

РАБОТА С ДЕТЬМИ, НАХОДЯЩИМИСЯ В ГЛУБОКИХ ИЗМЕНЕННЫХ СОСТОЯНИЯХ СОЗНАНИЯ ПОСЛЕ ТЯЖЕЛЫХ ТРАВМ ГОЛОВНОГО МОЗГА. КЛИНИКО-АНТРОПОЦЕНТРИЧЕСКИЙ ПОДХОД

УДК 159.9.072.533

Быкова В.И., Бойко А.Ю., Лукьянов В.И., Харьковский А.Н., Мамонтова Н.А.

НИИ детской неотложной хирургии и травматологии ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

WORKING WITH CHILDREN WHO ARE IN PROFOUND CHANGES STATE OF CONSCIOUSNESS AFTER SEVERE TRAUMA BRAIN. CLINICAL ANTHROPOCENTRIC APPROACH

Bykova VI, Bojko AJu, Luk'janov VI, Har'kovskij AN, Mamontova NA

NIi neotlozhnoj detskoj hirurgii i travmatologii Departamenta zdravoohranenija, Moscow, Russia

Введение

Восстановление сознания после тяжелых повреждений головного мозга в настоящее время одна из самых «модных» тем различных наук (медицины, психологии, философии, физики и пр.).

В реабилитации при всем разнообразии подходов и методов исследований в фокусе внимания различных специалистов находится в основном диагностика состояний сознания, а не работа с ними. Врач при тяжелых повреждениях головного мозга у пациента оценивает нарушение сознания, где сознание выступает представителем личностного и индивидуального в человеке, а носителем личностного является головной мозг. Важнейшая оценка нарушений сознания стремится к максимальной объективизации и цель врача – вернуть пациенту его прежний контроль, произвольность, речевые ответы.

Используемые врачами на сегодняшний день шкалы позволяют оценить уровень сознания пациента посредством ответов последнего (ШКГ – Шкала Комы Глазго). Эта шкала применима для быстрой оценки состояния пациента с учетом всего трех параметров – открывание глаз, речевая реакция и двигательная реакция [1].

В российской нейрореабилитации в конце прошлого века в НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко была разработана шкала для оценки восстановления сознания взрослых пациентов при повреждениях головного мозга различной этиологии (шкала Доброхотовой-Зайцева). Данная оценка вводит расширенную градацию состояний сознания с учетом проявлений психической активности пациента от «глубокого сна» до ясного сознания: кома, вегетативное состояние, акинетический мутизм, мутизм без понимания речи, мутизм с пониманием речи, дезинтеграция (реинтеграция) собственной речи, амнестическая спутанность, интеллектуально-мнестическая недостаточность, психопатоподобный синдром, неврозоподобный синдром, преморбидный уровень психического здоровья [2].

Клинический, медицинский подход важен, но, к сожалению, не достаточен для понимания феномена Сознания, как целостного, структурированного, функци-

онально организованного представительства Личности. Здесь необходимо рассмотрение взаимодействия Личности в угнетенном состоянии сознания с окружающим ее миром. Это взаимодействие, безусловно, минимизируется или депривируется, но, тем не менее, не только остается, но и продолжает быть определяющим.

Спонтанное и не спонтанное восстановление сознания является движением к конечной точке адекватности пациента в непосредственной, насущной реальности при выходе из глубоких измененных состояний сознания. В психологии и философии в рамках субъект-субъектного подхода, где личность терапевта взаимодействует с личностью пациента, используется термин «Измененные состояния сознания» (Altered States of Consciousness (ASC)) [3].

Ревонсуо выделял характерный признак измененных состояний сознания (ИСС), как: системные изменения связи содержания непосредственных переживаний с реальным миром. То есть, при измененных состояниях сознания имеют место искажения представлений о внешней реальности или осознания себя в виде галлюцинаций, иллюзий, складывающиеся в глобальное изменение репрезентаций [4].

Гордеева О.В. выделяет несколько признаков ИСС – расстройств произвольного внимания, изменения перцептивных процессов, усиление образности, изменение схемы тела, расстройство целенаправленного мышления, изменение самосознания и смысловые трансформации [5].

Еще в XX веке американский психиатр Арнольд Людвиг отмечал, что сами ИСС индуцируются любыми физическими, психическими, фармакологическими средствами, и характерным их признаком является изменение субъективного ощущения течения времени [цит. по 6].

Следует подчеркнуть, что при тяжелых поражениях головного мозга нужно говорить о глубоких измененных состояниях сознания, характеризующими признаками которых являются:

- Разрушение восприятия собственной схемы тела
- Нарушение внутреннего и внешнего хронотопа, вос-

приятия времени

- Глубокие изменения в перцептивных процессах
- Отсутствие или минимизация произвольного внимания
- Отсутствие любой целенаправленной активности

Глубокие измененные состояния сознания также сопровождаются деформацией телесной структуры (нарушение схемы тела, нарушение «анатомических соответствий») [7] и регрессом Личности до уровня Индивида. Личность и тем более, Индивидуальность, исчезают из поля диалога с другим [8, 9].

Глубокие ИСС, вызванные повреждением головного мозга с нарушением его активности не позволяют нам говорить об образности мышления, также как и о смыслообразовании, т.к. отсутствует вербальное и невербальное самовыражение пациентов. Важно отметить, что у больных с тяжелыми повреждениями головного мозга отмечается распад процесса деятельности на отдельные, не связанные одной целью, действия. Потребности у таких пациентов «опускаются» до уровня витальных (по А. Маслоу), а мотивация практически отсутствует [10].

Демонстрируемые пациентами поведенческие, эмоциональные и коммуникативные возможности можно определить, как погружение человеческого существования в архаические, «досознательные» [11], глубинные, основообразующие пласты. Правда, здесь не находятся сами бессознательные содержания или смыслы, а представлены только их части и фрагменты – элементарные частицы, кирпичики, из которых впоследствии и будут формироваться эти самые содержания [12, 13].

Формирование личности человека из индивида происходит под воздействием внешней активной среды, общения с близкими и социального взаимодействия с другими людьми [14]. Внешняя среда является структурным элементом личности [15]. Многочисленные исследования показали, что накопление индивидуального опыта посредