных состояниях [Быкова В.И. Харьковский А.Н., Фуфаева Е.В. и др., 2017, 2018], при которых: отсутствует целенаправленная активность, разрушается восприятие схемы своего тела, происходят глубокие изменения в перцептивных процессах (игнорирование одной стороны тела, чувств от собственного тела), искажается восприятие времени [Максакова О.А., 2014; Марцинковская Т.Д., 2017] и др., нарушается или отсутствует произвольное внимание [Пахальска М., 2012; Фуфаева Е.В., Микадзе Ю.В., 2017] и др.

Сниженное сознание в психологическом контексте можно определять также и в терминах теорий бессознательного [Лейбниц Г., 1982; Жане П., 2010; Фрейд З., 1991; Юнг К.Г., 2010], где, чем сильнее угнетение сознания, тем больше

² (цит. по [Тарт Ч., 2003])

появляются явления и факты неосознанных или бессознательных процессов. Однако теории З. Фрейда, К.Г. Юнга и П. Жане выстраивались на наблюдениях за пациентами с относительно сохранными вербальными возможностями и без столь сильных нарушений психической активности. «После тяжелых повреждений головного мозга при глубоком угнетении сознания могут отсутствовать как возможности словесного самовыражения, так и контроль над своими собственными действиями, страдает произвольность, возникают значительные проблемы установления контакта с окружающим миром» [Быкова В.И., Лукьянов В.И., Фуфаева Е.В., 2015, с. 15]). Для глубоких (длительных) измененных состояний сознания, к которым относятся кома, вегетативное состояние, состояние минимального сознания (акинетический и гиперкинетический мутизм), в большей степени подходит термин «досознательное». Данный термин предложен К.Г. Юнгом, который считал необходимым различать первобытные, первоначальные представления и бессознательный материал [Юнг К.Г., 2010]. Дефиниция «досознательное» подразумевает архаичное, первобытное, изначальное, где еще нет сформированности каких-либо функций и систем, а только их составляющие, «кирпичики», почва для появления элементарных ощущений и чувств.

Еще Зинченко В.П. и Моргунов Е.Б., поднимая вопрос о сознании, писали: «...со времени выхода книг А.Н. Леонтьева и С.Л. Рубинштейна, посвященных сознанию, наблюдается существенное уменьшение усилий академической и университетской психологии, направленных на его изучение» [Зинченко В.П., Моргунов Е.Б., 1994, с. 165]. Так, к сожалению, при анализе современной литературы по теме психологического сопровождения пациентов в состояниях сниженного сознания также обнаруживается крайне малое число именно психологических работ.

Отдельно важно выделить работы Арнольда Минделла, который, практикуя с пациентами в сниженных состояниях сознания, рассматривает сознание как некую продолженность во времени, континуум, а не как отдельные статичные срезы или константы [А. Минделл, 2005]. Опираясь на принцип

процессуальности, А. Минделл создает новое психотерапевтическое направление – процессуально-ориентированный подход, основополагающим конструктом которого является выявление скрытых, не замечаемых субъектом, вторичных сигналов наряду с первичными – осознаваемыми, находящимися в поле внимания (см. рисунок 2).

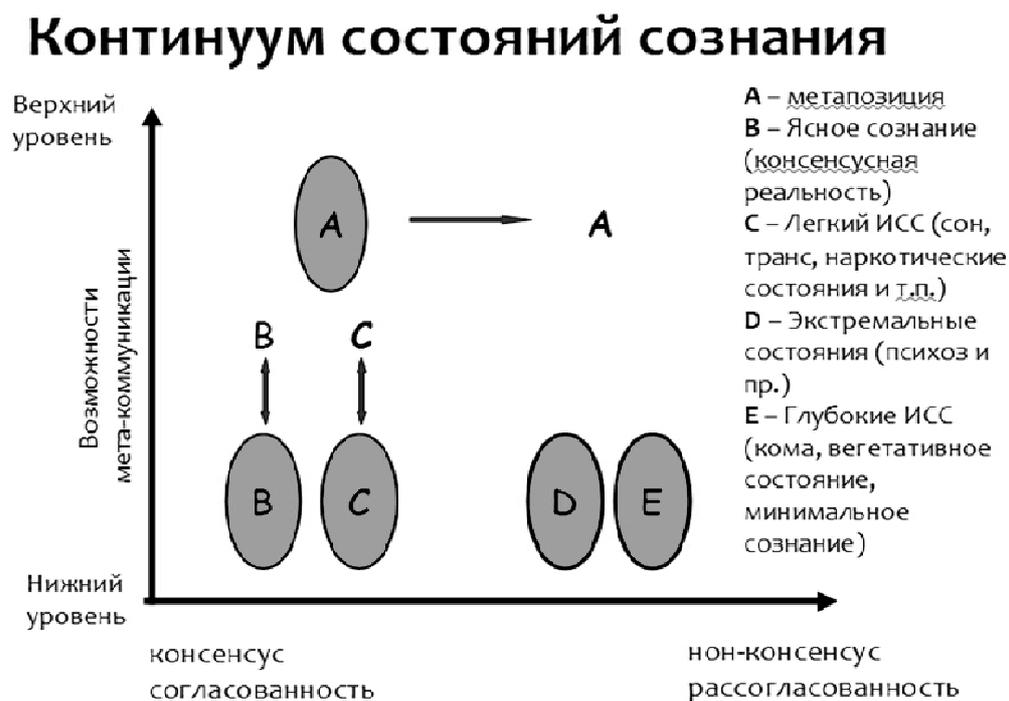


Рисунок 2. Континуум состояний сознания по А. Минделлу (2006)

Согласно А. Минделлу, на этапе «согласованности» у пациента в измененных состояниях сознания присутствует взаимосвязь между первичными и вторичными сигналами и процессами, а также возможен переход пациента из одного состояния сознания в другое. Терапевт из «мета-позиции», которая позволяет ему не терять контакт со своей глубинной духовной природой, также, как и пациент, может заходить на территорию измененного сознания. В ситуации нон-консенсуса, при разобщении, рассогласованности первичных и вторичных процессов пациента, терапевт в «мета-коммуникации» максимально сосредоточен, сконцентрирован и внутренне собран.

Вслед за работами А. Минделла новое обоснование метода работы с пациентами в состояниях сниженного сознания, которое выстраивалось на

выделении и подчеркивании значимости участия самого пациента в работе реабилитационной команды, была предложена в НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко О.А. Максаковой, [Максакова О.А., 1997, 2010, 2014]. Работа группы О.А. Максаковой (Н.С. Игнатъева, С.Б. Гусарова, В.И. Быкова, С.Ю. Бойко и А.Ю. Бойко и др.), в большей степени относилась к взрослым больным, находящимся в сниженных состояниях сознания. По убеждению О.А. Максаковой, команда позволяет пациенту интегрировать утерянные функции. Формирование психических и телесных возможностей пациента происходит опосредовано через «отзеркаливание» командой малых (гомеопатических) его проявлений и через последующую их интериоризацию. К сожалению, этот прогрессивный метод не встретил должного понимания и принятия со стороны клиницистов, а вынужденная ограниченность клинической практики из-за консервативного сопротивления медицинской среды не позволила авторам должным образом проработать, терминологически обосновать и сформулировать концепцию метода, наполнить его именно психологическим содержанием для дальнейшего распространения.

Реальный психологический опыт работы с глубокими измененными состояниями сознания у пациентов после церебральных травм, а также найденные в литературе, современные определения сознания не в достаточной степени удовлетворяют потребностям в объяснении наблюдаемого. Однако определение сниженного сознания можно вывести из дефиниции, предложенной современной философией сознания, корректное в терминологическом пространстве и референтное непосредственному практическому опыту. Таким образом, сниженное сознание может определяться как совокупность или кластер ментальных состояний с качественными характеристиками при дефицитарности:

1. самоанализа (рефлексивного сознания, идентификации собственного «Я», сепарации «Я» и пр.);
2. вербальной коммуникации и самовыражения;
3. направленности, мотивации (интенциональности);
4. непрерывности;

5. чувственного опыта и чувственного взаимодействия (квалитативности).

Такое определение позволяет не только в некоторой степени объяснить наблюдаемую непосредственную реальность и чувственный опыт, в котором прибывают пациенты после повреждений головного мозга, но и искать пути взаимодействия с ними, не уходя в лабиринты материалистичности и функционализма с редукционистскими ограничениями. Данная дефиниция, на наш взгляд, предоставляет поле, возможность для психологического исследования и понимания механизмов работы, функционирования сознания человека.

Выводы по первой главе

Анализ литературы показал, что при существовании множества определений сознания в настоящее время отсутствует одно общепринятое, удовлетворяющее потребностям разных научных областей и дисциплин (медицины, психологии, философии, нейробиологии и др.). «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» [Метцингер Т., 2017, с. 4].

Дефиниция сознания, предлагаемая современной философией сознания, на наш взгляд, является наиболее полной и позволяет задать необходимую систему координат для адекватной интерпретации и встраивания различных данных о сознании в единую канву терминологического и понятийного поля.

Сознание – совокупность ментальных состояний, имеющих определенные характеристики или качества:

– непротяженность сознания – не локализованность, не расположенность в пространстве – Р. Декарт;

– проявление любых ощущений и чувств, «как вещи выглядят для нас» по Д. Деннету – квалитативность сознания (от лат. *qualia*) – Д. Деннет, Дж. Серл, Н. Хамфри и др.;

– эмергентность сознания – несводимость свойств системы к сумме свойств её компонентов – Дж. Исмаэль, Дж. Массер и др.;

– приватность сознания – индивидуальные особенности каждого сознания, субъективная реальность человека – У. Джеймс, Д. Чалмерс, Д.И. Дубровский и др.;

– субъективность сознания – способность наблюдать сознание в самом себе – Р. Декарт, В. Вундт, В.М. Бехтерев и др.;

– простота сознания, возможность выделения простых элементов: объем, ритмичность, избирательность, относительная устойчивость, неизменчивость, преемственность в опоре на память – В. Вундт, У. Джеймс, Э. Титченер и др.;

– невыразимость сознания – невозможность вербального внешнего выражения истинного внутреннего содержания: завершенность, универсальность, необусловленность, свобода от ограничений – Д. Деннет и др.;

– направленность на предмет – полагание предмета в мысли интенциональность сознания – Ф. Brentano, Э. Гуссерль и др.;

– непрерывность сознания – постоянное движение, «поток сознания» – У. Джеймс и др.;

– речь – возможность самовыражения, вербального общения, вербально-логического мышления – Р. Декарт, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Д. Деннет, С. Пинкер, и др.

Такое определение позволяет вывести дефиницию, определить терминологическое поле сниженного сознания, вмещающая не только разный (в том числе и психологический) опыт, но и задавая канву интерпретаций получаемых данных о феноменах и возможностях сознания.

Сниженное сознание выступает как совокупность ментальных состояний, с характеристиками непротяженности, эмергентности, субъективности, приватности, простоты, невыразимости или необусловленности. Однако в сниженных состояниях сознания имеет место дефицитарность таких качеств как:

1. самоанализ (рефлексивное сознание, идентификация собственного «Я» и пр.);

2. вербальная коммуникация и самовыражение;
3. направленность, мотивация (интенциональность);
4. восприятия, ощущения и чувства (квалитативность);
5. непрерывность.

Процесс восстановления ребенка после тяжелой церебральной катастрофы является процессом погружения в континуум восстановления его сознания. Само пространство континуума определяет не только диалогичность, но и персонифицированность, соотнесенность с индивидуальным пространством, особенностями и возможностями болеющего ребенка. Общая и специальная психологии основывается на субъект-субъектном подходе, при котором между психологом и ребенком происходит истинная (а не формальная) встреча, даже при условии, что ребенок находится в глубоком измененном состоянии сознания. Происходит встреча личности психолога с, пусть измененной, но личностью ребенка, говоря словами В.И. Слободчикова, происходит «со-бытие» [Слободчиков В.И., Исаев Е.И., 1995, 2013], диалог [Бубер М., 1995; Братусь Б.С., 1991, 1995, 1999, 2005, 2019; Кричевец А.Н., Солодушкина М.В., 2015; Копьев А.Ф., 1990] и др.

Очевидно, что пока клиническая медицина не будет интегрировать опыт и выводы других областей знаний (философии, психологии, нейробиологии, когнитивных исследований, педагогики, физики, математики и др.) продвижение вперед и ее развитие будет крайне малым и недостаточным. Важность интегративного, разностороннего подхода к теме сознания, на наш взгляд, очевидна и бесспорна.

ГЛАВА 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СНИЖЕННОГО СОЗНАНИЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА

2.1. Психологические особенности сниженного сознания у детей после церебральной травмы

Рассматриваемое в нашей работе сниженное сознание у детей возникает вследствие повреждений головного мозга и входит в симптомокомплекс травматической болезни головного мозга. Травматическая болезнь является не врожденной, а приобретенной патологией, и поэтому важно рассмотреть и понять, как болезнь влияет на формирующуюся, развивающуюся личность ребенка [Shiel A., Horn S., Wilson B.A. et al., 2000].

В отличие от других приобретенных заболеваний травматическая болезнь головного мозга вначале не столько встраивается в онтогенетическое развитие ребенка, сколько «зачеркивает» его предыдущие, преморбидные возможности, а далее становится первазивным (всепроникающим) расстройством, влияющим на все дальнейшее формирование. Также как и детский аутизм (РАС), травматическая болезнь мозга является не механической суммой отдельных трудностей [Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., 2007], а единой системой дальнейшего дизонтогенеза, охватывающей все психическое развитие ребенка.

Состояния сознания после тяжелых повреждений головного мозга в психологическом контексте можно рассматривать как глубокие измененные состояния сознания. Измененные состояния сознания определяются разными авторами как состояния, при которых изменяется самосознание, происходят смысловые трансформации, страдает произвольное внимание, нарушается целенаправленное мышление, увеличивается образность мышления, происходят изменения в перцептивных процессах и в восприятии собственного тела,

изменяются внутренние и внешние временные координаты [Гордеева О.В., 2002, 2012; Тарт Ч., 2003] и др. Однако тяжелые повреждения головного мозга являются причинами глубоких или длительных измененных состояний сознания, при которых отсутствует любая целенаправленная активность, нарушается восприятие схемы собственного тела и происходят глубокие изменения в перцептивных процессах [Owen A., 2008; Mélotte E., Maudoux A., Laureys S., 2018; Кондратьева Е.А., 2005, 2014] и др., сильно изменяется чувство внешнего и внутреннего времени [Рубинштейн С.Л., 2002; Зейгарник Б.В., 2006; Максакова О.А., 1997, 2014; Максакова О.А., Игнатъева Н.С., Зайцев О.С., 2016] и др., искажается или полностью отсутствует произвольное внимание [Пахальска М., 2012; Фуфаева Е.В., Микадзе Ю.В., Лукьянов В.И., 2017] и др. У больных, находящихся в длительных измененных состояниях сознания, отсутствует как вербальное самовыражение, так и собственные интенции, что в совокупности позволяет предположить отсутствие не только образности мышления, но и его смыслообразующей функции [Леонтьев А.Н., 1975] и др.

Психические и поведенческие изменения у детей после тяжелых повреждений головного мозга можно рассматривать через призму культурно-исторической теории Л.С. Выготского, когда наблюдаемые особенности детей являются распадом высших психических функций.

У всех детей данной группы отмечается значительное **снижение психологического возраста**, проявляющееся как в их собственных проявлениях, так и в отношениях к ним близких людей. Так, родители общаются с детьми, используя много уменьшительно-ласкательных слов, резко снижается уровень требований относительно проявлений и поведения ребенка. Родители часто говорят, что воспринимают ребенка, как «совсем маленького» или «как это было в раннем детстве». Отношения внутри семьи приобретают симбиотичный характер [Левченко И.Ю., Ткачева В.В., 2008; Буслаева А.С., Венгер А.Л., Лазуренко С. Б., 2016].

Сам же ребенок, несмотря на свой фактический возраст, откликается только на поддерживающий контакт и демонстрирует отсутствие ранее приобретенных,

сформированных в процессе онтогенеза, собственных копинг-стратегий, стратегий совладания во взаимодействии с другими людьми [Кляйн М., Айзекс С., Райвери Дж., Хайманн П., 2001; Браун Дж., 1997; Фрейд А., 2002] и др. Можно сказать, что регрессивные тенденции у детей сниженных состояниях сознания приводят их к уровню индивида, а личность, как таковая, может исчезнуть из поля взаимодействия с другим [Эльконин Д.Б., 2011; Асмолов А.Г., 2002] и др., из диалогичности [Бубер М., 1995; Кричевец А.Н., Солодушкина М.В., 2015; Братусь Б.С., 2019] и др.

Зачастую врачи, приверженцы естественнонаучной субъект-объектной парадигмы, исчезновение «говорящей личности» воспринимают как факт, при котором болеющий ребенок – лишь «пассивный объект воздействия медицинских манипуляций» [Братусь Б.С., 2019]. Этим во многом объясняется врачебное игнорирование ребенка: не обращение к нему при входе в палату, обсуждение при ребенке его болезни и насущных трудностей, разговоры в его присутствии о психотравмирующих событиях и пр., и пр.

Ребенок, находящийся в сниженном состоянии сознания (кома, вегетативное состояние, минимальное состояние сознания, спутанность), полностью **беззащитен и дезадаптивен**, он нуждается в постоянном уходе и обслуживании со стороны взрослых людей, независимо от своего реального биологического возраста. Такие дети, как и маленькие здоровые дети, демонстрируют отсутствие чувства собственной безопасности. Например, дети в вегетативном или минимальном сознании при вероятности падения с кровати, ничего не делают и не пытаются делать, и даже не показывают доступных им вегетативных или двигательных реакций. Такое же «пассивное поведение», отмечено и при вероятной, возможной травматизации в ситуациях сидения или стояния.

Татьяна (13 лет). Реабилитационный период после тяжелой травмы головного мозга. Состояние сознания – акинетический мутизм с частичным пониманием обращенной речи. Девочка сидит в кровати пока с поддержкой, а когда устает, просто начинает заваливаться всем телом назад головой на стену

или в бок на металлический поручень кровати, рискуя повредить себе голову. Словесные предупреждения в этих ситуациях не помогают.

Дети в сниженных состояниях сознания могут даже не давать себе отчета о происходящем с ними, не отвечают за свою безопасность; ни все события, которые должны вызывать у них ощущение угрозы или опасности интерпретируются и воспринимаются подобным образом. Например, ребенок в состоянии спутанности может вставать с кровати и пытаться убежать из палаты, не замечая слабости (пареза или пlegии) в своей одной ноге. Даже падение, задевание ногой за мебель или сложности собственного передвижения не заставляют его осознавать происходящее. Включение «инстинкта самосохранения» происходит только при факте социального отзеркаливания со стороны ухаживающих взрослых, после которого собственно и начинает появляться чувство собственной безопасности, как интериоризированная функция [Л.С. Выготский, 1983].

Настя (11 лет). Тяжелая черепно-мозговая травма (ТЧМТ) вследствие падения с лошади. На компьютерной томографии (КТ) головного мозга контузионный очаг ушиба в левой теменной доле (объем до 15 мл.), пластинчатая субдуральная гематома левого полушария. В дальнейшем у ребенка была проведена операция: краниотомия в левой лобно-теменно-височной области и удаление очага контузии.

Девочка поступила в НИИ НДХ и Т только на 81-е сутки после травмы: состояние стабильное, тяжелое, питание через зонд. В неврологическом статусе: уровень сознания ребенка – акинетический мутизм (элементы фиксации и слежения), спастический тетрапарез. Ребенок ослеп после травмы.

Психологическое обследование при первичном поступлении ребенка в НИИ НДХ и Т

Девочка находится в кровати с полуоткрытыми глазами.

На происходящее вокруг ребенок реагирует вегетативными и двигательными реакциями. Так, при обращении по имени Настя начинает

двигать правой рукой и правой ногой. Если девочка чем-то недовольна, то появляются красные пятна на коже в верхней части туловища. Персеверированные, нецеленаправленные движения в правых конечностях, как правило, не связаны с актуальной ситуацией и происходят достаточно часто.

У ребенка отмечены бессознательные моргательные движения глаз «ДА» в ответ на простые вопросы, но произвольные моргательные движения редки и эпизодичны.

У Насти высокий уровень истощения (10-12 минут), на фоне которого девочка засыпает.

Мимических эмоциональных реакций у ребенка не отмечено. Эмоции демонстрируется вегетативно и/или двигателью. На фоне болевых ощущений и дискомфорта девочка демонстрирует «мимику страдания». Тем не менее, видно, как ребенок выделяет близких ему людей. При появлении незнакомого человека девочка делает вид, что спит.

Заключение: Отмечается явное снижение психологического возраста относительно биологического. Уровень контакта – близкие люди. Состояние сознания – гиперкинетический мутизм.

Зонами ближайшего восстановления для Насти в ее состоянии сознания являлись: выстраивание простой смыслообразующей деятельности по направлению к предметам или объектам, а также формирование чувства собственной безопасности. Это определило задачи психологического сопровождения:

1. уменьшение нецеленаправленных, повторяющихся (персеверированных) движений, тем самым, предоставляя возможности для собственной произвольной активности;
2. формирование чувства собственной безопасности в различных жизненных ситуациях.

Работа с ребенком осуществлялась в команде – психолог (определяющий цель занятия с учетом зон ближайшего восстановления), врач лечебной

физкультуры и методист. При работе основной акцент делался на аудиальном и кинестетическом каналах восприятия, т.к. девочка ослепла после травмы.

Основной принцип работы команды – продолжение членами команды любых движений ребенка, амплификация движений и доведение их до смылосодержательного действия. Так, например, персеверированные, повторяющиеся, неосознанные, неожиданно возникающие движения ногами девочки в лежачем положении (шаговый рефлекс) с переходом в вертикальное положение при поддержке и сопровождении был переведен в осмысленный акт ходьбы. Осмысленность ходьбы заключается не только в правильности ее кинестетической организации, но и в формировании целенаправленности. Психолог стоял перед девочкой, поддерживая ее за руки, повторяя и отзеркаливая все движения, и проговаривал происходящее с ребенком; врач поддерживал вертикальную позу ребенка, а методист помогал ее ногам, не выворачиваясь в поврежденных суставах, вставать на поверхность пола. Команда при этом выступала не только организмом, благодаря телесным прикосновениям и вербальному сопровождению формирующим правильные движения, но и помощником в образовании осмысленного процесса и собственной интенции ребенка. Рисунок ходьбы сначала отзеркаливался командой, как культурным носителем, а затем уже при многократных повторах интериоризировался самим ребенком.

Важно отметить, что подобный процесс ходьбы обычно происходит крайне медленно, так как команда вместе с ребенком уделяет внимание разным тонкостям и деталям всего процесса. В медленном процессе действия, при котором происходит дополнение и восполнение другими людьми движений ребенка, начинает формироваться его осознание и понимание самостоятельного перемещения по направлению к определенной желаемой цели.

Результатом занятий явилось сначала уменьшение, а потом и полное исчезновение (нивелирование) повторяющихся произвольных движений у ребенка, как в ногах, так и в руках. Более того, девочка начала произвольно

тянуть руки к желаемым предметам, обнимать маму, демонстрировать жесты при обращении и т.д.

Другой задачей психологических занятий являлось формирование чувства «опасности» у Насти при взаимодействии с окружающим ее миром. Так, Настя могла стоять только с поддержкой, «висеть» на собеседнике, практически не опираясь на свои ноги, не делала каких-либо собственных движений при вероятном падении.

Во время психологических сеансов в безопасной среде (коврики, поддержка и пр.) девочка много раз падала на пол. Девочка очень расстраивалась – начинала плакать и кричать, сворачивалась на коврике в клубок. Тем не менее, в дальнейшем при ее подъеме она снова хваталась за взрослого, повисала на нем и не совершала собственных движений, чтобы предотвратить свое очередное падение. В начале были занятия, когда Настя падала по 5-6 раз, прежде чем начинала демонстрировать собственные возможные движения – попытки балансировать телом, выставлять руки, переставлять ноги, поворачивать голову и пр. Любые действия девочки во время занятий сопровождались обязательной эмоциональной включенностью психолога и команды, поддерживающей психологической обстановкой и эмоциональным теплым контактом.

Через некоторое время у девочки появились четкие собственные движения для страховки, удержания, балансировки, поворот головы в сторону опасности. Данные движения отмечались не только при ситуации стояния или ходьбы, но и при сидении без опоры и т.д. Для ребенка после тяжелой травмы головного мозга появление собственного чувства опасности является важным внутренним событием.

***Заключительное психологическое обследование
при повторной госпитализации в НИИ НДХ и Т (через 7 месяцев)***

В поведении Насти появилась собственная инициатива, направленная в большей степени на витальные потребности. Так ребенок старается брать еду рукой, самостоятельно вставать с кровати, стоять без поддержки.

За последнее время отмечено появление произвольности, помогающей ребенку быть больше включенной в контакт с окружающим миром – девочка начала ощупывать предметы, выполнять простые двигательные инструкции. Выполнение простых двигательных инструкций пока эпизодично и происходит в удобных для ребенка ситуациях.

В поведении девочки не отмечается perseverированных нецеленаправленных движений. Появились собственные реакции по выходу из дискомфортных для нее ситуаций. Так, например, если Насте неудобно лежать или она может упасть с кровати, то девочка двигается в безопасное для нее место. Во время стояния ребенок явно делает попытки и движения, чтобы не потерять равновесие. Позу «эмбриона» девочка занимает сейчас редко и достаточно быстро из нее выходит.

Во время общения специалиста с родителями Настя явно прислушивается к беседе, может неожиданно, спонтанно подать собеседнику руку. Отмечены произвольные ответы ребенка («Нет», «Да») головой на обращение и простые вопросы. Ребенок может артикулировать по просьбе простые слова.

В эмоциональном статусе девочки отмечается появление дифференциации негативных реакций в зависимости от ситуации. Так, например, девочка больше плачет в присутствии родителей, а при «чужих» этого не делает. Отмечено появление большей чувствительности к различным взаимодействиям с другими, расширился диапазон мимических проявлений не только негативного характера. Девочка стала эмоционально реагировать на маленьких детей (улыбается, пытается взять их за руку).

Заключение: Отмечается продолженная положительная динамика в психологическом статусе ребенка. Состояние сознания – реинтеграция (дезинтеграция) собственной речи. Уровень контакта – близкие и «чужие» взрослые, маленькие дети.

При рассмотрении у маленьких пациентов в состояниях сниженного сознания процесса **деятельности** [А.Н. Леонтьев, 1975] и др. можно увидеть его распад на отдельные действия, не связанные одним мотивом и единой целью. Данный процесс может затрагивать даже простые по своему строению и функционированию сферы [Быкова В.И., Харьковский А.Н., Фуфаева Е.В. и др. 2018]. Например, при кормлении ребенка в сниженном сознании, у ухаживающих взрослых зачастую возникают проблемы, так как дети могут забыть открыть рот после проглатывания пищи или оставлять еду во рту, забыв ее проглотить. Взрослому приходится не единожды проговаривать для ребенка каждое его маленькое действие, для соединения в целостный деятельностный процесс, объединенный единым смыслом: «открой рот – прожуй – проглоти». Родитель выступает здесь как опосредующий культурный посредник формирования процесса деятельности. По мнению В.Б. Хозиева, взаимодействие с другим не является простым актом, а предполагает построение нового действия через совместность [Хозиев В.Б., 2005].

В глубоких измененных состояниях сознания у детей значительно изменяется **восприятие внешнего времени и чувство внутреннего хронотопа** [Жане П., 2010; Рубинштейн С.А., 2002; Зейгарник Б.В., 2006; Максакова О.А., Игнатьева Н.С., Зайцев О.С., 2016; Марцинковская Т.Д. 2017; Муладжанова Т.Н., Николаева В.В. 1986] и др., что является одной из значимых характеристик глубоких измененных состояний сознания. Это можно понять по замедленности действий ребенка, отсроченности его ответов, а в дальнейшем (при выходе в состояние спутанности) по дезориентации ребенка в реальном времени.

Латентное время ответов ребенка находится практически в прямой зависимости от уровня его сознания. Чем ниже уровень сознания, тем больше времени требуется ребенку для понимания вопроса и нахождения собственных внутренних возможностей ответа.

Дима (15 лет): ТЧМТ вследствие падения с электрички. Уровень сознания – вегетативное. Ответные реакции на обращение происходят примерно через 2-3 минуты после его многократного повтора.

Никита (16 лет): тяжелая черепно-мозговая травма вследствие ДТП. Уровень сознания – минимальное (-)/акинетический мутизм. Ответные реакции на контакт демонстрируются ребенком примерно через 1-2 минуты после обращения.

Весь «доречевой» период детьми практически полностью забывается. Однако в психологической практике работы с такими детьми, вышедших из сниженных состояний сознания, есть единичные случаи, когда детям удавалось вспомнить эпизоды «той» жизни. Так, например, мальчик-подросток, вышедший в ясное сознание, описывал свои прежние ощущения: *«У меня было чувство, что я – Бог. Все что я хотел, исполнялось моей мамой, мне стоило только об этом подумать. Я ей мысленно приказывал. Однако странными были ощущения от происходящего: когда я ел йогурт, он был и вдруг – его нет»*. Реальное (объективное) время съедания ребенком йогурта составляло примерно 10-11 минут, то есть – крайне медленно. Собственные ощущения мальчика в том состоянии о выполнении мамой всех его «мыслительных приказов» значительно отличались от реальных видимых движений, демонстрируемых мальчиком бессознательно – общее двигательное беспокойство, сосредоточение на баночке с йогуртом, мимические реакции и пр.

Характерологические особенности детей первоначально манифестируются в виде простых двигательных и поведенческих стереотипов только на стадии гиперкинетического мутизма или минимального сознания. В вегетативном состоянии и «раннем» акинетическом мутизме характерологических проявлений не отмечается. Потом проявляются предпочтения в еде, которые были и до травмы. На стадии спутанности сознания характерологические проявления расширяются до целых поведенческих паттернов и способов эмоционального реагирования, и происходят в явном, утрированном виде. Характерологические

черты в этот период могут демонстрироваться как акцентуация, а то, что до болезни (в преморбиде) было акцентуировано, склонно приобретать образ психопатологичности [Ганнушкин П.Б., 2007].

Лена (13 лет), средне-тяжелая травма головного мозга, полученная вследствие ДТП.

Ребенок наиболее активен в первой половине дня. В активном состоянии отмечаются нецеленаправленные perseverированные движения – ребенок ворочается в кровати, двигает постоянно ногами. В движениях Лены можно предположить внутренний психологический смысл, не связанный с реальной текущей ситуацией.

Девочка может в начале разговора отвечать достаточно адекватно, но на фоне утомления перестает контролировать произносимый текст (не адресно ругается матом), не чувствует социальную дистанцию. Взгляд ребенка рассеивается, девочка перестает смотреть на собеседника.

Ответы ребенка не связаны с задаваемыми вопросами, а происходят как бы невпопад. Конструктивного диалога с ребенком не происходит.

В воспоминаниях девочки присутствует много конфабуляций, причем на одни и те же вопросы разные. Память на текущие события резко снижена.

Эмоциональные реакции девочки в основном носят негативный характер, девочка быстро раздражается, начинает ругаться матом, отворачивается, пытается уйти из ситуации. Отмечается эмоциональная лабильность – быстрое переключение эмоциональных реакций. При всем этом в эмоциональных реакциях ребенка не отмечается действительного прочувствования или включенности в собственное переживание. На фоне истощения (после 7-10 мин. беседы) отмечается повышение раздражительности ребенка и признаки агрессивного поведения.

Заключение: Состояние сознания – амнестическая спутанность с двигательным беспокойством.

Агрессивные тенденции девочки и большая длительность периода амнестической спутанности (более 3-х недель) могут свидетельствовать об акцентуированных чертах личности ребенка до травмы головного мозга.

Эмоциональная сфера детей в глубоких измененных состояниях сознания также имеет своеобразные черты – эмоции после тяжелых повреждений головного мозга вначале редуцируются до элементарных и регрессируют в поле чувственных ощущений [Вилюнас В.К., 1990; Дубровский Д.И., 2015] и др. Дети в вегетативном и минимальном сознании показывают кратковременную эмоциональную включенность при приходе близкого человека (открывание глаз, сосредоточение, предтече улыбки). Эмоциональные проявления таких детей неоднозначны. Например, на стадии вегетативного состояния дети могут показывать свои реакции при легких, гомеопатических тактильных прикосновениях и полностью игнорировать сильную, даже болезненную «внешнюю стимуляцию» (уколы, постановка капельниц). Неоднозначность и кратковременность эмоциональных проявлений больных в сниженных состояниях сознания приводит к тому, что 12 % работающего персонала считает, что пациенты вообще не могут испытывать болевых ощущений. Практически половина медицинских работников (50 %) обращают внимание на переживания пациентами боли только по изменению показаний внешних приборов (индивидуальные мониторы в реанимации, данные нейровизуализации и пр.) (группа Е.В. Фуфаевой – в печати). То есть понимание медиками, что такой пациент испытывает боль, происходит только опосредовано через дополнительное, внешнее оборудование, а не по собственной визуальной оценке, чувственному восприятию или, хотя бы, неврологическому осмотру.

Негативные эмоциональные реакции, появляющиеся раньше позитивных, демонстрируются детьми вегетативно/двигательно и наблюдаются при приходе субъективно не безопасных людей через увеличение общей двигательной активности, появление вегетативных реакций в виде покраснения кожи в верхней

части туловища, увеличения потоотделения, появления бледности лица, «гримасы страдания» и пр.

Демонстрация чувственной включенности ребенка в сниженном состоянии сознания происходит и в ситуации перемещения его в незнакомую комнату. По мнению Дж. Гибсона (экологический подход), источником непосредственной информации для зрительного восприятия человека являются «изменение градиента структуры» и изменение положения собственного тела в пространстве [Гибсон, Дж. 1988]. Перемещение больного ребенка в глубоком измененном состоянии сознания в незнакомую для него комнату является «изменением градиента структуры», что и приводит к изменению его реакций. Можно было бы не упоминать о зрительной теории восприятия Дж. Гибсона, если бы не тот факт, что дети в вегетативном или минимальном состоянии сознания не могут фокусировать взор и переводить взгляд, следить за объектами, а также поворачивать голову или корпус. Другими словами, непонятно, каким же образом происходит восприятие ребенком окружающего его мира? Тем не менее, при всех своих двигательных и физических невозможностях такие дети явно воспринимают (хоть и негативно) изменение ситуации вокруг себя «Эмоция регулирует или, вернее сказать, фильтрует наше восприятие» [Изард К.Э., 1999, с. 3].

Вадим, 14 лет. После ТЧМТ ребенок длительное время находится в вегетативном состоянии сознания. Когда ребенка привезли в новый зал лечебной физкультуры, мальчик начал демонстрировать сильное двигательное возбуждение, покраснение кожи, усиление сердцебиения, ускоренное и поверхностное дыхание. Реакции ребенка были настолько сильные, что был вызван врач-реабилитолог, который после осмотра ребенка, отменил занятие.

Есть наблюдения, как дети-вегетатики (не отвечающие, не фокусирующие взор, произвольно не двигающиеся) могли чувствовать происходящее с другим ребенком, находящимся рядом в палате реанимационного отделения. Так, при умирании другого ребенка дети начинали часто и прерывисто дышать, плакать,

демонстрировали увеличение тонуса в конечностях, вегетативные реакции. К сожалению, медицинский персонал не всегда обращает внимание на подобные проявления детей, находящихся в сниженных состояниях сознания, или воспринимает данное поведение детей как реакцию, несвязанную с происходящей насущной ситуацией.

Тем не менее, если на стадии вегетативного состояния дети в основном (исключение составляют эмоционально напряженные ситуации) показывают индифферентность, невключенность, равнодушие к контакту или действиям, происходящими с ними (пассивная позиция), то на стадии минимального сознания – при возрастании возможностей самовыражения и увеличении двигательной активности – они демонстрируют «пассивный негативизм». Такой негативизм манифестируется ребенком при любых попытках его активации и может даже сопровождаться агрессивными реакциями. Дети хотят только одного – чтобы их оставили в покое. Как только взрослый прекращает свои попытки активации, то ребенок практически сразу успокаивается.

На стадии спутанности сознания у взрослых пациентов подробно описан феномен отсутствия запоминания непосредственных текущих событий – атипичный Корсаковский синдром [Доброхотова Т.А., 2006; Зайцев О.С., 2011; Зайцев О.С., Царенко С.В., 2012]. Состояние спутанности после повреждений головного мозга свойственно и для детей – подростков. Такие дети, обладая уже вербальными способностями, могут постоянно просить пить или есть, но при этом практически не запоминают своих действий по удовлетворению этой потребности, «неопределенность биографической функции» [Жане П., 2010, с. 363]. Другими словами, происходящее с ребенком не является для него значимым событием, и его просьбы повторяются снова и снова. Чувства насыщения и удовлетворения у таких детей также отсутствуют. Пока остается открытым вопрос: диссоциация ли это от собственного тела или собственно нарушение перцепции?

Тем не менее, в этот период восстановления есть случаи запоминания детьми эмоционально значимых для них событий [Эббингауз Г., 1911]. Важно

обратить внимание, что все запоминаемые события – позитивные. Так, например, дети в состоянии спутанности, находившиеся без родителей в отделении реанимации и потом вышедшие в ясное сознание, полностью забывали негативные эмоциональные переживания того периода, но в подробностях и мелких деталях помнили общение с психологом (его имя, в чем психолог был одет, о чем шла беседа и пр.).

Алина, 9 лет. Ребенок после СТЧМТ долгое время находился в отделении реанимации. Уровень сознания – амнестическая спутанность с сильным двигательным беспокойством. Когда девочка была переведена в клиническое отделение при приходе психолога в палату, радостно заявила: «Мама, познакомься, это – психолог, который меня любил в реанимации». Никаких других происшествий, людей, ситуаций того периода ребенок вспомнить не мог (дети в состоянии спутанности, чтобы не вырывали трубочки, катетеры и не убегали, фиксируются за руки и ноги к кровати).

В состоянии спутанности (негативизма) у детей отмечается эмоциональная холодность и невключенность, отгороженность от внешнего мира. Они как бы живут «за стеклом» в собственном мире, со своими желаниями и потребностями, а окружающий мир им неинтересен. Детей не задевают эмоциональные переживания собственных родителей – их плач, эмоциональные срывы других пациентов, находящихся в палате; все эмоциональные обращения к ним разбиваются о нескритичность, возведенную в степень собственной эмоциональной отгороженности. Например, такие дети могут много раз спрашивать о произошедших с ними драматичных событиях, но не запоминают полученный ответ (снижение памяти на текущие события), и «не понимают» переживания своих родителей. «Я больше не могу ему это рассказывать, каждый раз одно и то же. Это выше моих сил» – плача, говорила мама мальчика–подростка, попавшего на скутере в ДТП.

Из-за нарушений адаптивных способностей (контроль, произвольность, дифференцировка, выделение важного или значимого и пр.) у пациентов в спутанном сознании после повреждений головного мозга наблюдается неадекватность эмоциональных реакций, отсутствие синтонности к чувствам других людей; эмоциональная отгороженность может сменяться неожиданными аффективными реакциями (эмоциональная лабильность), которые представляют собой по Л.С. Выготскому «расходование душевной силы...» [Выготский Л.С., 1968, с. 27].

Однако, как только происходит «событие» [Максакова О.А., 1997] – событие эмоционального включения, у детей запускается процесс собственного проживания. Это – точка начала интериоризации. Эмоциональная включенность, в свою очередь, позволяет выстраиваться критике к своему состоянию и запускает «механизм биологической обратной связи» от окружающего мира. Близкие люди становятся опосредующими формирования психических феноменов. В.Б. Хозиев пишет, что опосредование является важным моментом детерминации не только структуры, но и функций и происхождения всех психических новообразований [Хозиев В.Б., 2005].

В этот период со стороны психолога важно объяснить родителям необходимость не скрывать от ребенка своих собственных истинных переживаний, не боясь травмировать или испугать. Здесь родитель выступает как культурный носитель, чтобы последовало событие интериоризации ребенком чувственных переживаний, включения в социальное поле чувственного опыта.

Именно способность к самоосознаванию чувственного опыта, качественное понимание «включает» ребенка в процесс жизни вокруг. По утверждению современного философа Дж. Серля, сознание и квалиа (qualia) – это один и тот же феномен [Серл Дж., 1998]. Таким образом, рассмотрение изменений эмоциональной сферы, как психологической категории, у детей при травматической болезни головного мозга позволяет увидеть путь формирования

квалиа (qualia) от элементарных телесных ощущений до осознаваемого чувственного опыта в процессе восстановления сознания [Чалмерс Д., 2013; Серл Дж., 1998; Хамфри Н., 2014] и др.

2.2. Динамика восстановления сознания у детей после повреждений головного мозга

Феноменологическая концепция понятия «интенциональность» Э. Гуссерля (2005) трактует интенциональность, как суть сознание, где интенциональность выступает «ненатуралистическим», трансцендентально-феноменологическим понятием [Бабушкин В.У., 1985] и др. Термин интенциональность (от лат. *intentio*), введенный Ф. Brentano, – характеризуется направленностью сознания на предмет, своеобразное полагание предмета в мысли; истолковывается как специфическое свойство сознания, выражающее его сущность. Философское определение дефиниции интенциональности соотносится с психологическим дискурсом мотивационно-потребностной сферы.

После тяжелых повреждений головного мозга в сниженном сознании у пациентов не возникает собственных желаний, направленности к чему-либо, на что-либо, полностью отсутствует деятельность «по отношению», «по направлению», поэтому на ранних этапах сниженного сознания (кома, вегетативное состояние, минимальное сознание) нельзя говорить о интенциональности или мотивации. Первые, начальные мотивационные проявления (но не потребности) появляются только на стадии минимального сознания (+) или акинетического мутизма с эмоциональными реакциями.

Мотивация является побуждением, запускающим активность человека и определяющим вектор (направление) его движения. Она формируется на основе **потребности** и направлена непосредственно на смыслообразующий объект, являясь побуждением процесса деятельности. Манифестации мотиваций предшествует появление потребностей, которые и начинают задавать изначальное, первичное направление действий, поведения и реакций. Курт Левин

писал, что потребность является динамическим состоянием повышенного напряжения, которое толкает человека к действиям. Человек проходит через ряд динамических состояний в процессе возникновения и удовлетворения своих потребностей, отличающихся по уровню напряжённости [Левин К., 2001].

По мнению американского психолога А. Маслоу, [Маслоу А., 1999], потребности располагаются иерархически, а актуализация высших потребностей возможна только при удовлетворении низших. Однако теория А. Маслоу часто подвергается критике за биологизаторские тенденции и внеисторичность взглядов [Анцыферова Л.И., 1973] и др.

В области психологии потребностей российский исследователь Каверин С.Б. [Каверин С.Б., 1987], обобщив и проанализировав работы различных авторов, выделяет несколько вертикалей: биогенную, психофизиологическую, социогенную и высшую. Первая биогенная вертикаль начинается с фундаментальной нужды всего живого, продолжается физиологическими потребностями (в пище, воде и пр.) и уже в «очеловеченном виде» превращается в потребность в самоутверждении.

Процесс восстановления телесности, двигательных возможностей и психических функций после повреждений головного мозга во многом совпадает с процессом онтогенеза ребенка. Так, например, первая потребность новорожденного ребенка отнюдь не в еде, как утверждал А. Маслоу, а в теплом близком контакте со взрослым [Выготский Л.С., 1997; Эльконин Д.Б., 2011] и др. Если первично – это потребность в принятии и любви или потребность в эмоциональном контакте, то далее в своем развитии мы получаем социальную вертикаль [Каверин С.Б., 1987].

Таким образом, анализ событий, «узловых точек» процесса восстановления после церебральных травм позволяет увидеть первую изначальную потребность – потребность в принятии и любви (потребность в эмоциональном контакте), которая «первично витальна». Данная потребность проявляется еще на стадии вегетативного состояния, когда пациенту доступны только вегетативные реакции и непроизвольное открывание глаз, в то время как потребность в пище (воде)

начинает проявляться значительно позже, только на стадии минимального сознания/акинетического мутизма. Например, дети (если их специально не кормить через нозальный зонд или гастростому) могут доходить до максимального истощения, кахексии, однако потребности в еде (питье) демонстрировать не будут. А вот появление близкого человека, находящегося с ребенком в эмоциональном контакте, или человека, от которого ребенок чувствует безопасность и принятие, их пробуждает – открываются глаза, учащается и изменяется глубина дыхания, появляются красные пятна в верхней части туловища и другие вегетативные реакции.

Удовлетворение первичной потребности в принятии и любви (потребность в эмоциональном контакте) дает возможность ребенку расширять свой невербальный контакт с окружающим миром, увеличивая количество и проявленность сигналов коммуникации; приводит к появлению новых движений в рамках телесных возможностей и задает пространство для формирования следующей по иерархии потребности – в пище и воде.

Манифестация потребности в еде (воде) происходит посредством повышения общей двигательной активности (комплекс оживления), фокусировки и перевода взора за предметом потребности, появлении контролируемых пациентом движений по направлению к предмету потребности. При снятии напряженности потребностного состояния или желания наступает временное удовлетворение, которое можно увидеть по общему успокоению, отсутствию двигательной активности, замедленности реакций, закрыванию глаз, стабилизации вегетативных проявлений и дыхания.

Любая актуализированная потребность в сниженных состояниях сознания первоначально начинает носить преувеличенный характер и демонстрируется значимо часто. Например, при появлении потребности в пище (воде) складывается впечатление, что дети отъедаются за все предшествующее время «до». Здесь потребность в принятии пищи (воды) столь сильно выражена, что может конкурировать и мешать процессу возникновения следующих интенций (потребности в общении). Пациенты много, практически постоянно едят, а в

любом межличностном контакте их заинтересовывает только возможность пообщаться. К прочим темам такие дети практически полностью индифферентны.

Далее для формирования личности или восстановления сознания после повреждений головного мозга актуализируется потребность в общении, которая также является базовой и фундаментальной. Демонстрация этой потребности происходит телесно через увеличение двигательной активности пациента в контакте, фокусировке, переведения взора за лицом собеседника и пр. Пациенты лучше откликаются на обращение от человека, чем на взаимодействие с предметами, что также можно наблюдать и в процессе онтогенеза. При регулярном неудовлетворении потребности в общении (или при формальном общении) процесс восстановления сознания может замедляться и приостанавливаться – не происходит появления других потребностей и не возникает движений для удовлетворения уже сформировавшихся. Депривация общения может привести не только к остановке, но и к регрессу возможных психических реакций и проявлений.

Следующая физиологическая потребность, возникающая при сниженных состояниях сознания, – сексуальная, которая появляется в виде элементарных двигательных актов, подчиненных гедонистическому принципу (аутостимуляция). Появление потребности в сексуальном общении происходит у мальчиков-подростков на стадии спутанности. Однако, их сексуальное поведение полностью оторвано от процесса общения и взаимодействия, и демонстрируется в виде «грубого заигрывания» с противоположным полом при отсутствии критики к своему состоянию и анозогнозии, что диктуется, по мнению разных авторов, заинтересованностью лобных отделов правого полушария [Корсакова Н.К., Московичюте Л.И., 2013; Фуфаева Е.В., Микадзе Ю.В., Лукьянов В.И., 2017] и др.

Несколько иная картина восстановления сексуальных потребностей отмечена у девочек-подростков. Данная потребность возникает значительно позже прочих потребностей и на более позднем этапе восстановления сознания (стадия психопатоподобных реакций). Например, сексуальная потребность становится доминирующей в поведении и гипер-проявленной, когда девочкам

уже доступно решение интеллектуальных задач, достигнут определенный уровень когнитивных и двигательных возможностей. Сексуальное поведение первоначально начинает носить аффективный, «психопатоподобный» характер с попираем всевозможных социальных норм, а иногда и нравственных принципов. Акцент сексуального поведения, как у девочек, так и у мальчиков, после церебральных травм бессознательно делается на выстраивании половой идентификации собственного телесного «Я».

Последней по времени появления и замыкающей круг базисных фундаментальных потребностей является потребность в собственной безопасности. Зоны головного мозга, по мнению В.А. Дубынина [Дубынин В.А., 2015], связанные с безопасностью, располагаются в заднем гипоталамусе и реагируют на болевые сигналы, а также на любые «чрезмерные», слишком сильные сигналы.

Пациенты, находящиеся на стадии спутанности, характеризующейся снижением памяти на текущие события и дезориентацией во времени, месте и своем состоянии, обладают саморазрушающим, угрожающим собственной жизни поведением и фактически не могут находиться без присмотра или контроля со стороны ухаживающих. Постепенно, получая вначале тактильно-кинестетическую обратную связь от внешнего мира, они начинают «включать» свой мыслительный контроль за телом. Далее активизируется зрительный контроль и эмоциональные реакции. Именно эмоциональные реакции позволяют создавать чувственную включенность пациентов в сниженном сознании. Например, в состоянии спутанности все пациенты демонстрируют явную эмоциональную отгороженность и отстраненность от происходящих вокруг событий. Они не понимают, не видят чувств, переживаний других людей и часто пребывают в недоумении по поводу слез своих близких. Тем не менее, именно такое «недоумение» – событие в процессе восстановления – начинает приводить их к большей осознанной включенности в окружающий мир, к критическому отношению к себе и своим поступкам. Именно через других людей,

опосредованно, больные начинают осознавать, что с ними «что-то не так», включается их самоосознание и саморефлексия [Выготский Л.С., 1983].

Только после образования перечисленного выше круга потребностей начинает формироваться и проявляться **мотивация**. От категории потребности мотивация отличается непосредственной связью с процессом деятельности. [Леонтьев А.Н., 1999; Хекхаузен Х., 2003; Божович Л.И., 1972] и др. Мотивы выполняют функцию побуждения и смыслообразования, придания личностного смысла процессу деятельности [Якобсон П.М., 1998; Ильин Е.Н., 2000; Леонтьев Д.А., 2016] и др.

Первая демонстрация внешней мотивации может являться свидетельством появления включенности детей во взаимодействие с окружающих их миром (обнять близкого, оттолкнуть нежелательного человека, самостоятельно дотянуться до определенной еды и пр.). Другими словами, первая мотивация служит предиктором «возникновения» сознания. Тем не менее, эти ментальные состояния не обладают пока полноценным статусом, т.к. детям недоступны пока развернутые мыслительные акты, суждения, полноценная интеллектуальная деятельность, рефлексия и саморефлексия, глубокие переживания. Они (ментальные состояния) обладают определенной дефицитностью, хоть и в меньшей степени, чем на более ранних этапах восстановления головного мозга после травмы.

При любой травме головного мозга практически всегда страдают лобные структуры, как самые эволюционно молодые [Харари Ю., 2016] и др. По мнению А.Р. Лурии, нарушение способности к порождению мотивов (особенно социально-значимых) связано, прежде всего, с поражением лобных долей [Лурия А.Р., 2003]. Эти же зоны головного мозга участвуют в произвольном контроле и самоконтроле, а также определяют возможности критики [Хомская Е.Д., 1998] и др. Страдание лобных отделов проявляется в аспонтанности – нарушении мотивационно-потребностной сферы, при которой нарушается произвольная инициатива какой-либо деятельности. В работе головного мозга около 70 % энергии уходит на работу, функционирование

лобных долей, поэтому после тяжелых повреждений мозга синдром аспонтанности в некоторой степени является реализацией программы «экономии сил» [Дубынин В.А., 2015]. Программы экономии сил направлены на то, чтобы организм человека тратил на достижение цели как можно меньше энергии [Выготский Л.С., 2005].

Также при повреждении лобных отделов мозга наблюдаются эмоциональные трудности в виде эйфоричности, дисфоричности, депрессивности, эмоциональной лабильности и эмоциональной уплощенности. Эмоциональные нарушения влияют на выстраивание мотивационной направленности, поскольку сами эмоции могут как способствовать мотивации человека, так и тормозить её. Таким образом, в отличие от потребностей, мотивация имеет еще и эмоциональные аспекты, эмоциональное наполнение, и, уже поэтому, является более сложной по своей организации функцией, чем потребность. Факт вторичного, «запоздалого» появления мотивации после потребностей в театре восстановления сознания при повреждениях головного мозга связан также с необходимостью нескольких «составляющих» для их формирования: фундамента витальных потребностей, чувственности или эмоционального участия и включения телесности или «телесной личности» [Жане П., 2010].

Высшая точка проявления мотивации – **интенциональность**.

Под интенциональностью понимается феномен сознания, задающий разнообразие восприятия реальности или мыслимого. В основе данного феномена лежит возможность находить множественные взаимосвязи между различными аспектами действительности (реальной или мыслимой). Важно подчеркнуть, что при том, как спектр оценок окружающих предметов и явлений индивидуален, имеют место и универсальные черты, свойственные всем людям. Интенциональность – это не просто направленность на предмет, а возможность с использованием внутренних установок, учетом внешних воздействий, собственного чувственного опыта и эмоционального регулирования выстраивать сложный смыслообразующий процесс деятельности по направлению к цели. Другими словами, интенциональность обладает субъективной наполненностью.

Поступательность восстановления сознания после травм головного мозга проявляется через постепенное возникновение витальных потребностей, как фундамента зарождения мотивации, появление эмоциональной включенности, формирование мотивационной сферы и, наконец, возникновение интенциональности, как базовой характеристики сознания [Гуссерль Э., 2005].

2.3. Нарушения коммуникативных процессов у детей в состояниях сниженного сознания

Существует множество дефиниций общения. Например, М.И. Лисина, ссылаясь на работы А. А. Леонтьева [Леонтьев А.А., 1963, 1999] пишет, что уже к концу 60-х годов прошлого столетия в англоязычной литературе было предложено 96 определений понятия общения [Лисина М.И. 1986].

Важно сказать, что, если в биологии феномен общения рассматривается как способность, повышающая возможности адаптации человека к условиям окружающей среды [Томаселло М., 2010; Симонов П.В., 1983, 1987; Дубынин В.А., 2015] и др., то в психологии – это необходимый фактор развития личности [Выготский Л.С., 1983, 1997; Леонтьев А.Н., 1972; Рубинштейн С.Л., 2002; Эльконин Д.Б., 2011; Запорожец А.В., 1986; Лисина М.И., 1986] и др. По мнению разных авторов, только посредством общения происходит прирост собственного индивидуального опыта. При его приобретении происходят изменения, как в функциональных, так и в биохимических системах головного мозга. Данные факты нашли подтверждение в рамках современных нейробиологических исследований [Дельгадо Х., 1971] и др.

В работе мы используем определение общения, данное известным психологом М.И. Лисиной, где особо подчеркивается именно взаимодействие между участниками, когда каждый не только является активным участником, но и предполагает это в партнере. Таким образом, общение выступает как взаимодействие двух (или нескольких) людей, которое направлено на согласование и объединение их усилий, как с целью налаживания отношений, так и

для достижения общего группового результата [Лисина М.И., 1986].

Наблюдения за восстановлением детей после тяжелых повреждений головного мозга также подтверждают факт важности и необходимости социального взаимодействия, нахождения в поддерживающей, понимающей и принимающей среде. Например, игнорирование значения социального окружения ребенка с нарушенным сознанием приводит к остановке всего реабилитационного процесса, а иногда и, к сожалению, значительному уменьшению реабилитационного потенциала ребенка. Социально-культурное взаимодействие является неременным условием восстановления сознания ребенка после повреждений головного мозга [Выготский Л.С., 1983; Рубинштейн С.Л., 2002; Братусь Б.С., 2019] наравне с такими факторами как оперативное вмешательство, медикаментозная терапия, весь процесс госпитальной или амбулаторной реабилитации и пр.

Общение – сложный процесс, в котором можно выделить: информационный обмен (коммуникация), взаимообмен действиями (интеракция), а также и восприятие, понимание и чувствование другого (социальная перцепция) [Андреева Г.М., 2003; Горянина В.А., 2002] и др.

По средствам выражения выделяют вербальное и невербальное общение. К вербальной коммуникации можно отнести и паравербальные выражения речи (интонирование, темп, паузы и др.). Невербальная коммуникация, как было описано в статье [Быкова В.И., Лукьянов В.И., Фуфаева Е.В., 2014], является процессом обмена информацией без языковых средств и выполняет функцию дополнения-замещения: поведенческие знаки (физиологические реакции – покраснение, побледнение, дрожь и т.д.), ненамеренные знаки (привычки человека) и собственно коммуникативные знаки (сигналы, передающие конкретную информацию о событиях, объектах и состояниях). Невербальная коммуникация спонтанна, может быть произвольной и непроизвольной и, по мнению различных авторов, практически не поддается сознательному контролю [Экман П., 2010] и др.

Как было отмечено ранее в статье [Быкова В.И., Харьковский А.Н., Фуфаева Е.В., 2018]: «После тяжелых повреждений головного мозга общение в аспекте обмена действиями и, в некоторой степени, социальной перцепции прекращается, количество коммуникативных сигналов резко падает и не только за счет отсутствия речи как таковой, но и из-за уменьшения количества, интенсивности, степени проявления всех невербальных сигналов». Сигнал – это элементарное проявление пациента, обозначающую однозначную связь между знаком и его референтом [Лотман Ю.М., 2002].

Арнольд Минделл [Минделл А., 2005] высказывает предположение о множественной единовременной трансляции сигналов (маркеров) коммуникации при общении (до 300 сигналов). Большим шагом в понимании сниженных состояний сознания стали введенные А. Минделлом понятия «первичных» и «вторичных» сигналах коммуникации. При сниженных состояниях сознания после тяжелых поражений головного мозга возможностей осознанного контроля становится категорически мало, и «вперед» выходят вторичные сигналы коммуникации, что является максимальным проявлением бессознательного или досознательного по К.Г. Юнгу [Юнг К.Г., 2010, с. 157]. Общение из вербального локуса переходит в невербальный и начинает иметь такие характеристики, как прерывистость, неустойчивость, в нем исчезают многоплановость и глубинные смыслы.

У феномена общения есть неперемнное важное свойство – эмоциональная составляющая или эмоциональная включенность собеседников в одно диалоговое пространство или поле [Бубер М., 1995; Братусь Б.С., 2019; Никольская О.С., 2016, 2018; Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., 2007; Петренко В.Ф., 2005] и др. Никакое общение, хоть и полное по вышеперечисленным составляющим, но формальное и эмоционально холодное, без установления эмоционального контакта, не создаст для больного ребенка, то поле, где должна произрастать, восстанавливаться его личность и душа. Например, при исследовании, как коррелируют процесс восстановления ребенка после тяжелых повреждений головного мозга и внутрисемейные отношения в его семье,

выяснилось, что в группе родителей, обладающих формальным, эмоционально дистанцированным контактом, наблюдается не только плохое физическое восстановление ребенка, но и ухудшение его психического статуса вплоть до перехода на более низкие уровни сознания [Быкова В.И., Семенова Ж.Б., Фуфаева Е.В., 2012].

В психологической литературе существует много работ, посвященных важности неформального межличностного общения. Для определения глубокого контакта используются такие термины, как «психотерапевтический контакт» [Березкина-Орлова В.Б., 2010] и др., «эмпатическое пространство» [Василюк Ф.Е., 1984, 1997] и др., «раппорт» и др. Например, О.С. Никольская и Е.Р. Баенская обращают внимание, что установление эмоционального контакта позволяет ребенку с аутизмом раскрываться и доверять миру вокруг себя, протраивать связи и адаптироваться к социальным условиям. И, конечно, психологическая работа с такими детьми возможна только на основе поддерживающего общения (эмоционально-смысловой подход) [Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М., 2007].

Эмоциональный контакт особо значим и важен при общении с детьми, находящимися в состояниях сниженного сознания, так как именно такое взаимодействие предоставляет им диалоговое поле для психического восстановления, когда дети пытаются демонстрировать свои возможности и стараются осваивать свое «непослушное», незнакомое тело. При каждом эмоциональном контакте происходит со-творение культуры и совершается человеческое развитие [Хозиев В.Б., 2005].

С восстановлением сознания у ребенка изменяются и возможности его контакта. Если в вегетативном состоянии ребенок вступает в контакт только с близкими ему и «субъективно безопасными» взрослыми, то уже в минимальном сознании круг общения начинает несколько расширяться – взаимодействие с другими разными взрослыми. На стадии минимального сознания (акинетического мутизма) при возрастании энергетических возможностей дети начинают обращать внимание и на маленьких детей (до 4-5 лет). Появление в палате малыша

вызывает у больного ребенка сосредоточение, перевод взора, общее оживление, эмоциональные реакции (улыбку). Конечно, такие реакции пока кратковременны, но регулярны и повторяемы.

В дальнейшем на следующих стадиях (в состоянии спутанности сознания) при увеличении двигательных возможностей и появлении речи дети начинают испытывать желание общения с другими, но инвалидизированными детьми. Общение инвалидизированных детей с различными когнитивными и двигательными трудностями, крайне необычно выглядит со стороны: они радуются при встрече, но потом могут просто молча сидеть рядом и улыбаться. Если таких детей разводят по разным палатам, то они начинают нервничать, плакать, раздражаться, пытаться убежать. Общение детей, перенесших травмы головного мозга, не является обменом информации, а чувственное, тонкое и эмоциональное пространство совместного проживания процесса болезни.

А вот встреча со здоровыми, активными детьми для таких детей может стать даже психотравмирующим событием. Дети быстро выходят из контакта, не хотят ходить в игровые комнаты или на детские площадки, находясь в компании других детей, постоянно смотрят на родителей и обращаются только к ним, категорически отказываются от дальнейшего общения со сверстниками. Только при практически полном восстановлении психической активности после повреждений головного мозга, выходе в ясное сознание до преморбидного уровня (по шкале Доброхотовой-Зайцева) дети начинают общаться со здоровыми детьми, показывая адекватную, активную избирательность собственного контакта.

Выводы по второй главе

Любое проявление психической жизни ребенка, находящегося в глубоком измененном состоянии сознания, можно увидеть, только находясь с ним в едином эмоционально-чувственном, диалоговом поле. Континуум восстановления сознания у детей после повреждений головного мозга проявляется через постепенное возникновение (возвращение) всех психических феноменов их

внутренней жизни. В диалоговом пространстве ребенка можно не только наблюдать проявления внутренних феноменов, но и участвовать, помогать в процессе их появления и выстраивания.

Возникновению внутренней интенциональности, субъективной направленности на что-либо, предшествует появление мотивации, в свою очередь появляющейся только на почве сформировавшихся базовых потребностей и эмоциональной включенности, заинтересованности ребенка окружающим миром.

Процесс собственной деятельности ребенка «по отношению», «по направлению» к чему-либо, начинает строиться в контексте взаимоотношений ребенка с близкими ему людьми через многократное проговаривание каждого отдельного действия до интеграции и интериоризации этого процесса.

На протяжении всего восстановления сознания изменяются возможности ребенка к установлению им социальных связей, через постепенное их расширение от ситуации взаимодействия только с близкими и безопасными людьми до общения со своими сверстниками и другими здоровыми детьми.

Характерологические особенности у детей первоначально манифестируются в виде двигательных, простых поведенческих стереотипов только на стадии гиперкинетического мутизма (минимального сознания) при расширении двигательных возможностей ребенка. В вегетативном состоянии и акинетическом мутизме характерологических проявлений у детей не отмечается. На стадии спутанности сознания характерологические проявления расширяются до целых поведенческих актов и способов эмоциональных реагирования, и происходят в явном, утрированном виде. Характерологические черты в этот период могут манифестироваться как акцентуация, а то, что до болезни (в преморбиде) было акцентуировано склонно приобретать образ психопатологичности [Ганнушкин П.Б., 2007].

Таким образом, после повреждений головного мозга в процессе восстановления сознания любая психическая функция или психологический феномен вначале проявляется в утрированном виде и, лишь потом, приобретает

характер «нормальной» функции, адаптированной к социальному взаимодействию.

В сводной таблице приводится краткое представление возникновения и формирования некоторых психологических феноменов у детей в континууме сниженного сознания после церебральных травм, рассмотренных в данной главе (см. Таблицу 1).

Таблица 1. Появление и динамика психологических феноменов у детей в состояниях сниженного сознания

Психологический феномен	Динамика психологических категорий по стадиям восстановления сознания (по Доброхотовой-Зайцеву)			
	Вегетативное состояние	Акинетический мутизм	Гиперкинетический мутизм	Негативизм/ спутанность
1	2	3	4	5
Деятельность	—	Формирование элементарной деятельности (еда).	Расширение видов элементарной деятельности (еда, самообслуживание).	Появление поведенческих паттернов и формирование более сложных видов деятельности.
Время	Отсроченность ответов и замедленность восприятие информации извне.	Отсроченность ответов и замедленность восприятие информации извне.	Асинхрония — явное несоответствие внутреннего (субъективного) и внешнего (объективного) временного континуума.	Нарушение восприятия времени, дезориентация во времени.
Потребность	а) потребность в принятии и любви.	а) потребность в принятии и любви, б) потребность во внутреннем гомеостазе.	а) потребность в принятии и любви, б) потребность во внутреннем гомеостазе, в) потребность в еде (воде).	а) потребность в принятии и любви, б) потребность в гомеостазе, в) потребность в еде (воде), г) потребность в общении.
Мотивация	—	—	а) мотивация избегания в утрированной форме.	а) мотивация избегания в утрированной форме, демонстрируемая в поведении; б) появление мотивации общения со значимыми людьми.
Характер	—	—	а) двигательные привычки, элементарные навыки	а) двигательные привычки; б) характерологические особенности в утрированной форме
Уровень контакта (социализация)	а) близкие люди и безопасные взрослые	а) близкие люди и безопасные взрослые б) иногда маленькие дети (до 4-5 лет)	а) близкие люди и безопасные взрослые б) маленькие дети (до 4-5 лет)	а) близкие люди и безопасные взрослые б) иногда маленькие дети (до 4-5 лет) в) инвалид. дети

ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОММУНИКАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ В СНИЖЕННОМ СОЗНАНИИ

3.1. Описание диагностического инструментария

Длительный опыт работы в условиях клиники, наблюдения и работа с детьми, находящимися в сниженных состояниях сознания, позволил автору разработать новый диагностический метод, определяющий возможности общения детей на всех стадиях (уровнях) нарушения сознания после тяжелых повреждений головного мозга – «Шкала коммуникативной активности Scale of Communication Activity – Вукова, Lukianov (SCABL)».

Метод диагностики возможностей общения опирается на принципы, которые описаны в предыдущих главах, главными из которых являются:

- субъект-субъектный экзистенциально-гуманистический подход;
- диалоговое пространство;
- эмоционально поддерживающая составляющая.

При разработке шкалы Коммуникативной активности SCABL учитывалось наличие в современной клинической практике других медицинских шкал. Приведен анализ сочетаемости и непротиворечивости шкалы Коммуникативной активности SCABL с другими шкалами, приведенными в приложениях.

Разработка и апробация шкалы проводились в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы (НИИ НДХ и Т) в период с 2014 по 2018 гг. включительно.

Исследование проводилось на ранних этапах восстановления детей после церебральных травм. В связи с тем, что тяжелые повреждения головного мозга являются первазивными и на ранних этапах травматической болезни полностью «зачеркивают» преморбидное развитие ребенка, то в исследовании умышленно не проводился анализ влияния особенностей онтогенетического развития на

восстановительный процесс. Обращение внимания на преморбидные особенности и их роль в восстановительном процессе становится возможным и актуальным на более поздних этапах восстановления ребенка.

Как показал клинический опыт, зависимость характера восстановления сознания от возраста не носит определяющего характера. Это позволило в ходе исследования сформировать разновозрастные группы, удовлетворяющие требованиям статистической достоверности. В дальнейшем в ходе роста статистики характер возрастной зависимости может и должен быть исследован дополнительно.

Для адекватной психологической диагностики возможностей контакта детей в состояниях сниженного сознания после повреждений головного мозга психолог должен общаться с ребенком не единожды в течение дня. Многократность общения также обусловлена важностью выстраивания эмоционального контакта в диалоге ребенка и психолога.

Необходимо подчеркнуть, что для психолога в отличие от врача важна не повторяемость и регулярность доступных для ребенка средств самовыражения, а их принципиальная возможность.

Шкала коммуникативной активности (Scale of Communication Activity – Вукова, Lukianov (SCABL)) учитывает вербальные и невербальные сигналы коммуникации детей данной категории на ранних этапах восстановления:

1. Телесные сигналы – любые движения тела ребенка, происходящие в контексте диалога.
2. Вегетативные ответы – произвольные вегетативные реакции (покраснение кожи, изменение саливации, появление пота и др.).
3. Мимика – форма выражения чувств в контакте с использованием движений лицевых мышц.
4. Поза, жесты – движения ребенка, позволяющие демонстрировать какие-либо значения и смыслы при вербальном общении и при его отсутствии.

5. Контакт с окружающим миром в целом – любые изменения способов самовыражения и общей двигательной активности ребенка в ситуации общения. Данная субшкала включает в себя учет возрастания коммуникативной активности ребенка при общении с разными группами (близкие взрослые, «чужие» взрослые, маленькие дети до 4-5 лет, особые дети, перенесшие такое же заболевание, здоровые дети).

Бланк опросника содержит в себе 104 утверждения, по которым балл после общения с ребенком выставляет психолог. Оценка производится по трех балльной системе, где: «0» – отсутствие сигнала коммуникации, «1» – нерегулярный, слабый, эпизодический сигнал, а «2» – сигнал полностью доступен для ребенка; в его состоянии активности (не истощенности) коммуникативный сигнал воспроизводим, интенсивен и повторяем.

Было обследовано 28 детей с тяжелыми повреждениями головного мозга вследствие травматических событий. Генезис и характер повреждений различен и включает как тяжелую черепно-мозговую травму (ТЧМТ), так и разрывы артериовенозных мальформаций, а также постгипоксическое поражение головного мозга.

Все обследуемые дети находились в сниженных состояниях сознания. Когортную группу составляли 18 мальчиков и 10 девочек.

Все психологические обследования проводились у детей с этапа стабилизации витальных функций. Некоторые дети в вегетативном состоянии находились в отделении реанимации без медикаментозной седации. Дети в состоянии комы и медикаментозной комы не обследовались.

Возраст всей когортной группы составил от 3 до 16 лет, средний возраст 12 ± 4 года.

Периодичность обследований – 2 недели (14 дней). С каждым ребенком из данной когортной группы было проведено от 3-х до 5-ти исследований.

При проведении исследования было выделено две группы детей. Между группами отмечено значимое различие в восстановлении психической активности и сознательных процессов.

Группа «А» – 17 человек. В данную группу отнесены дети, не дошедшие в своем восстановлении до «ясного» сознания за начальный период реабилитации, который составлял 6 месяцев (ранний этап восстановления после травмы головного мозга).

Группа «В» – 11 человек. Это были дети, сознание которых восстановилось до «ясного» на раннем этапе после повреждения (6 месяцев).

Таблица 2. 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

В обработке полученных данных применялась программа Statistica v.6 StatSoft Inc. Обработка данных производилась методами непараметрической статистики.

После коммуникации с ребенком психолог заполняет бланк опросника. Далее по всем вопросам высчитывается полная сумма. Также внимание уделяется исчислению сумм по каждой субшкале: телесные и двигательные ответы; ответы через вегетативные проявления; демонстрация собственных жестов (поза); эмоциональные реакции и их мимические проявления; контакт с другими людьми через изменение общей двигательной активности; появление речи или вокализации. Число, получаемое в результате общего суммирования, может свидетельствовать не только о возможностях коммуникации ребенка, но и о его состоянии сознания. Чем выше уровень сознания, тем больше общая сумма баллов. Максимальная сумма баллов (абсолютное значение) – 206.

Расчет производился по ниже следующей формуле, где цифровые значения – весовые коэффициенты субшкал. Буквенными символами обозначены аббревиатуры наименования данных субшкал: телесные ответы, мимика, вегетативные реакции, жесты и поза, уровень контакта и речь.

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

Бланк Шкалы коммуникативной активности Scale of Communication Activity – Bykova, Lukianov (SCABL) приводится в *Приложении А*.

3.2. Доказательность, непротиворечивость и соотносимость Шкалы коммуникативной активности (SCABL)

Для проверки непротиворечивости и сочетанности шкалы коммуникативной активности Scale of Communication Activity – Bykova, Lukianov (SCABL) ее результаты сравнивались с результатами, полученным по шкалам: ШКГ (GCS) [Белова А.Н., 2002; Robyn L., Tate A., 2010; Ewing-Cobbs L., Levin H.S., Fletcher J.M., 2004], а также со шкалой Rancho Los Amigos Medical Center Level of Cognitive Functioning (RLAS) [Hagen C., Malkmus D., Durham P., 1987] и Шкалой

уровней психической активности Доброхотовой–Зайцева [Доброхотова Т.А., 2006; Зайцев О.С., 2011].

Для проверки непротиворечивости шкал (ШКГ (GCS) и SCABL) и их сочетанности применялась статистическая оценка по динамике средних значений в двух группах пациентов. Результат приведен на рисунках 3 и 4.

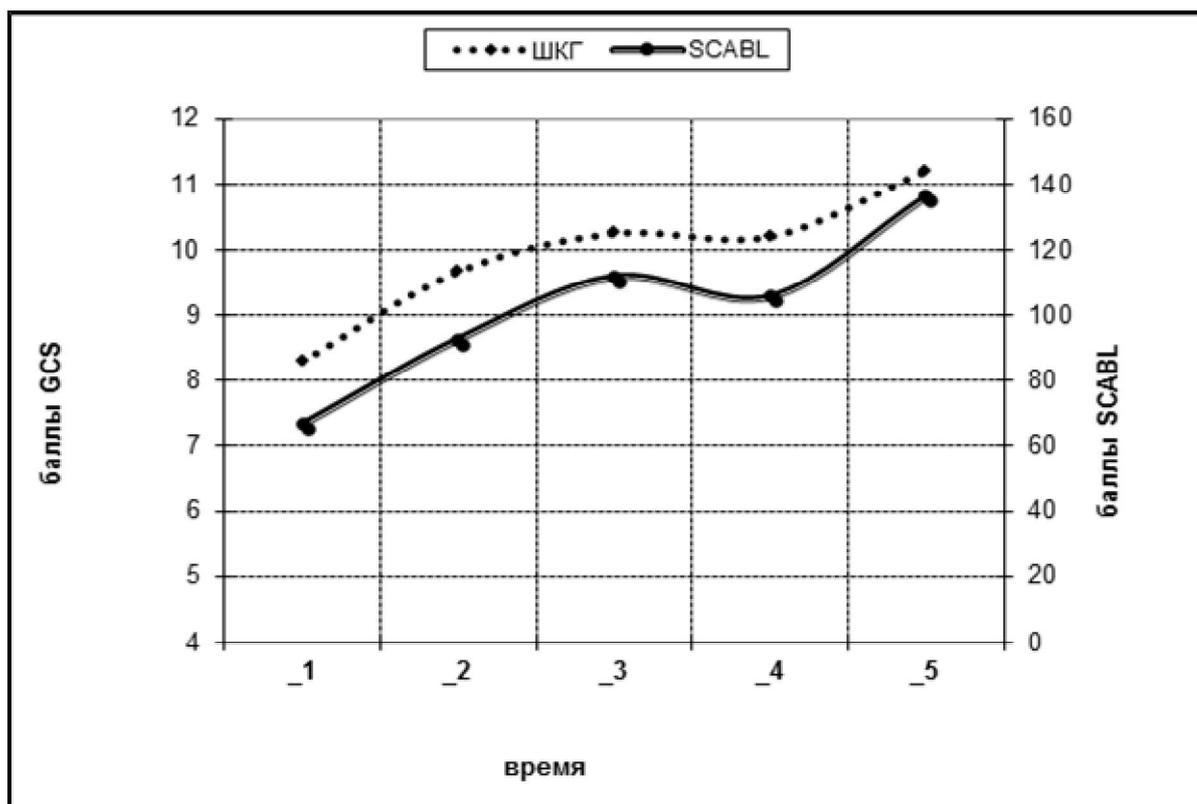


Рисунок 3. Динамика изменений средних значений GCS и SCABL для группы А

На рисунке 3 баллы по шкале ШКГ (GCS) представлены по оси ординат слева, а результаты измерений по SCABL представлены справа. Временной интервал составил примерно 14 дней.

Важно обратить внимание на тот факт, что в тяжелой группе А шкала SCABL повторяет абрис графика GCS, но является более чувствительной к изменениям сигнальных возможностей у детей на всех этапах наблюдений.

В группе В при отсутствии изменений по шкале GCS на 3, 4, и 5 этапах (15 баллов) шкала SCABL, учитывающая большее количество параметров, показывает видимый прирост возможностей общения детей.

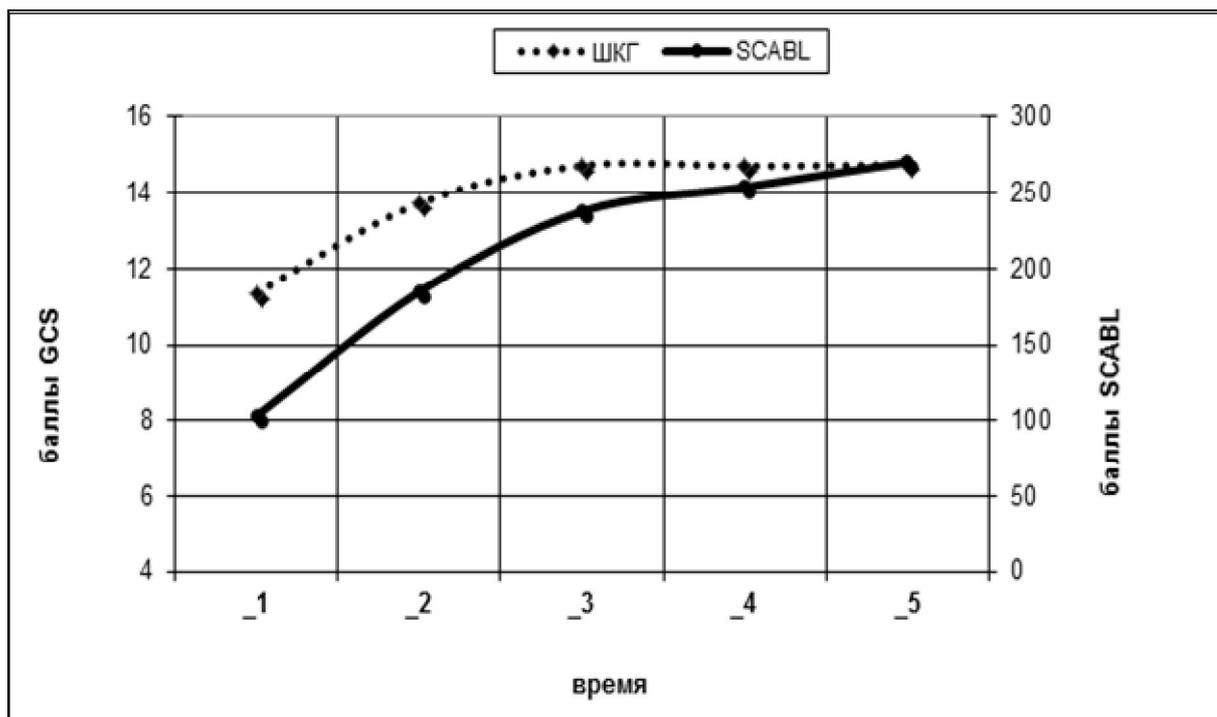


Рисунок 4. Динамика изменений средних значений GCS и SCABL в группе В

На рисунке 4 по оси ординат слева демонстрируются данные по шкале ШКГ (GCS), справа – данные SCABL.

Как показано, Шкала коммуникативной активности (SCABL) более детализирована, и, как следствие, точнее отражает динамику изменений у пациентов в сниженных состояниях сознания. При этом интегрально (грубо) показания по SCABL не противоречат показаниям шкалы ШКГ (GCS).

В группе «А» была выявлена высокая значимая положительная корреляции ($r = 0.80$, $p < 0.05$ по Spearman) на всех временных этапах.

Однако для группы «В» столь высокое значение корреляционного коэффициента характерно только на первых трех этапах.

Для оценки временной динамики изменений по предлагаемой шкале (SCABL) был применен критерий Фридмана. Соответствующие результаты дисперсионного анализа (доверительный интервал +/- 95%) по обеим группам детей («А» и «В») приведены на рисунках 5 и 6.

Графики показывают, как при каждом временном отрезке увеличивается количество возможных проявлений пациентов.

В Группе А с появлением возможностей речевой коммуникации (звук, артикуляция) происходит общая остановка по всем другим коммуникативным каналам (этапы 3 и 4).

На 5-м этапе измерений по SCABL разброс по количеству возможных сигналов коммуникации становится максимально большим (от 58 до 218 баллов), что показывает вариативность различных исходов восстановления детей после повреждений головного мозга.

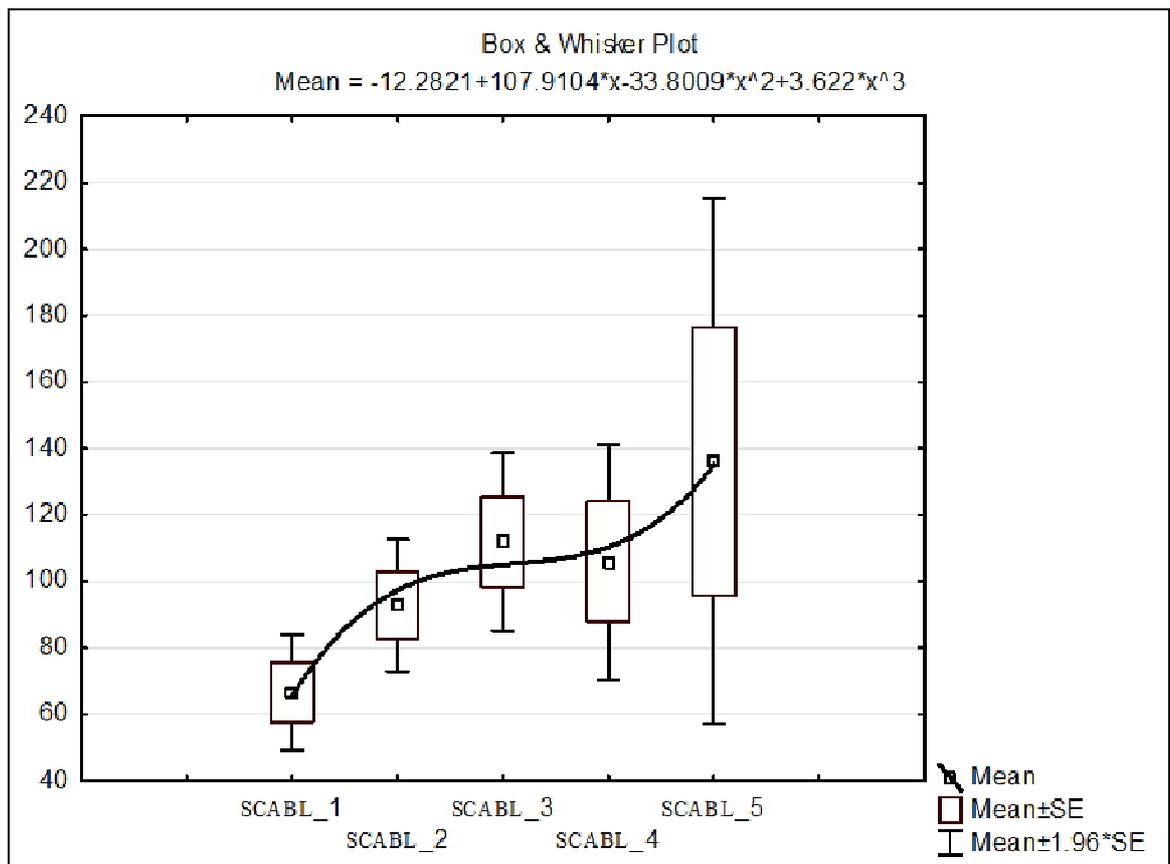


Рисунок 5. Динамика изменений SCABL во времени (Группа «А»)

Результаты, приведенные на рисунке 6 (группа «В») демонстрируют изменения количества сигналов коммуникации и их вариабельность с изменением состояния сознания. Следует подчеркнуть, что разброс данных коммуникативных сигналов группы «В» по вариабельности в ходе восстановления растет. Так, к 5-му измерению амплитуда показателей составляет от 175 до 370 баллов.

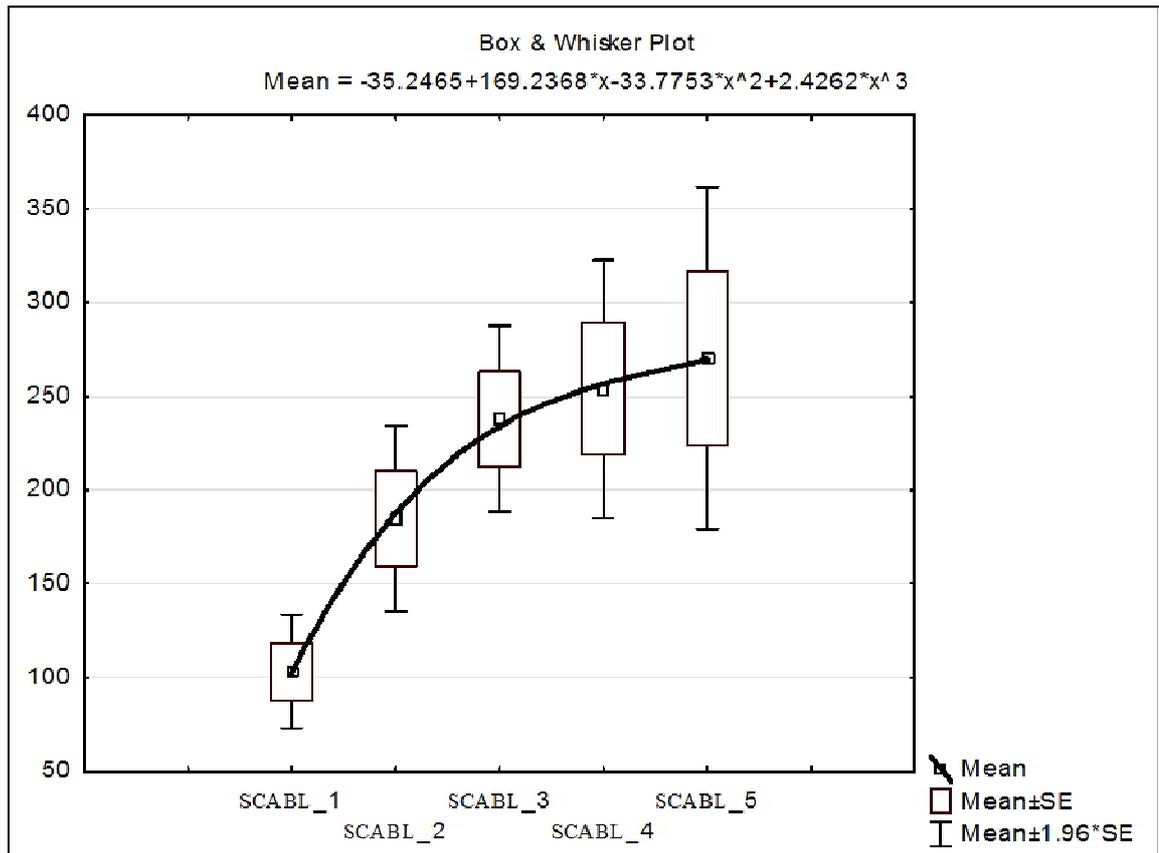


Рисунок 6. Динамика изменений SCABL во времени (Группа «В»)

Обработка с использованием статистических методов позволила выявить для двух групп детей («А» и «В») значимые различия в динамике шкалы SCABL. Знаковой тест (Sign Test) был использован для детализация и уточнение данных различий. Так, при анализе данных в части первых трех этапов восстановления (исключая четвертый и пятый) было получено статистически значимое различие ($p < 0.5$) для обеих групп обследуемых детей. Для последующих этапов (четвертый и пятый этапы) статистическое различие не выявлено.

Сравнение скорости изменения показателей по SCABL между двумя группами показало, что в группе В восстановление коммуникативной активности была ощутимо выше на первых этапах, чем в другой группе и стабилизировалась к четвертому временному этапу.

Группа «А» относительно группы «В» демонстрировала более низкую скорость изменений показателей шкалы SCABL и на протяжении всех временных

этапах оставалась постоянной. Исключение составил четвертый временной срез, когда произошло снижение прироста сигналов коммуникации.

Чувствительность шкалы SCABL в обеих группах оценивалась через следующую зависимость:

$$\text{скорость} = \frac{\text{среднее значение}(i) - \text{среднее значение}(i-1)}{\text{единица времени}}$$

Единица времени, соответствующая временному интервалу обследований, продиктованному выбранной методикой, составила 2 недели или порядка 14 дней. Графическое представление расчетов чувствительности представлено на рисунке 7.

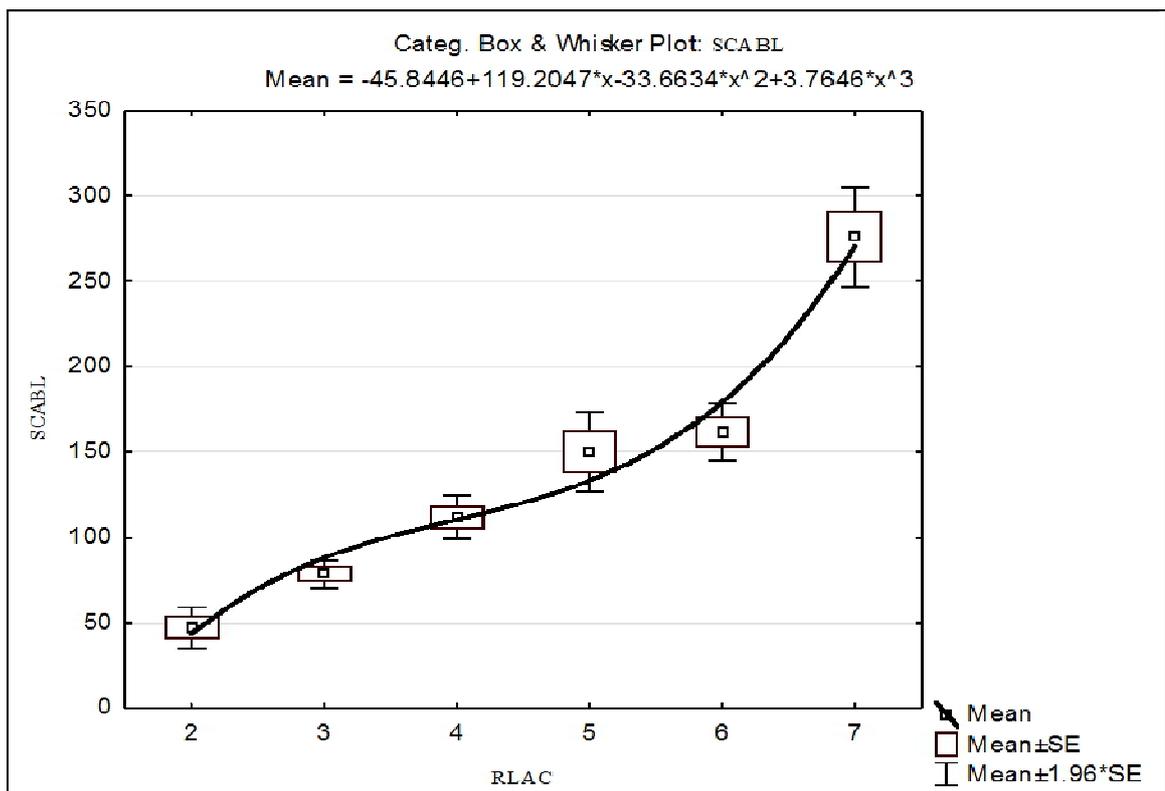


Рисунок 7. Общее распределение SCABL и RLAS по всей выборке

На приведенном выше рисунке 7, в диапазоне от 2-5 стадий по всей выборке отмечается линейная зависимость значений двух шкал SCABL и RLAS-LCF-R

(RLAS). Это соответствует промежутку восстановления от вегетативного состояния (2) до состояния спутанности сознания (5) (по шкале Доброхотовой-Зайцева).

В нелинейной области (стадии 6-7) применен F тест Фишера сравнения дисперсий SCABL с группой RLAS.

Таблица 3. Дисперсионный F-тест

Значения	Среднее	Дисперсия	Наблюдения	df	F	P	F критическое
SCABL RLAS (6-7 стадии)	235.6	6413.8	34	33	3.0	4.6272 6E-05	1.6
SCABL RLAS (2-5 стадии)	91.6	2131.1	74	73			

Как показывает исследование, шкала коммуникативной активности SCABL может быть применима у детей в состояниях сниженного сознания после повреждений головного мозга только до стадии спутанности сознания. Некорректность использования SCABL на уровнях «ясного сознания» доказывается статистически значимым различием дисперсий.

На рисунке № 8, приведенном ниже, видно как распределения по всей выборке по шкалам SCABL и RLAS от 2 до 5 стадии значимо аппроксимируются линейными трендами квартилей 25% и 75%.

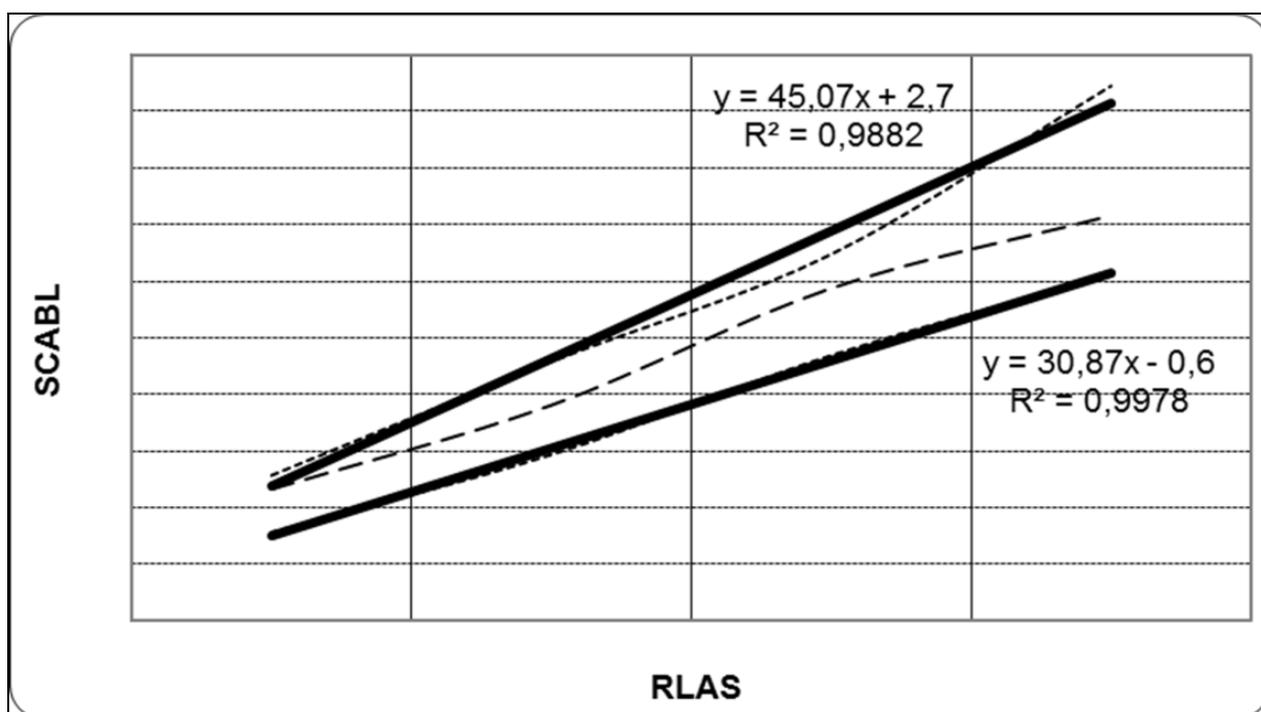


Рисунок 8. Распределение RLAS и SCABL (2-5 стадии)

Чувствительность Шкалы коммуникативной активности (Scale of communication Activity – Vykova, Lukianov (SCABL)) превышает чувствительность шкалы RLAS из-за большего количества значимых параметров, при этом не противоречит последней в области их совместного применения. Следует отметить, что шкала SCABL предназначена именно для психологической оценки детей в состояниях сниженного сознания после тяжелых повреждений головного мозга.

В ходе исследования результаты, измеренные по шкале SCABL, сравнивались со шкалой Доброхотовой-Зайцева, которая, в свою очередь, сопоставлялась с ШКГ (Приложение В) и оценкой по шкале Rancho Los Amigos Medical Center Level of Cognitive Functioning (RLAS). Полученные результаты приведены в Приложении Г.

3.3. Сравнение профилей восстановления коммуникативных возможностей по шкале SCABL в двух группах детей

В ходе сравнения восстановления возможностей коммуникации у двух групп детей («А» и «В») наблюдалась значимо различная картина и динамика восстановления.

В группе «А» («тяжелая группа») динамика имела нелинейную зависимость (рисунок 9). Первыми у детей проявлялись телесные ответы и вегетативные реакции, и в течение первых 4-х недель прирост отмечался по параметрам «Телесные ответы», «Вегетативные реакции», «Мимика». Параметры «Контакт с внешним миром» и «Жесты» возрастали не так быстро, достигали определенного значения ко второму периоду и продолжали на нем оставаться.

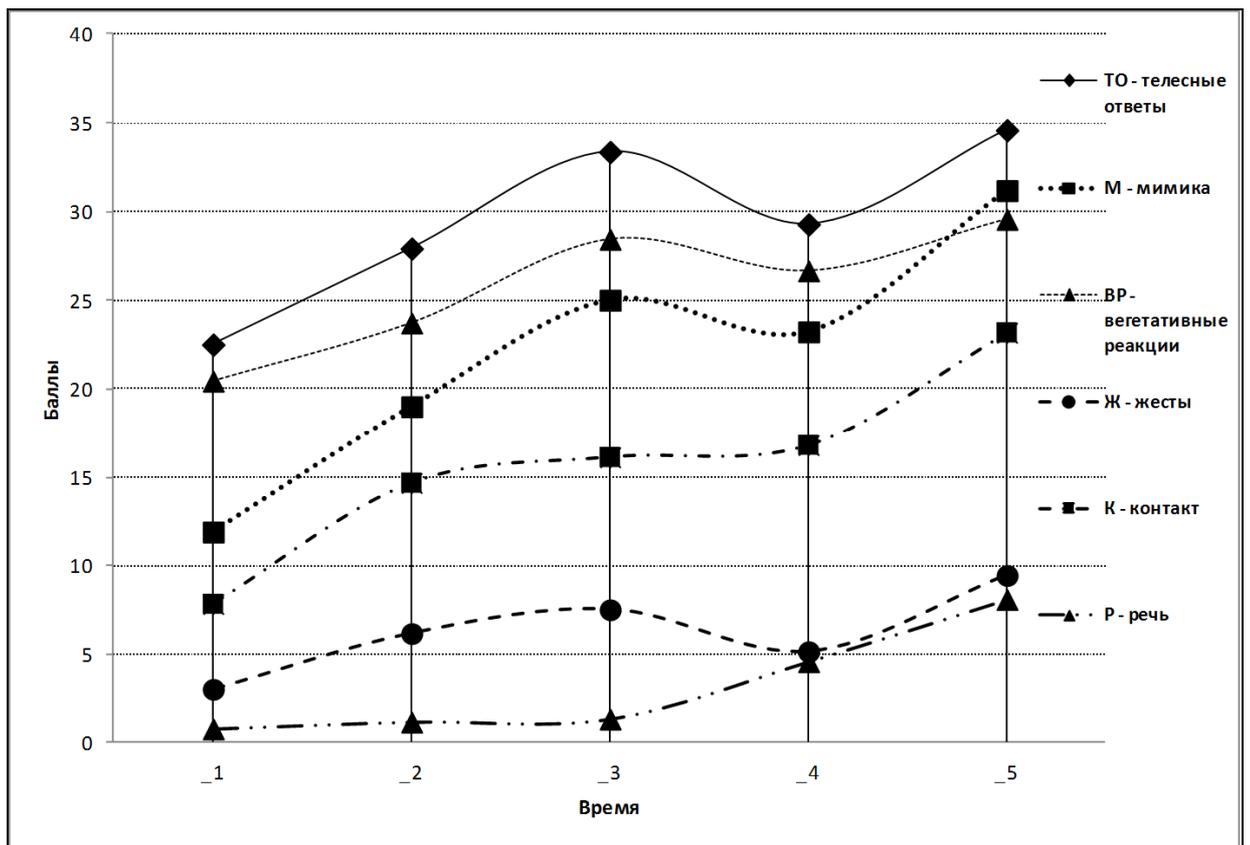


Рисунок 9. Динамика восстановления сигналов коммуникации по SCABL (группа «А»)

(Ось X – одно деление = 14 дней)

Коэффициент ранговой корреляции Спирмана применительно к группе «А» продемонстрировал высокую статистическую зависимость на каждом временном срезе. Соответствующий статистический коэффициент превышал уровень 0,75 при охвате всех параметров по шкале. Тем не менее, коэффициент конкордации Кенделла, который показывает статистическую связность всех параметров измерения, не снижался на всех этапах ниже отметки - 0,73.

Наблюдается, что в группе «А» речевой канал являлся наиболее запаздывающим – появление речи было отмечено только через 8 недель после травмы мозга. С возникновением речевых возможностей у детей во всех других каналах коммуникации вначале отмечалась «остановка» (прекращение прироста количества и интенсивности сигналов). При возрастании внутренних ресурсов у детей на 4-ом этапе происходило общее совместное увеличение всех коммуникативных возможностей по интенсивности и количеству сигналов. Самые значимые изменения наблюдались по субшкалам: «Телесные ответы», «Мимика», «Контакт» и «Поза и жесты». Однако субшкала «Вегетативные реакции» фиксировала некоторое запаздывание, что, в принципе, может свидетельствовать об отсутствии «первичной» необходимости самовыражения через вегетативные реакции с появлением речевых и других возможностей.

Благодаря полученным результатам можно сделать предположение, что речевая активность, как сложная, высшая, «человеческая» функция, нуждается не только в больших внутренних энергетических ресурсах, но и занимает роль ведущей, основной функции при общении человека с окружающим его миром.

Для детей, долго находящихся в сниженных состояниях сознания и не вышедших в дальнейшем в «ясное» сознание, зоны ближайшего развития (по Л.С. Выготскому) должны определяться на каждом этапе их восстановления. Так, при общении с ребенком при начале его попыток отвечать звуками (3 этап) не нужно обращаться к его жестовой речи и ждать новых жестовых проявлений. Также не будет для ребенка столь значимо обращение его внимания (вербальное сопровождение) на телесные или вегетативные проявления, т.к. в зоне его

актуального развития возможности выразить себя пусть пока не словами, но звуками.

Важно также понимать, что приведенные данные «скрадывают» и затушевывают персональные особенности каждого отдельного ребенка. При повреждениях головного мозга существуют не только общие особенности, но и явные индивидуальные отличия (степень повреждения, особенности онтогенетического развития до травмы, течение восстановительного процесса после травмы, осложнения и пр., и пр., и пр.), которые собственно и являются определяющими его психологической и телесной реабилитации.

Восстановление в группе «В» происходило по значимо другому профилю (рисунок 10).

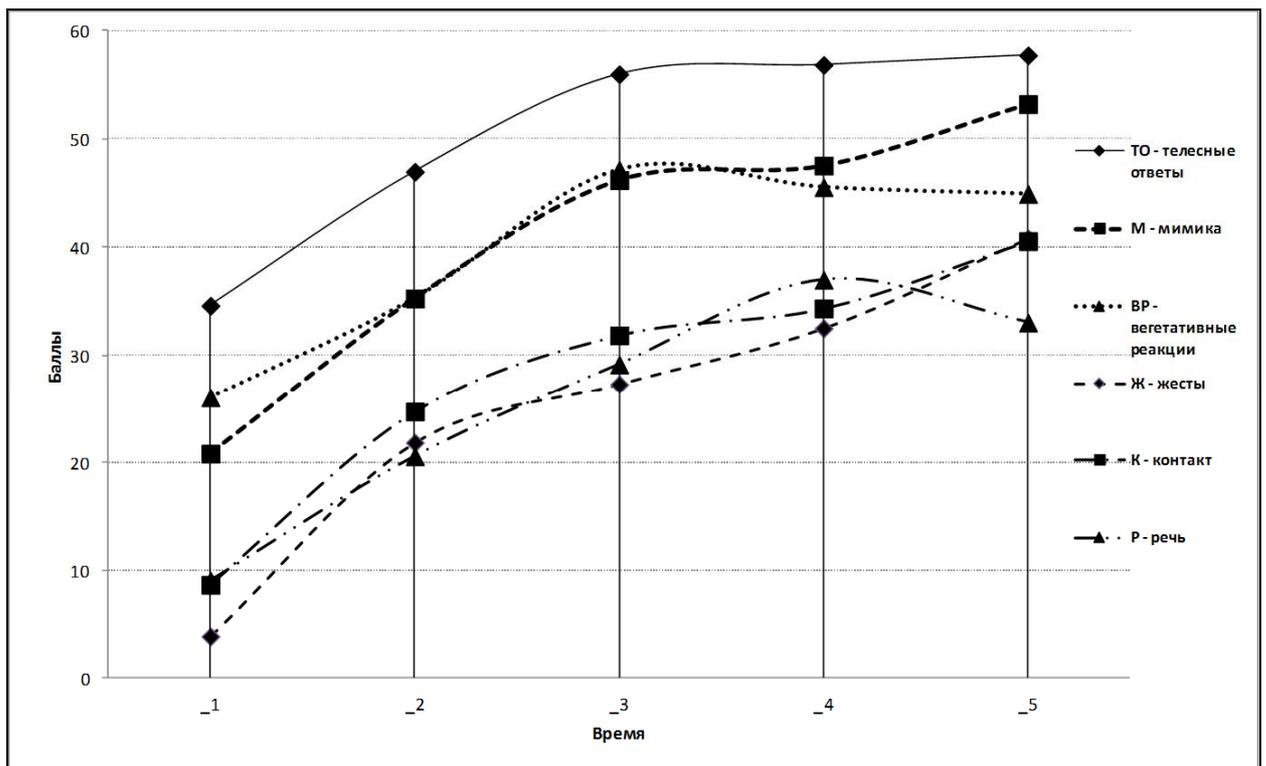


Рисунок 10. Динамика восстановления сигналов коммуникации по SCABL (группа «В»)

(Ось X – одно деление = 14 дней)

К 4-ой неделе в данной группе после травматического повреждения головного мозга наблюдался общий полифоничный подъем по всем коммуникативным каналам, гораздо быстрее чем в группе «А». Стабилизация и

замедление в наращивании сигналов коммуникации происходило к 6 неделе. Скорость восстановления всех коммуникативных каналов, в отличие от другой группы, относительно одинакова. Однако точка 6 недель (3 период) является «точкой перегиба», при которой график начинает иметь другое направление. Так, после «точки перегиба» отмечается не только прирост по шкалам «Речь» и «Жесты», остановка по приросту параметров «Телесные ответы», «Контакт» и «Мимика», но и уменьшение проявленности вегетативных реакций. Уже на 4-ом этапе (8 недель) стабильный прирост остается только по параметрам «Жесты» и «Мимика», притом как график «Речь» демонстрирует снижение по приросту.

Хотя в целом для группы «В» не выявлена ковариация (коэффициент ранговой корреляции по Спирману), по составляющим субшкалам такая зависимость отчетливо наблюдается. Так, в частности, для трех из шести подшкал, включая подшкалы, характеризующие эмоции, речевые возможности, а также общие коммуникационные возможности, соответствующий корреляционный коэффициент достигает и превышает значения 0,8 – вне зависимости от временного среза, на котором исчислен (исключая последний временной срез).

Примечательно поведение коэффициента восстановления сигнальных процессов для группы «В», где коэффициент конкордации Кенделла ожидаемо низок (в среднем до 0,45), хотя на первом этапе он достигает уровня 0,7.

Важно подчеркнуть, что независимо от группы («А» или «В») первыми доступными сигналами коммуникации с окружающим миром являются телесные ответы и вегетативные реакции. Однако последнее особенно четко проявлено в группе «тяжелых» детей (группа «А»), не восстановивших в ходе реабилитации уровень своего сознания до ясного. Эту особенность необходимо учитывать при построении эмоционального контакта с такими детьми, акцентируя внимание на их телесные и вегетативные ответы.

Интерпретация полученных статистических результатов при соотнесении их с наблюдаемыми изменениями в структуре общения ребенка с окружающим миром требуют дальнейшего тщательного психологического исследования и

анализа, что позволит в дальнейшем понять внутренние закономерности выявленного характера графиков.

3.4. Принципы психологического сопровождения детей в сниженном сознании

Приведенное выше исследование и феноменологический анализ психических возможностей детей, перенесших повреждения головного мозга и находящихся в сниженных состояниях сознания, помогли обозначить несколько основополагающих моментов в психологической работе с ними.

1. Общение с маленьким пациентом, находящимся в сниженном состоянии сознания, обладает особыми качествами:

– измененность – так как опирается в большей мере на невербальные средства коммуникации

– прерывистость и непостоянство – в связи с высокой степенью утомления ребенка после повреждений головного мозга

– замедленность – из-за снижения уровня и темпа восприятия ребенка и отсроченностью его ответов. Скорость ответов ребенка на контакт очень не велика, также снижен темп восприятия обращенной речи. Для создания адекватного продуктивного общения темп речи и скорость движений психолога должна соответствовать скорости восприятия и способностям ответов самого ребенка.

2. Общение с такими детьми может осуществляться только в их близком поле. Нельзя выстроить с ребенком поддерживающий и продуктивный диалог, находясь у ножного конца его кровати или от дверей в палату. Дети в сниженном состоянии сознания не воспринимают людей на таком далеком для них расстоянии. Контакт предполагает поклон к пациенту, близкое интимное поле взаимодействия с ним (присесть рядом, нагнуться и приблизить лицо).

3. Психологическая работа с детьми в сниженных состояниях сознания должна определяться не средствами и возможностями психологической

реабилитации, а индивидуальными потребностями и возможностями самого ребенка. Именно принцип индивидуальности и психологическая поддержка позволяет выстраивать с ребенком межличностный диалог, предоставляя пространство понимания для дальнейшего восстановления его сознания.

4. При общении с больным ребенком необходимо обращение к формирующейся (восстанавливающейся) его личности с учетом разрушенной целостности после повреждений головного мозга и понимание зон его «ближайшего развития» [Выготский Л.С., 1983]. Выделение и знание таких зон важно на каждом временном отрезке восстановления ребенка и при каждой непосредственной встрече с ним.

5. Дети при тяжелых повреждениях головного мозга не могут отвечать вербально, а реагируют и входят в контакт больше с использованием своих телесных возможностей и вегетативных реакций. Общение с ребенком в состоянии сниженного сознания смещается из слуховой и зрительной плоскостей в телесную (кинестетическую), с опорой на двигательные, телесные и вегетативные сигналы. Это, конечно, требует от психолога большого внимания, чувствования маленького собеседника и огромных внутренних собственных энергетических ресурсов.

6. Для психолога при общении с детьми в состояниях сниженного сознания важно уметь предоставлять ребенку собственную телесность, если это требуется для его восстановления – дать потрогать себя, подать руку, подставить тело для опоры и пр. Психолог обеспечивает болящему ребенку отклик во всех возможных модальностях (кинестетической, зрительной, аудиальной), поддерживая его возможное общение. Демонстрация коммуникативной активности ребенком в состояниях сниженного сознания может происходить через его маленькие движения, гомеопатические телесные проявления и пр., что не должно пропускаться психологом во время контакта.

7. Также крайне важно вербальное сопровождение любого проявления ребенка (телесного, звукового, вегетативного, мимического). Сопровождение – не оценочное, но описывающее происходящее для того, чтобы через внешнее

«отзеркаливание» и вербализацию ребенок мог осваивать свое незнакомое, непослушное тело, для осознания собственных бессознательных действий и переведения их в план произвольности и осознанности.

8. Важный принцип психологической работы с данной группой детей – «процессуальность, а не ситуативность» [Минделл А., 2005]. В психологической работе жесткие установки и планы только мешают, ограничивают психологический взгляд, так как диктуются требованиями извне, а не собственными интенциями болеющего ребенка. Тем не менее, при каждой встрече психолога с ребенком есть смыслообразующая цель, а средства, методы, темп и мишени работы начинают задаваться самой встречей ребенка и психолога.

Взаимодействие психолога и ребенка в сниженном состоянии сознания создает общее единое поле со своими закономерностями, свойствами и динамикой [Левин К., 2001; Минделл А., 2005] и др. В поле взаимодействия акцент делается на взаимоотношениях между собеседниками, а не на эгоцентрической установке кого-то одного. Единое поле взаимодействия создает синхронизацию, совместное эмпатическое пространство, где у каждого может возникнуть «не свое» переживание, а привнесенное, подаренное его *vis-à-vis* (визави). Для психолога в ситуации «молчания» ребенка, находящегося в сниженном состоянии сознания, «внутреннее слушание» себя является камертоном развития дальнейшей со-бытийности, совместных отношений, фактом осознания переживаний и чувств ребенка [Братусь Б.С., 1991 2019; Василюк Ф.Е., 1984; Минделл А., 2005] и др.

Выводы по третьей главе

Полученные в ходе практического исследования данные позволяют подчеркнуть важность и необходимость при работе психолога с детьми, в состояниях сниженного сознания после церебральных травм, внимательного отношения к их проявлениям во время общения. Коммуникативные возможности и досознательные [Юнг К.Г., 2010] проявления детей после повреждений

головного мозга демонстрируются в контакте в большей степени через невербальные средства коммуникации.

Шкала коммуникативной активности SCABL (Scale of Communication Activity – Вукова, Lukianov (SCABL)) может использоваться всеми психологами-практиками в своей клинической работе с детьми в состояниях сниженного сознания после повреждений головного мозга. Данная методика обеспечивает тонкую дифференцировку психологических состояний ребенка, начиная с вегетативного состояния, и позволяет выстраивать истинное общение с больным ребенком, что является ее отличительной особенностью.

Шкала коммуникативной активности (SCABL) позволяет обращать внимание на различные проявления детей в состояниях сниженного сознания, статистически значимо коррелирует с разными другими медицинскими шкалами. Шкала SCABL подробна и отличается большей чувствительностью к проявлениям детей. Она может применяться в оценке коммуникативных возможностей у детей в состояниях сниженного сознания. Шкала имеет свои ограничения, так как делает акцент, в большей степени, на невербальные сигналы ребенка и может учитывать только начальные проявления его вербальной активности. Таким образом, шкала SCABL применима только со стадии вегетативного состояния до состояния спутанности (по классификации Доброхотовой-Зайцева).

Шкала SCABL позволяет обнаружить, что первыми после повреждений головного мозга появляются двигательные сигналы и вегетативные реакции.

Проведенное исследование позволило увидеть различные сценарии восстановления возможностей общения у детей в двух группах («А» – дети, не восстановившиеся до сознания «ясное», «В» – дети восстановившиеся до ясного сознания).

При анализе профиля восстановления коммуникативных возможностей у детей в сниженном сознании (группа «А») с внешним миром выявилось, что их телесные и вегетативные отклики демонстрируются раньше других коммуникативных сигналов. И только с появлением начальной речевой

активности происходит полифоничное (совместное) сочетание во всех прочих коммуникативных каналах.

В группе «В» (дети, восстановившие сознание до ясного) наблюдается одновременное синергийное восстановление по всем сигналам коммуникации.

Шкала коммуникативной активности SCABL является на сегодняшний день единственной именно психодиагностической методикой, позволяющей оценивать возможности общения детей после тяжелых повреждений головного мозга, их коммуникацию с окружающим миром. Тем не менее, шкала SCABL позволяет не только диагностировать возможности коммуникации детей в состояниях сниженного сознания, но и, опираясь на доступные им сигналы коммуникации, может помогать расширять их контакт с внешним миром. Так, психолог, выявляя доступные ребенку сигнальные возможности, может не только усиливать и поддерживать их, но и вводить родителей в контекст общения ребенка, являясь сначала «переводчиком», а затем и фасилитатором процесса этого общения.

Шкала коммуникативной активности (Scale of Communication Activity – Вукова, Lukianov (SCABL)) помогает психологу быть внимательным и обращать внимание на различные вербальные и невербальные проявления детей в сниженных состояниях сознания, демонстрируемые ими в поддерживающем диалоге и эмоциональном контакте. Эмоциональный и поддерживающий контакт с болеющим ребенком является непременным условием использования данной шкалы.

Использование методики SCABL позволяет психологу замечать тонкие изменения в состоянии больного ребенка, а также прогнозировать, опираясь на профиль восстановления его коммуникативных возможностей, вероятный путь и скорость восстановления сознания.

Общение и психологическая работа с данной группой детей обладает определенными характеристиками:

- 1) измененность, прерывистость (непостоянство) и замедленность;
- 2) общение осуществляется только в близком поле ребенка;
- 3) принцип индивидуальности;

- 4) учет и понимание «зон ближайшего развития» ребенка при каждой встрече;
- 5) опора в диалоге на двигательные и телесные сигналы ребенка;
- 6) предоставление ребенку для взаимодействия собственную телесность;
- 7) сопровождение любого проявления ребенка (телесное, звуковое, вегетативное, мимическое) своими безоценочными вербальными высказываниями;
- 8) следование процессу взаимодействия с ребенком, а не заданной ситуации – «процессуальность, а не ситуативность».

ВЫВОДЫ

Подводя итоги исследования, вернемся к поставленным целям, задачам, выдвинутым гипотезам и рассмотрим их в свете полученных результатов.

Целью исследование было – выявить круг специфических особенностей и динамику коммуникативных процессов у детей, находящихся в состоянии сниженного сознания после повреждений головного мозга, на основе разработанного автором диагностического инструментария – Шкала коммуникативной активности (Scale of Communication Activity – Выкова, Lukyanov (SCABL)). В исследовании благодаря диагностическому опроснику SCABL, позволяющему отмечать большое количество сигналов (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.

Следуя поставленным задачам, в работе:

- 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;
- разработан психодиагностический инструментарий для определения качественного своеобразия общения детей на разных этапах процесса 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 – Выкова, Lukyanov (SCABL)).

Анализ результатов показал, что начиная с этапа вегетативного состояния, дети сохраняют возможность общения с другими людьми, однако данное общение кратковременно, носит своеобразные черты (измененность, непостоянство, замедленность), осуществляется только в близком поле ребенка и переходит в невербальную форму, что подтверждает **первую гипотезу** исследования.

Согласно **второй гипотезе**, на всех уровнях сниженных состояний сознания возможно использование произвольных реакций ребенка как психологических средств организации и восстановления коммуникации с взрослым. 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.

В **третьей гипотезе** предполагалось, что оценка восстановительной динамики процессов коммуникации ребенка может выступать существенным фактором прогноза его выздоровления. 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.

Таким образом, гипотезы исследования полностью подтверждены.

На защиту было вынесено несколько **положений**, которые были доказаны в процессе исследовательской работы:

1. Исследование показало, что Шкала коммуникативной активности (Scale of Communication Activity – Выкова, Лукьянов (SCABL)), опираясь на психологическое понимание категории общения, позволяет обращать внимание и выделять большее количество сигналов коммуникации у детей в состояниях сниженного сознания, чем другие шкалы, используемые в медицинской практике. SCABL ни сколько не противоречит шкалам ШКГ, RLAS, оценка по

Доброхотовой-Зайцеву. Данная шкала может применяться как методика, дополняющая результаты этих шкал, фиксирующая возможности общения (коммуникативную активность) детей на разных этапах угнетения сознания. Причем SCABL может выделять доступные области сигналов общения ребенка в ситуации, когда еще нет речевых и звуковых проявлений и/или появляются первые звуки – «первичная» после травмы вокализация. Как любой диагностический инструмент шкала SCABL, имеет ограничения в своем применении и может применяться только для оценки возможностей общения у пациентов в бессознательных состояниях, начиная с вегетативного состояния до состояния «спутанности» (по шкале Доброхотовой-Зайцева).

2. Шкала SCABL помогает психологу обратить внимание на различные вербальные и невербальные проявления детей в сниженных состояниях сознания, демонстрируемые ими в эмоциональном контакте и поддерживающем диалоге. Эмоциональный, поддерживающий контакт с болеющим ребенком является неременным и необходимым условием использования данной шкалы. Наиболее значимыми в общении детей, находящихся в сниженных состояниях сознания, являются вегетативные реакции и телесные ответы, появляющиеся раньше прочих.

3. В двух группах детей (группа «А» – длительные нарушения сознания, отсутствие восстановления сознания до «ясного», группа «В» – восстановление сознания до «ясного») имеет место значимо различный профиль 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 появлением речи вначале происходит совместная остановка по всем другим коммуникативным каналам (около 2-х недель), когда происходит прекращение прироста количества и интенсивности всех сигналов. Данный наблюдаемый феномен в «А» группе детей позволяет предположить, что именно речь, как специфическая функция человеческого сознания является доминирующей в акте общения и требует максимальных энергетических ресурсов для реализации. В «В»

группе отмечен значимо другой профиль восстановления сигналов коммуникации. Здесь имеет место совместный полифоничный подъем и в дальнейшем стабилизация всех коммуникативных возможностей. В отличие от группы детей «А» скорость восстановления всех каналов в группе «В» относительно одинакова.

На основе анализа теоретических аспектов изучаемой проблемы и результатов проведенного эмпирического исследования можно сделать следующие выводы:

1. Анализ литературных источников показал, что в настоящее время при наличии множества определений сознания отсутствует одно общепринятое, удовлетворяющее потребности разных областей знаний (медицины, психологии, философии, когнитивных наук, физики и др.) и позволяющее интерпретировать разнообразный практический опыт. Тем не менее, именно дефиниция, очерченная современной философией сознания, позволяет задать систему координат для адекватной интерпретации и встраивания различных данных о сознании в единую канву терминологического поля. Определение сознания содержит в себе как «отвлеченные» характеристики, относящиеся непосредственно к философскому осмыслению, так и объясняющие работу сознания через практическую реальность. Изменения «реальных», непосредственных характеристик сознания позволяет определить понятие «сниженное сознание».

2. Выявленные в определении сниженного сознания характеристики, обосновывающие «эффект снижения», позволили провести феноменологический анализ различных психологических феноменов (мотивация, деятельность, восприятие, контакт с окружающим миром, характер). В диссертационной работе рассмотрены стадии формирования после повреждений головного мозга таких характеристик сознания, как интенциональность – от элементарных базовых потребностей через мотивацию и появление эмоциональной составляющей, квалитативность – от первичных ощущений к «организации чувств». Отмечено, что любой возникающий после травмы мозга психический феномен или функция, вначале проявляется в утрированной форме и лишь потом приобретает

адекватный, оптимальный по силе характер, что адаптирует ребенка к внешнему и социальному взаимодействию.

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

4. Шкала коммуникативной активности (Scale of Communication Activity – Выкова, Lukyanov (SCABL)) является пока единственной психологической методикой, позволяющей с опорой на эмоциональный контакт взаимодействовать с ребенком на ранних этапах после тяжелых повреждений головного мозга. Шкала SCABL помогает психологу увидеть и оценить количество и качество различных коммуникативных откликов ребенка как вербальных, так и невербальных. Шкала, за счет большого количества параметров (104 сигнала), 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. Диагностика уровня и динамики восстановления сознания у детей на ранних этапах (первые 6 месяцев) после тяжелых повреждений головного мозга позволила выделить две группы. Отмечено, что восстановление сознания в разных группах детей диктует и разные профили восстановления их коммуникативной активности. Таким образом, Шкала коммуникативной активности (Scale of

Communication Activity – Bykova, Lukyanov (SCABL)) может использоваться для раннего прогноза восстановления сознания у детей после тяжелых повреждений головного мозга.

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

- общение с ребенком может осуществляться только в его близком поле;
- в общении с ребенком в состоянии сниженного сознания необходимо обращать внимание именно на его личность (принцип индивидуальности);
- при каждой встрече необходимы выявление и понимание «зон ближайшего развития» больного ребенка;
- при общении с ребенком после повреждений головного мозга на ранних этапах восстановления акцент делается на двигательных и телесных сигналах;
- необходимость предоставления ребенку своей собственной телесности;
- неременное сопровождение любого проявления ребенка (телесное, звуковое, вегетативное, мимическое) вербальными высказываниями, не оценивающими, но описывающими происходящее;
- принцип взаимодействия психолога и ребенка – «процессуальность, а не ситуативность» (А. Минделл). Сам процесс общения и поле взаимодействия с ребенком, находящимся в состоянии сниженного сознания, определяют текущие психологические задачи и мишени работы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основным предметом данного исследования стали специфические особенности и динамика коммуникативных процессов у детей в состояниях сниженного сознания на ранних этапах восстановления после повреждений головного мозга.

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 своих детей. Использование шкалы коммуникативной активности SCABL также может позволить врачам дополнить и улучшить качество прогноза восстановления после тяжелых повреждений головного мозга.

Проведенное исследование и теоретическое обобщение позволило предположить дальнейшую задачу будущих исследований – рассмотрение влияния возрастного развития ребенка на ход восстановления после тяжелых повреждений головного мозга. Не менее важным представляются исследования влияния преморбидных индивидуальных особенностей детей, получивших травму головного мозга, на динамику их восстановления.

В связи с увеличением с каждым годом количества людей, получивших тяжелые повреждения головного мозга и длительно остающихся дезадаптивными, нуждающимися в постоянном уходе из-за сниженного сознания, необходимо продолжить сбор опытных данных, наблюдений, их психолого-теоретическое осмысление для расширения поля применения специальной психологии в области психологических особенностей детей в состояниях сниженного сознания после тяжелых церебральных травм.

Психолог задается вопросами, каким же образом работает сознание, через изучение его феноменов, механизмов и закономерностей. Он может и должен заходить на территорию «запредельных» состояний, «...не предаваться удивлению, не смеяться, не плакать – но понимать» [Выготский Л.С., 1968, с. 18].

Построение любой психологической теории и практического изыскания невозможно без представлений и понимания опыта других областей знаний – философии, медицины, физики и пр.

Психологическое сопровождение детей в состоянии угнетенного сознания опирается на психологические и философские теории сознания, культурно-историческую концепцию Л.С. Выготского, диалоговое пространство гуманистической парадигмы, а также на антропоцентрические принципы современной реабилитологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аллахвердов, В. М. Сознание как парадокс. Экспериментальная психология [Текст] / В. М. Аллахвердов. — Т. 1 — СПб: «Издательство ДНК», 2000. — 528 с. (Серия «Новые идеи в психологии»)
2. Андреева, Г. М. Социальная психология: Учебник для высших учебных заведений [Текст] / Г. М. Андреева. — 5-е изд., испр. и доп. — М.: Аспект Пресс, 2003. — 364 с.
3. Андреева, Е. И. Специфика межличностного взаимодействия дошкольников с интеллектуальной недостаточностью со сверстниками / Е. И. Андреева, Л. С. Медникова // Дефектология. — 2015. — № 1. — С. 11-18.
4. Анохин, К. В. Нейрон. Обработка сигналов. Пластичность. Моделирование: Фундаментальное руководство [Текст] / К. В. Анохин, Ю. И. Александров, Б. Н. Безденежных, Н. С. Гарина, Т. Н. Греченко, А. В. Латанов, Т. А. Палихова, С. В. Савельев, Е. Н. Соколов, Н. А. Тушмалова, В. А. Филиппов, А. М. Черноризов. — Тюмень: Издательство Тюменского государственного университета. — 2008. — 548 с.
5. Анциферова, Л. И. Психология самоактуализирующейся личности в работах А. Маслоу/ Л. И. Анциферова // Вопросы психологии. — 1973. — № 4. — С. 173-180.
6. Аристов, В. В. Философские проблемы пространства-времени, связанные с реляционной статистической концепцией / В. В. Аристов // Метафизика. — 2012 — № 3 (5) — С. 48-63
7. Аскольдов, С. А. Время и его преодоление / С. А. Аскольдов // На переломе. Философские дискуссии 20-х годов: Философия и мировоззрение. — М.: Политиздат, 1990. — С. 398-402.
8. Асмолов, А. Г. По ту сторону сознания. Методологические проблемы неклассической психологии [Текст] / А. Г. Асмолов. — М.: Смысл, 2002. — 480 с.

9. Бахтин, М. М. Философская эстетика 1920-х годов [Текст] / Бахтин М. М. — Собр. соч. в 7-ти т. — Т.1. — М.: Русские словари. Словари славянской культуры, 2003. — С. 7-68.
10. Бабушкин, В. У. Феноменологическая философия науки: критический анализ [Текст] / В. У. Бабушкин. — М.: Наука, 1985. — 189 с.
11. Белова, А. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации [Текст] / А. Н. Белова. — М.: Издательство Антидор, 2002. — 440 с.
12. Березкина-Орлова, В. Б. Телесная психотерапия. Бодинамика. Сборник переводов статей по бодинамическому анализу [Текст] / В. Б. Березкина-Орлова. — М.: АСТ, 2010. — 409 с.
13. Бехтерев, В. М. Мозг и его деятельность [Текст] / Бехтерев В. М. // Под ред. А. В. Гервера. — Л.: Гос. изд-во, 1928. — 327 с.
14. Божович, Л. И. Проблема развития мотивационной сферы ребенка [Текст] // Изучение мотивации поведения детей и подростков / Под ред. Л. И. Божович, Л. В. Благонадежиной. — М.: Педагогика, 1972. — 371 с.
15. Бразгун, Т. Н. Семья ребенка с синдромом дауна сквозь призму изучения особенностей межличностных отношений / Т. Н. Бразгун, В. В. Ткачева // Клиническая и специальная психология. — 2018. — Т. 7. № 1 (25). — С. 28-39.
16. Братусь, Б. С. Смысловая вертикаль сознания личности / Б. С. Братусь // Вопросы философии. — 1999. — № 11. — С. 81-89.
17. Братусь, Б. С. Несмотря ни на что – сказать жизни "Да" (уроки Виктора Франкла) / Б. С. Братусь // Вопросы психологии. — 2005. — № 3. — С. 112-121.
18. Братусь, Б. С. Психология и духовность — две вещи несовместные? / Б. С. Братусь // Психология. Журнал высшей школы экономики. — 2019. — Т. 16. № 3. — С. 470-478.
19. Братусь, Б. С. Христианская психология в контексте научного мировоззрения: коллективная монография [Текст] / Под ред. проф. Б. С. Братуся. — М.: Никая, 2017. — 528 с.

20. Братусь, Б.С. Начала христианской психологии. [Текст] / Б. С. Братусь, В. Л. Воейков, С. Л. Воробьев. // Учебное пособие для вузов.— М.: Наука, 1995 — 236 с.
21. Братусь, Б. С. Как построить свое «я». Диалоги о Человеке без начала и конца [Текст] / Б. С. Братусь. — М.: Педагогика, 1991. — 136 с.
22. Братусь, Б. С. Аномалии личности. Психологический подход [Текст] / Б. С. Братусь. — М.: Никея, 2019. — Изд. 2-е, перераб. и доп. — 912 с.
23. Браун, Дж. Психология Фрейда и постфрейдисты [Текст] / Дж. Браун — М.: REFL-book; Киев: Ваклер, 1997. — 304 с. (Серия «Актуальная психология»).
24. Бубер, М. Проблема человека [Текст] / М. Бубер // Сборник: Два образа веры. — М.: Республика, 1995. — С. 157-231.
25. Буслаева, А. С. Задачи психологической помощи тяжело больному ребенку и его родителям / А. С. Буслаева, А. Л. Венгер, С. Б. Лазуренко // Культурно-историческая психология. — 2016. — Т. 12, № 1. — С. 56-65.
26. Быкова, В. И. Психологическая реабилитация детей после тяжелой черепно-мозговой травмы / В. И. Быкова, Ж. Б. Семенова, Е. В. Фуфаева, Е. А. Львова, С. А. Валиуллина // Нейрохирургия и неврология детского возраста. — 2012. — № 2-3. — С. 162-167.
27. Быкова, В. И. Восстановление сознания сквозь призму психологии: психологическая работа с ребенком, перенесшим тяжелую травму головного мозга / В. И. Быкова, А. Н. Харьковский, Е. В. Фуфаева, В. И. Лукьянов, Ю. Г. Сиднева // Консультативная психология и психотерапия. — 2018. — Т. 26. № 2 (100). — С. 104-124.
28. Быкова, В. И. Диалог с пациентом при угнетении сознания после глубоких повреждений головного мозга / В. И. Быкова, В. И. Лукьянов, Е. В. Фуфаева // Консультативная психология и психотерапия. — 2015. — № 3 (87). — С. 9-31.
29. Быкова, В. И. Теория и практика восстановления поврежденного мозга. Клинический антропоцентризм / В. И. Быкова, А. Ю. Бойко,

В. И. Лукьянов, А. Н. Харьковский // Интерактивная наука. – 2017. Т. 2. № 12. — С. 16-23

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

31. Валиуллина, С. А. Заболеваемость детей черепно-мозговой травмой в российской федерации: эпидемиология и экономические аспекты / С. А. Валиуллина, Е. А. Шарова // Казанский медицинский журнал. — 2015. — Т. 96, № 4. — С. 581-587

32. Васильев, В. В. Трудная проблема сознания [Текст] / В. В. Васильев — М.: Прогресс-Традиция, 2009. — 272 с.

33. Василюк, Ф. Е. Психотехника выбора [Текст] / Ф. Е. Василюк // Сборник: Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. — М.: Смысл, 1997. — С. 284-314.

34. Василюк, Ф. Е. Психология переживания. Анализ преодоления критических ситуаций [Текст] / Ф. Е. Василюк. — М.: МГУ, 1984 — 200 с.

35. Величковский, Б. М. Компьютеры, мозг и познание: Успехи когнитивных наук [Текст] / Б. М. Величковский, В. Д. Соловьев. — М.: Наука, 2008. — 293 с.

36. Вилюнас, В. К. Психологические механизмы мотивации человека [Текст] / В. К. Вилюнас — М.: МГУ, 1990. — 288 с.

37. Волков, Д. Б. Бостонский зомби: Д. Деннет и его теория сознания [Текст] / Д. Б. Волков — М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2012. — 320 с.

38. Волковская, Т. Н. К вопросу о концептуальных основах логопсихологии / Т. Н. Волковская // Культурно-историческая психология. — 2008. — № 3. — С. 3-10.

39. Вундт, В. Введение в психологию [Текст] / В. Вундт. — М.: Изд-во КомКнига, 2007. — 168 с. — (Из наследия мировой психологии).

40. Выготский, Л. С. Вопросы детской психологии [Текст] / Л. С. Выготский. — СПб.: Союз, 1997. — 224 с.
41. Выготский, Л. С. Психология развития человека / Л. С. Выготский. — М.: Изд-во Смысл; Эксмо, 2005. — 1136 с. — (Библиотека всемирной психологии).
42. Выготский, Л. С. О психологических системах [Текст] / Л. С. Выготский. — Собр. соч. в 6-ти т. — Т.1. — М.: Педагогика, 1982. — С.109-131.
43. Выготский, Л. С. Проблемы развития психики [Текст] / Л. С. Выготский. — Собр. соч. в 6-ти т. — Т.3.— М.: Педагогика, 1983. — 368 с.
44. Выготский, Л. С. Психология искусства [Текст] / Л. С. Выготский. — М.: Издательство «Искусство», 1968. — 575 с.
45. Гальперин, П. Я. Психология как объективная наука. [Текст] / П. Я. Гальперин; под ред. А. И. Подольского — Избр. психол. труды — М., Воронеж: МОДЭК, 1998. — 480 с.
46. Ганнушкин, П. Б. Клиника психопатий: их статика, динамика, систематика [Текст] / П. Б. Ганнушкин. — М.: Мед. книга, 2007. — 121 с. — (Серия «Библиотека медицинской классики»).
47. Гибсон, Дж. Экологический подход к зрительному восприятию [Текст] / Дж. Гибсон — М.: Прогресс, 1988. — 464 с.
48. Голдберг, Э. Парадокс мудрости. Научное опровержение «старческого слабоумия» [Текст] / Э. Голдберг; пер. с англ. Л. Афанасьевой. — М.: Поколение, 2007. — 384 с.
49. Гордеева, О. В. Культурно-историческая теория Л. С. Выготского как методологическая основа изучения измененных состояний сознания (ИСС) [Текст] / О. В. Гордеева; под ред. Б. С. Братуся, Д. А. Леонтьева. // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М. В. Ломоносова — Вып. 1. — М.: Смысл, 2002.
50. Гордеева, О. В. Измененные состояния сознания и культура. Хрестоматия [Текст] / О. В. Гордеева. — СПб.: Когито-Центр, 2012. — 430 с.

51. Гордеева, О. В. Измененные состояния сознания: природа, механизмы, функции, характеристики. Хрестоматия [Текст] / под ред. О. В. Гордеевой — СПб.: Питер, 2009.
52. Горянина, В. А. Психология общения [Текст] / В. А. Горянина — М.: Издательский центр «Академия», 2002. — 416 с.
53. Гуссерль, Э. Избранные работы [Текст] / Э. Гуссерль; сост. В. А. Куренной — М.: Издательский дом «Территория будущего», 2005. — 464 с. — (Серия «Университетская библиотека Александра Погорельского»).
54. Дельгадо, Х. Мозг и сознание [Текст] / Х. Дельгадо; пер. с англ. Л. Я. Белопольского — М.: Мир, 1971. — 264 с.
55. Деннет, Д. Сладкие грезы: Чем философия мешает науке о сознании [Текст] / Д. Деннет; под ред. М. О. Кедровой — М.; УРСС: ЛЕНАНД, 2017. — 304 с. — (Серия «Философия сознания»).
56. Деннет, Д. Глаз Разума [Текст] / Д. Деннет, Д. Хофштадтер — Самара: Бахрах-М; 2003. — 432 с.
57. Джеймс, У. Психология [Текст] / У. Джеймс; под ред. Л. А. Петровской — М.: Педагогика, 1991. — 368 с.
58. Дмитриева, Е.Е. Проблемные дети – развитие через общение: пособие для педагогов, психологов-практиков, родителей / Е. Е. Дмитриева. — Москва, 2005. — (Серия «Библиотека психолога-практика»)
59. Доброхотова, Т. А. Нейропсихиатрия [Текст] / Т. А. Доброхотова — М.: БИНОМ, 2006. — 304 с.
60. Дубровский, Д. И. Проблема «Сознание и мозг» теоретическое решение [Текст] / Д. И. Дубровский — М.: «Канон+» РООИ «Реабилитация», 2015. — 208 с.
61. Дубынин, В. А. Мозг и потребности человека. /Цикл лекций [Электронный ресурс] / В. А. Дубынин — М.: МГУ. — 2015. — Режим доступа: <https://www.b17.ru/blog/53469/>
62. Жане, П. Психологическая эволюция личности [Текст] / П. Жане — М.: Академический проект, 2010. — С. 39-83.

63. Зайцев, О. С. Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы [Текст] / О. С. Зайцев — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 336 с.
64. Зайцев, О. С. Нейрореаниматология. Выход из комы (терапия посткоматозных состояний) [Текст] / О. С. Зайцев, С. В. Царенко — М.: Литасс, 2012. — 120 с.
65. Зайцев, О. С. Комплексная реабилитация пострадавших с психическими расстройствами вследствие тяжелой черепно-мозговой травмы. / О. С. Зайцев, А. А. Потапов, Е. В. Шарова, Н. Е. Захарова, О. А. Максакова, Е. В. Александрова, М. В. Челябинина // Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. — 2009. — Т. 41, № 4. — С. 18-21.
66. Закрепина, А. В. Педагогические технологии в комплексной реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой [Текст] / А. В. Закрепина — М.: ПАРАДИГМА, 2012. — 302 с.
67. Закрепина, А.В. Дети с тяжелой черепно-мозговой травмой: специфика педагогической работы при восстановлении психической деятельности / А. В. Закрепина // Дефектология. - 2013. - N 1. - С. 49-54.
68. Запорожец, А. В. Психическое развитие ребенка [Текст] / А. В. Запорожец — Избр. психол.труды в 2-х т. — Т. 1.— М.: Педагогика, 1986.— 320 с.
69. Зейгарник, Б. В. Патопсихология [Текст] / Б. В. Зейгарник // Учебное пособие для студ. Высших учебных Заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2006. — С. 41-48.
70. Зинченко, В. П. Человек развивающийся. Очерки российской психологии [Текст] / В. П. Зинченко, Е. Б. Моргунов — Изд. 2-е. — М.: Тривола, 1994. — С. 162-210.
71. Зыков, В. П. Ишемический инсульт у детей / В. П. Зыков, И. Б. Комарова, Л. В. Ушакова // Российский медицинский журнал. — 2008. — № 6. — С. 27-31.
72. Иванов, Д. В. Природа феноменального сознания [Текст] / Д. В. Иванов — М.: Либроком, 2013. — 240 с. — (Серия «Философия сознания»).

73. Изард, К. Э. Психология эмоций [Текст] / К. Э. Изард — СПб: Питер, 1999. — 464 с.
74. Ильин, Е. Н. Мотивация и мотивы [Текст] / Е. Н. Ильин — СПб.: Питер, 2000. — С. 46-62, 65-70, 143-182.
75. Ильясов, Ф. Н. Коммуникативный подход к идентификации сознания / Ф. Н. Ильясов // Вестник Академии Наук СССР. — 1991. — №2. — С.62-67.
76. Инина, Н. В. Испытание детством. На пути к себе [Текст] / Н. В. Инина — М.: Никая, 2006. — 192 с.
77. Каверин, С. Б. Психология потребностей [Текст] / С. Б. Каверин // Учеб.-метод. Пособие — Тамбов: ТГУ, 1996. — 79 с.
78. Каверин, С. Б. О психологической классификации потребностей / С. Б. Каверин // Вопросы психологии. — 1987. — № 5. — С. 121-129.
79. Каминский, А. В. Время, сознание и квантовая механика [Электронный ресурс] / А. В. Каминский // Российский междисциплинарный семинар по темпорологии имени А. П. Левича. — М.: 2018. — Режим доступа: chronos.msu.ru/ru/mediatek/video/2018
80. Кляйн, М. Развитие в психоанализе [Текст] / М. Кляйн, С. Айзекс, Дж. Райвери, П. Хайманн — М.: Академический проект, 2001. — 512 с. — (Серия «Психология детства»).
81. Кондратьева, Е. А. Вегетативное состояние (этиология, патогенез, диагностика): монография / Е. А. Кондратьева, И. В. Яковенко — СПб: ФКБУ «РНХИ им. проф. А.Л. Поленова» МЗ РФ — 2014. — 363 с.
82. Кондратьева, Е. А. Вегетативное: диагностика, интенсивная терапия, прогнозирование исхода [Текст]: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.37; 14.00.13. / Е. А. Кондратьева. — Санкт-Петербург, 2005. — 146 с.
83. Коновалов, А. Н. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство [Текст] / А. Н. Коновалов, Л. Б. Лихтерман, А. А. Потапов. — в 3 т. — М.: Институт нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко — 1998–2002 гг.

84. Копьев, А. Ф. Психологическое консультирование: опыт диалогической интерпретации / А. Ф. Копьев // Вопросы психологии. — 1990. — № 3. — С. 17-25.
85. Корсакова, Н. К. Клиническая нейропсихология [Текст] / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте // Учеб. пособие — М.: Академия, 2003. — 144 с.
86. Кравчук, А. Д. Эмоционально-личностная сфера и динамика состояния когнитивных функций у пациентов до и после реконструкции дефектов черепа: обзор литературы и разбор клинических случаев / А. Д. Кравчук, Е. В. Синбухова, А. А. Потапов, А. Л. Степнова, Ю. В. Микадзе, С. А. Чобулов, А. Д. Маряхин // Акмеология. — 2018. — Т. 67, № 3. — С. 58-66.
87. Кричевец, А. Н. Отношение «Я–Другой» в одной специальной ситуации общения / А. Н. Кричевец, М. В. Солодушкина // Консультативная психология и психотерапия. — 2015. — Т. 23, № 5. — С. 290-306.
88. Кроссли, Р. Безмолвные. FC — облегченная коммуникация для людей с нарушениями речи (Speechless. FC — Facilitating Communication for People without Voices) [Текст] / Р. Кроссли — М.: Никая, 2018. — 384 с.
89. Кузнецов, А. В. Проблема феноменального сознания и сознания доступа. Пример взаимодействия когнитивной науки и философии / А. В. Кузнецов // Актуальные вопросы нейрофилософии. — 2015. — С. 300-307
90. Куликов, Л. В. Психология сознания [Текст] / под ред. Л. В. Куликова — СПб.: Питер, 2001. — 480 с. — (Серия «Хрестоматия по психологии»).
91. Левин, К. Динамическая психология [Текст] / К. Левин — Избр. труды — М.: Смысл, 2001. — 572 с.
92. Левич, А. П. Поиск законов изменчивости как задача темпорологии [Текст] / А. П. Левич. // На пути к пониманию феномена времени: конструкции времени в естествознании — Часть 3. Методология. Физика. Биология. Математика. Теория систем. — М.: Прогресс-Традиция, 2009 в. — С. 397-425.
93. Левченко, И. Ю. Система психологического изучения лиц с детским церебральным параличом на разных этапах социальной адаптации [Текст]:

автореф. дис. ... докт. психол. наук: 19.00.10 / И. Ю. Левченко. — Москва, 2001 — 42 с.

94. Левченко, И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии [Текст] / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева // Метод. пособие — М.: Издательство «Просвещение», 2008. — 239 — (Серия «Коррекционное образование»).

95. Левченко, И. Ю. Психологическое сопровождение специального образования: помощь родителям детей, страдающих детским церебральным параличом / И. Ю. Левченко, Е. А. Стешенко // В сборнике: Психолого-педагогическое образование в вузе: прошлое, настоящее, будущее Материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 45-летию кафедры психологии ФГБОУ ВПО «УлГПУ им. И.Н. Ульянова».. — 2014. — С. 284-290.

96. Лейбниц, Г. В. Метафизика. Монология [Текст] / Г. В. Лейбниц — Собр. соч. в 4-х т. — Т.1. — М.: Мысль, 1982. — 636 с. — (Серия «Философское наследие»).

97. Ленгле, А. Жизнь, наполненная смыслом. Логотерапия как средство оказания помощи в жизни [Текст] / А. Ленгле — М.: Генезис, 2004. —127 с. — (Серия «Теория и практика экзистенциального анализа»).

98. Леонтьев, А. А. Психология общения [Текст] / А. А. Леонтьев — 3-е изд. — М.: Смысл, 1999. — 365 с.

99. Леонтьев, А. А. Возникновение и первоначальное развитие языка [Текст] / А. А. Леонтьев — М.: Издательство Академии наук, 1963. —139 с.

100. Леонтьев, А. Н. Проблемы развития психики [Текст] / А. Н. Леонтьев — 3-е изд. — М.: МГУ, 1972. — 342 с.

101. Леонтьев, А. Н. Деятельность, Сознание, Личность [Текст] / А. Н. Леонтьев — М.: Политиздат, 1975. — 304 с.

102. Леонтьев, Д. А. Понятие мотива у А. Н. Леонтьева и проблема качества мотивации / Д. А. Леонтьев // Вестник московского университета. Серия 14. Психология. — 2016. — №2. — С. 3-18.

103. Лисина, М. И. Проблемы онтогенеза общения [Текст] / М. И. Лисина — М.: Педагогика, 1986. — 144 с.
104. Лифшиц, М. А. Диалог с Эвальдом Ильенковым [Текст] / М. А. Лифшиц — М.: Прогресс — Традиция, 2003. — 368 с.
105. Лотман, Ю. М. Статьи по семиотике культуры и искусства [Текст] / Ю. М. Лотман; сост. Р. Г. Григорьева — Спб.: Академический проект, 2002. — 543 с.
106. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека [Текст] / А. Р. Лурия — М.: МГУ, 1962. — 431 с.
107. Лурия, А. Р. Основы нейропсихологии [Текст] / А. Р. Лурия // Учеб. пособ. для студ. высш. учеб. заведений — М.: Академия, 2003. — 384 с.
108. Лурия, А. Р. Язык и сознание [Текст] / А. Р. Лурия — М.: МГУ, 1979 — 186 с.
109. Максакова, О. А. О роли и принципах работы психолога в нейрохирургической клинике / О. А. Максакова, Н. С. Игнатьева, О. С. Зайцев // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А. Л. Поленова. — 2016. — Т.7, № 4. — С. 37-44.
110. Максакова, О. А. Реабилитационная команда — путь к интеграции / О. А. Максакова // Основы частной медицинской реабилитологии и восстановительной неврологии. — 1997. — С. 107-115.
111. Максакова, О. А. Командная работа как путь к возвращению сознания / О. А. Максакова // Вопросы нейрохирургии. — 2014. — № 1. — С. 57-68.
112. Мамардашвили, М. К. Сознание как философская проблема / М. К. Мамардашвили // Вопросы философии. — 1990. — № 10. — С. 3-18.
113. Мамардашвили, М. К. О сознании. / М. К. Мамардашвили // Доклад на 1 Всесоюзной школе по проблеме сознания. — Тбилиси, 1982.
114. Маслоу, А. Мотивация и личность [Текст] / А. Маслоу — СПб.: Евразия, 1999. — С. 77-105.
115. Марцинковская, Т. Д. Внутренняя форма психологического хронотопа: подходы к проблеме [Электронный ресурс] / Т. Д. Марцинковская //

Психологические исследования. — 2017. — 10(54). — С. 1. — Режим доступа: <http://psystudy.ru/index.php/num/2017v10n54/1448-martsinkovskaya54.html>

116. Медникова, Л. С. Особенности образных репрезентаций движений человека у дошкольников с задержкой психического развития (на материале графического моделирования) / Л. С. Медникова, Е. В. Пекишева // Дефектология. — 2015. — № 2. — С. 11-20.

117. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10); МКБ-10/S00-T98/S00-S09/S06 [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://mkb-10v.ru>

118. Метцингер, Т. Наука о мозге и миф о своем Я. Тоннель эго. [Текст] / Т. Метцингер — М: Издательство АСТ, 2017. — С. 4.

119. Минделл А. Кома: ключ к пробуждению. Самостоятельная работа над собой: Внутренняя работа со сновидящим телом. / Пер. с англ. В. Самойлова. — М.: АСТ и др., 2005. — 284 с.

120. Минделл, А. Лидер как мастер единоборства (введение в психологию демократии) [Текст] / А. Минделл — часть 1 — М.: Институт психологии РАН, 1993 — 88 с.

121. Муладжанова, Т. Н. Изменение временной ориентации личности в ситуации хронического стресса, вызванного тяжелым заболеванием / Т. Н. Муладжанова, В. В. Николаева // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1986. — № 15. — С. 14

122. Мяги, М. Я. Длительные бессознательные состояния [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. Я. Мяги. — Тарту, 1969. — 55 с.

123. Нагуманова, С. Ф. Материализм и сознание: анализ дискуссии о природе сознания в современной аналитической философии [Текст] / С. Ф. Нагуманова — Казань: Казан. ун-т, 2011. — 222 с.

124. Непомнящий, В. П. Организационные и методические вопросы изучения распространенности черепно-мозговой травмы в СССР / В. П. Непомнящий., Л. Б. Лихтерман, В. В. Ярцев. // Вопросы нейрохирургии. — 1988. — № 2. — С. 53-55.

125. Никольская, О. С. Аутизм лечится общением / О. С. Никольская // Аутизм и нарушения развития. — 2016. — Т. 14, № 4. — С. 35-38.
126. Никольская, О. С. Сравнительный анализ двух коррекционных подходов к психическому развитию ребенка с аутизмом / О. С. Никольская // Консультативная психология и психотерапия. — 2018. — Т. 26, № 4. — С. 169-186.
127. Никольская, О. С. Аутичный ребенок. Пути помощи [Текст] / О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг — М.: Теревинф, 2007. — 288 с. — (Серия «Особый ребенок»)
128. Павлов, И. П. О типах высшей нервной деятельности и экспериментальных неврозах [Текст] / И. П. Павлов — М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1954. — 192 с. — (Серия «Классики физиологии»).
129. Павлова, Н. Н. Активизация психического развития детей раннего возраста с множественными нарушениями средствами коррекционной педагогики [Текст]: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Н. Н. Павлова. — Москва, 2001 — 26 с.
130. Пахальска М. Природа сознания: нейропсихологическая перспектива/ М. Пахальска // Сборник статей. Московский международный конгресс, посвященный 110-летию со дня рождения А.Р. Лурия. — 2012. — С. 15, 124, 125.
131. Пенроуз, Р. Тени разума. В поисках науки о сознании [Текст] / Р. Пенроуз // пер. с англ. А. Р. Логунова, Н. А. Зубченко — М.: Из-во «Регулярная и хаотическая динамика» (РХД), 2005. — 688 с.
132. Пенроуз, Р. Новый ум короля: о компьютерах, мышлении и законах физики [Текст] / Р. Пенроуз; общ. ред. В. О. Малышенко — М.: Едиториал УРСС, 2005. — 400 с. — (Серия «Синергетика от прошлого к будущему»).
133. Петренко, В. Ф. «Многомерное сознание: психосемантическая парадигма» [Текст] / В. Ф. Петренко — М.: Новый хронограф, 2010. — 440 с.
134. Петренко, В. Ф. Основы психосемантики [Текст] / В. Ф. Петренко — СПб.: Питер, 2005. — 480 с.

135. Петровский, А. В. История психологии [Текст] / А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский // Учеб. пособ. для высшей школы — М.: Российский гуманитарный государственный университет, 1994. — 448 с.
136. Петрухин, А. С. Этиология инсульта у детей / А. С. Петрухин, М. Ю. Бобылова, С. В. Михайлова // Журнал неврологии и психиатрии. — 2015. — 3, Вып. 2. — С. 64-74.
137. Переверзева, М. В. Критерии оценки при диагностике развития детей с тяжелыми множественными нарушениями на начальном этапе обучения / М. В. Переверзева // Детская и подростковая реабилитация. — 2013. — № 1 (20). — С. 71-76.
138. Пинкер, С. Субстанция мышления: язык как окно в человеческую природу [Текст] / С. Пинкер; пер. с англ. В. П. Мурат, И. Д. Ульяновой. — Изд. 2-е, испр. — М.: URSS : ЛИБРОКОМ, 2016. — 557 с.
139. Прист, С. Теории сознания [Текст] / С. Прист; пер. с англ. А. Ф. Грязнова — М.: Идея-Пресс, Дом интеллектуальной книги, 2000. — 288 с.
140. Райл, Г. Понятие сознания [Текст] / Г. Райл; общ. науч. ред. В. П. Филатова — М.: Идея-Пресс, 1999. — 408 с.
141. Ревонсуо, А. Психология сознания [Текст] / А. Ревонсуо; пер. А. Стативка, З. С. Замчук — СПб.: Питер, 2013. — 336 с. — (серия «Мастера психологии»)
142. Ртищева, М. С. Психологическое сопровождение семьи ребенка, находящегося в отделении реанимации и интенсивной терапии [Электронный ресурс] / М. С. Ртищева, С. Б. Лазуренко // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. — 2017. — серия № 31. — Режим доступа: <http://almanah.ikprao.ru/>
143. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии [Текст] / С. Л. Рубинштейн — СПб.: Питер, 2002. — 720 с.
144. Семенова, Ж. Б. Этапы оказания помощи детям с черепно-мозговой травмой. Задачи нейрохирурга / Ж. Б. Семенова // Неврология и нейрохирургия детского возраста. — 2012. — № 2-3. — С. 105-112.

145. Серл, Дж. Мозг, сознание и программы [Текст] / Дж. Серл // Аналитическая философия: становление и развитие (антология) — 1998. — С. 376-400.

146. Сиднева, Ю. Г. Реабилитация детей с острыми повреждениями /минимальное сознание/: создание условий для ранней комплексной (психиатрической, психологопедагогической) помощи / Ю. Г. Сиднева, С. А. Валиуллина, А. В. Закрепина // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 2019. — Т. 64. № 4. — С. 332.

147. Симонов, П. В. Ключевое значение потребностей в изучении психофизиологии человека. / П. В. Симонов // Материалы к конференции “Проблемы комплексного изучения человека. — М., 1983.

148. Симонов, П. В. Мотивационный мозг [Текст] / П. В. Симонов — М.: Наука, 1987.

149. Системный подход в ранней реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. // Часть 1. (методические рекомендации № 48). — М.: Правительство Москвы Департамент здравоохранения города Москвы — 2014.

150. Слободчиков, В. И. Основы психологической антропологии. Психология человека: Введение в психологию субъективности [Текст] / В. И. Слободчиков, Е. И. Исаев // Учеб. пособие для вузов — М.: Школа-Пресс, 1995 — 384 с.

151. Слободчиков, В. И. Психология развития человека. Развитие субъективной реальности в онтогенезе [Текст] / В. И. Слободчиков, Е. И. Исаев // Учеб. пособие — М.: Издательство Православного Свято-Тихоновского гуманитарного университета, 2013 — 400 с.

152. Тарт, Ч. Изменённые состояния сознания [Текст] / Ч. Тарт — М.: Экмо, 2003. — С. 225-234.

153. Ткачева, В. В. Система психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии [Текст]: автореф. дис. ... докт. психол. наук: 19.00.10 / В. В. Ткачева. — Нижний Новгород, 2005 — 46 с.

154. Томаселло, М. Истоки человеческого общения [Текст] / М. Томаселло; пер. с англ. М. В. Фаликман, Е. В. Печенковой, М. В. Сеницыной, А. А. Кибрик, А. И. Карпухиной — М.: Языки славянских культур, 2011. — 323 с.
155. Тьюринг, А. Вычислительные машины и разум (Computing and intelligence) [Текст] / А. Тьюринг // *Mind*, 1950 — 59, № 236 — Переизд.: АСТ — 2018. — 128 с. — (Серия «Эксклюзивная классика»).
156. Франкл, В. Человек в поисках смысла [Текст] / В. Франкл; общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева — М.: Прогресс, 1990 — 368 с. — (Серия «Библиотека зарубежной психологии»).
157. Фрейд, А. Лекции по детскому психоанализу [Текст] / А. Фрейд — М.: Изд-во Эксмо, 2002. — с. 304 (Серия «Психологическая коллекция»).
158. Фрейд З. «Я» и «Оно». Труды разных лет [Текст] / З. Фрейд — в 2 т. — Тб.: «Мерани», 1991.
159. Фуфаева, Е. В. Раннее нейропсихологическое сопровождение детей с тяжелой черепно-мозговой травмой / Е. В. Фуфаева, В. И. Лукьянов, В. И. Быкова, Ж. Б. Семенова, С. А. Валиуллин // *Нейрохирургия и неврология детского возраста*. — 2012. — № 4 (34). — С. 61-75.
160. Фуфаева, Е. В. Нейропсихологическая диагностика сниженного уровня состояния сознания после тяжелой черепно-мозговой травмы у детей / Е. В. Фуфаева, В. И. Лукьянов, Ю. В. Микадзе // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. (Нервные и психические заболевания детского возраста)* — 2017. — Т.117, № 11. — С. 33-40.
161. Хамфри Н. Сознание. Пыльца души [Текст] / Н. Хамфри — М: Карьера Пресс, 2014. — 304 с.
162. Харари, Юваль. Н. *Sapiens*. Краткая история человечества [Текст] / Юваль Харари — М.: Синбад, 2016. — 520 с.
163. Харьковский, А. Н. Дитя и болезнь. Неведомый мир по ту сторону диагноза [Текст] / А. Н. Харьковский — М.: Никая, 2019. — 288 с.
164. Харьковский, А. Н. Представления детей о болезни и их опосредующая роль в терапевтической работе с болеющими детьми /

А. Н. Харьковский // Национальный психологический журнал. — 2015. — № 3(19). — С. 105-116.

165. Хекхаузен, Х. Мотивация и деятельность [Текст] / Х. Хекхаузен — М.: Смысл, 2003. — 860 с. — (Серия «Мастера психологии»).

166. Хозиев, В. Б. Опосредствование в теории и практике культурно-исторической концепции / В. Б. Хозиев. // Культурно-историческая психология. — 2005. — № 1. — С. 25-36.

167. Хомская, Е. Д. Мозг и эмоции. Нейропсихологическое исследование [Текст] / Е. Д. Хомская — М.: Российское педагогическое агентство, 1998. — 270 с.

168. Хэммонд, К. Искаженное время. Особенности восприятия времени [Текст] / К. Хэммонд — М.: Livebook, 2013 г. — 368 с.

169. Чазов, Е. И. Неотложные состояния. Диагностика и лечение: Справочное руководство /под ред. Е. И. Чазова — М.: Медицина, 2002. — 704 с.

170. Чалмерс, Д. Сознательный ум. В поисках фундаментальной теории (The Conscious Mind: In Search of a Fundamental Theory, Oxford University Press, 1996) [Текст] / Д. Чалмерс — М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2013. — 512 с. — (Серия «Философия сознания»).

171. Шестов, Л. На весах Иова (Странствования по душам) [Текст] / Л. Шестов — М.: Эксмо, 2008. — 560 с. — (Серия «Антология мудрости»).

172. Шохова, О. В. Реализация принципов преемственности и непрерывности дошкольного и школьного образования детей с тяжелыми множественными нарушениями развития / О. В. Шохова, И. А. Каткова // В сборнике: Непрерывное инклюзивное образование: теория, история, методология материалы XI Международного теоретико-методологического семинара. — 2019. — С. 29-33.

173. Эббингауз, Г. Очерк психологии [Текст] / Г. Эббингауз. — СПб. Издательство О. БОГДАНОВОЙ, 1911. — 242 с.

174. Эльконин, Д. Б. Детская психология [Текст] / Д. Б. Эльконин // Учеб. пособие для студ. учр. высш. проф. обр. — М., Академия, 2011. — 384 с.

175. Экман, П. Психология лжи. Обмани меня, если сможешь [Текст] / П. Экман — СПб.: Питер, 2010. — 272 с. — (Серия «Сам себе психолог»).
176. Юнг, К. Г. Очерки по психологии бессознательного [Текст] / К. Г. Юнг — М.: «Когито-Центр», 2010. — 352 с.
177. Якобсон, П. М. Психология чувств и мотивации [Текст] / П. М. Якобсон; под ред. Е. М. Борисовой. — Избр. психол. труды — М.: Изд-во Ин-та практической психологии, 1998. — 304 с.
178. Ansell, B. J. The Western Neuro Sensory Stimulation Profile: a tool for assessing slow-to-recover head-injured patients / B. J. Ansell, J. E. Keenan. // Arch Phys Med Rehabilitation. — 1989. — 70(2). — p. 104-108.
179. Brown, F. L. Systematic Review of Parenting Interventions for Traumatic Brain Injury: Child and Parent Outcomes / F. L. Brown, K. Whittingham, R Boyd, K. Sofronoff // J Head Trauma Rehabilitation. — 2013. — Vol. 28, No. 5. — p. 349-360
180. Ewing-Cobbs, L. The Children's Orientation and Amnesia Test: relationship to Severity of Acute head injury and to recovery of memory / L. Ewing-Cobbs, H. S. Levin., J. M. Fletcher, M. E Miner., H. M. Eisenberg. // Neurosurgery. — 1990. — 27(5). — p. 683-691.
181. Giacino, J. T. The minimally conscious state: Definition and diagnostic criteria / J. T. Giacino, S. Ashwal, N. Childs et al. // Neurology. — 2002. — 58(3). — p. 34-53.
182. Giacino, J. T. The JFK Coma Recovery Scale-Revised: Measurement Characteristics and Diagnostic Utility / J. T. Giacino, K. Kalmar, J. Whyte // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. — 2004. — 85(12). — p. 2020-2029.
183. Gill-Thwaites,. The Sensory Modality Assessment Rehabilitation Technique – a tool for assessment and treatment of patients with severe brain injury in a vegetative state / Gill-Thwaites // Brain Injury. — 1997. — 11(10). — p. 723-734.
184. Hagen, C. Levels of cognitive functioning / C. Hagen, D. Malkmus, P. Durham — Professional Staff Association of Rancho Los Amigos Hospital eds.

Rehabilitation of the head injured adult: comprehensive physical management. — C. A. Downey, Rancho Los Amigos Hospital Inc. — 1987.

185. Hameroff, S. R. Conscious events as orchestrated spacetime selections / S. R. Hameroff, R. Penrose // *Journal of Consciousness Studies*. — 1996. — Vol. 3. № 1. — p. 36–53.

186. Laureys, S. *The Neurology of Consciousness: Cognitive Neuroscience and Neuropathology* / S. Laureys, G. Tononi // Academic Press. — 2009. — p. 423.

187. Maksakova, O. *Rehabilitation Team and Consciousness Restoration* / O. Maksakova, S. Gusarova, N. Ignatieva, V. Maksakov, V. Bykova, S. Boyko, I. Yashkova, V. Lukianov // *6th World Congress for Neurorehabilitation*. — Vienna, Austria — 2010. — p. 21-25.

188. Mélotte, E. Is oral feeding compatible with an unresponsive wakefulness syndrome? / E. Mélotte, A. Maudoux, S. Delhalle, Ch. Martial, G. Antonopoulos, S. K. Larroque, S. Wannez, M. E. Faymonville, J. F. Kaux, S. Laureys, O. Gosseries, A. Vanhaudenhuyse // *Journal of Neurology*. — 2018. — V. 265, Is. 4. — p. 954–961.

189. Owen, A. M. *Disorders of Consciousness* / A. M. Owen // In A. Kingstone and M. Miller. *The Year in Cognitive Neuroscience*. — Proceedings of the New York Academy of Sciences. — 2008.

190. Raj, S.P. Online family problem solving for pediatric traumatic brain injury: influences of parental marital status and participation on adolescent outcomes / S. P. Raj, N. Zhang, M. W Kirkwood., G. Taylor, T. Stancin, T. M Brawn., Sh. L. Wade // *J Head Trauma Rehabiliiation*. — 2017. — Vol. 33, No. 3. — p. 1-6.

191. Rappaport, M. Disability rating scale for severe head trauma: coma to community / M. Rappaport, K. M Hall., H. K. Hopkins et al // *Arch Phys Med Rehabiliiation*. — 1982. — 63. — p. 118-123

192. Robyn, L. *Compendium of Tests, Scales and Questionnaires. The Practitioner's Guide to Measuring Outcomes after Acquired Brain Impairment* / L. Robyn, A. Tate — Psychology Press. Taylor and Francis Group. — Hove and New York — 2010. — 746 p.

193. Shiel, A. The Wessex Head Injury Matrix scale: a preliminary report on a scale to assess and monitor patients recovery after severe head injury / A. Shiel, S. Horn, B. A. Wilson, D. L McLellan, M. Watson, M. Campbell// Clin. Rehabilitation. — 2000. — 14. — p. 408-416.

Приложение А

**Бланк Шкалы коммуникативной активности Быкова-Лукьянов
(Scale of Communication Activity - Bykova, Lukjanov (SCABL))**

				Баллы
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Невербальные ответы	Телесные ответы	1	учащение-замедление дыхания на обращение	2
		2	увеличение – уменьшение глубины дыхания на обращение	2
		3	задержка дыхания	2
		4	движения пальцами рук	2
		5	повторяющиеся движения в пальцах рук	2
		6	движения кистями рук	2
		7	повторяющиеся движения в кистях рук	2
		8	«теребение» одеяла и пр.	2
		9	почесывания	2
		10	сжатие кулаков (кулака).	2
		11	пожатие руки	2
		12	появление тремора в руках	2
		13	движения в локтях	2
		14	целенаправленные движения от всего тела быть в контакте	2
		15	непроизвольные движения плечами	2
		16	непроизвольные сгибательные движения в коленях	2
		17	непроизвольные движения стопами	2
		18	непроизвольные движения пальцами стоп	2
		19	повторяющиеся движения ногами	2
		20	появление тремора в ногах	2

				Баллы
1	2	3	4	5
		21	изменение положения тела	2
		22	наклон телом или попытка привстать в кровати	2
		23	раскачивающиеся движения телом	2
		24	нецеленаправленный поворот головы	2
		25	поворот головы в сторону обращения	2
		26	поворот головы от собеседника	2
		27	непроизвольное открывание глаз	2
		28	открывание глаз на обращение	2
		29	открывание глаз на глубокий контакт	2
		30	фиксация взгляда на лице собеседника	2
		31	уход из контакта отведением глаз	2
		32	нецеленаправленное двигательное беспокойство	2
		33	телесное выражение агрессии	2
		34	телесное выражение негативизма	2
		35	изменение общей двигательной активности при контакте	2
		36	третичные телесные сигналы	2
		37	изменение частоты сглатывания слюны	2
		38	произвольный ответ «Да» глазами	2
Сумма баллов по телесным ответам (ТО)				76
	мика и эмоции	39	<input type="checkbox"/> оявление недифференцируемых мимических проявлений	2
		40	появление бледности лица	2
		41	появление румянца	2
		42	поднятие бровей	2
		43	изменение выражения глаз в контакте	2
		44	«гримаса страдания»	2

				Баллы
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
		45	мика расстройства, переживания	2
		46	плач	2
		47	выражение обиды	2
		48	раздражение, злость	2
		49	улыбка	2
		50	смех	2
		51	испуг, страх	2
		52	разочарование	2
		53	другие эмоциональные проявления (кусание губ и пр.)	2
		54	мимические проявления чувств к близким	2
		55	адекватность мимических реакций	2
		56	адекватность эмоциональной экспрессии	2
		57	эмоциональная лабильность	2
		58	связь эмоций с актуальной ситуацией болезни	2
		59	эмоции психологически понятны	2
		60	сигналы узнавания других при повторных контактах	2
Сумма баллов по мимике (М)				44
	вегетативные реакции	61	изменение цвета кожных покровов рук	2
		62	изменение температуры рук	2
		63	запотевание рук	2
		64	изменение температуры ног	2
		65	изменение цвета ног	2
		66	покраснение кожи на теле	2
		67	выделение пота	2

				Баллы
1	2	3	4	5
		68	появления вегетативного возбуждения (гиперкинезы и пр.)	2
		69	изменение температуры тела	2
		70	изменение размера зрачков глаз	2
		71	появление покраснения лица	2
		72	появление бледности лица	2
		73	появление других вегетативных проявлений (икание, зевание и пр.)	2
Сумма баллов по вегетативным реакциям (ВР)				24
	жесты и поза	74	жесты при ответах	2
		75	жесты при собственных интенциях (указание и пр.)	2
		76	изменение позы тела при контакте	2
		77	скрещивание рук на груди	2
		78	закидывание ноги на ногу	2
		79	поза закрытия	2
		80	проявление испуга при телесном контакте	2
		81	поза желания контакта	2
Сумма баллов по жестам (Ж)				16
	контакт с миром	82	адекватное понимание факта взаимодействия с другим	2
		83	контакт с одним значимым взрослым (родитель, сиделка или пр.)	2
		84	оживление при контакте с маленькими детьми	2
		85	контакт с другими инвалидизированными детьми	2
		86	контакт со здоровыми детьми	2
		87	адекватность контакта	2
		88	глубина контакта	2

				Баллы
1	2	3	4	5
		89	эмотивность к эмоциям других	2
		90	достаточная включенность в контакт с другими	2
		91	конгруэнтность различных собственных телесных сигналов в контакте с другими	2
		92	понимание юмора	2
Сумма баллов по контакту (К)				22
Вербальные ответы	речь	93	оптимальная скорость ответов	2
		94	регулярность ответов	2
		95	смысловая адекватность ответов	2
		96	конгруэнтность вербальных ответов невербальным сигналам	2
		97	интонационная окрашенность речи	2
		98	вариативность громкости речи	2
		99	тембровая вариативность	2
	интонации	100	адекватность интонационной окрашенности смыслу сказанного	2
		101	соблюдение адекватных пауз в речи	2
		102	эмоциональная адекватность ответов	2
		103	адекватность эмоциональной экспрессии в вербальных ответах	2
		104	возможность вести разговор	2
Сумма баллов по речи (Р)				24
Абсолютный балл				208

Приложение Б

Шкала комы Глазго (ШКГ)

Открывание глаз (E., Eye response)

- Произвольное – 4 балла
- Как реакция на вербальный стимул – 3 балла
- Как реакция на болевое раздражение – 2 балла
- Отсутствует – 1 балл

Речевая реакция (V., Verbal response)

- Больной ориентирован, быстрый и правильный ответ на заданный вопрос – 5 баллов
- Больной дезориентирован, спутанная речь – 4 балла
- Словесная окрошка, ответ по смыслу не соответствует вопросу – 3 балла
- Нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос – 2 балла
- Отсутствие речи – 1 балл

Двигательная реакция (M., Motor response)

- Выполнение движений по команде – 6 баллов
- Целенаправленное движение в ответ на болевое раздражение (отталкивание) – 5 баллов
- Отдёргивание конечности в ответ на болевое раздражение – 4 балла
- Патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение – 3 балла
- Патологическое разгибание в ответ на болевое раздражение – 2 балла
- Отсутствие движений – 1 балл

Интерпретация результатов

- 15 баллов – сознание ясное.
- 14 баллов – легкое оглушение
- 13 баллов – умеренное оглушение
- 12 баллов – глубокое оглушение
- 10-8 баллов – сопор
- 7-6 баллов – умеренная кома
- 5-4 баллов – глубокая кома
- 3 балла – запредельная кома, смерть мозга

Приложение В

**Комплексный подход к оценке восстановления
психической деятельности после длительной комы
(Т.А. Доброхотова, О.С. Зайцев, 1993)**

Стадия	Симптомы восстановления	Этапные синдромы	Баллы по ШКГ
0	Отсутствует	Кома	3-7
I	Открывание глаз	Вегетативное состояние	7-9
II	Фиксация взора и слежение	Акинетический мутизм без понимания речи	7-10
III	Дифференцированные эмоциональные реакции	Акинетический мутизм с эмоциональными реакциями	7-10
IV	Понимание речи	Мутизм с пониманием речи	11
V	Попытки к речи	Дезинтеграция (реинтеграция) речи	12-13
VI	Ответы на вопросы	Амнестическая спутанность	14
VII	Ориентировка в окружающем	Когнитивная недостаточность	15
VIII	Эффективность познавательных процессов	Психопатоподобный синдром	15
IX	Адекватность эмоционально-личностных реакций	Неврозоподобный синдром	15
X	Преморбидная психическая адаптация	Преморбидный уровень психического здоровья	15

Приложение Г

Сводная таблица синдромальных уровней угнетения сознания и оценок по шкалам RLAS и SCABL (нормированное значение)

Синдром по шкале Доброхотовой-Зайцева	Клиническая характеристика и симптомы восстановления	RLAS (стадии)	SCABL Медиана (Q25; Q75)
1	2	3	4
Вегетативное состояние	Генерализованная реакция – уровень тотальной зависимости, помощи.	II	46 (31; 51)
Минимальное сознание Акинетический мутизм, Мутизм без понимания речи	Локализованный ответ – уровень тотальной зависимости, помощи	III	76 (58; 91)
Гиперкинетический мутизм, Дезинтеграция (реинтеграция) речи	Спутанность-ажитация. Уровень зависимости – максимальный объем помощи	IV	117(93; 129)
Спутанность	Спутанность-неадекватность. Уровень зависимости – максимальный объем помощи	V	143 (122; 189)
Интеллектуально-мнестическая недостаточность	Спутанность-адекватность. Средний уровень зависимости, объема помощи	VI	157 (146; 171)
Ясное сознание	Автоматизм-адекватность. Минимальный уровень зависимости, объем помощи в повседневной жизни. Автоматическое выполнение привычных навыков	VII	288 (231; 333)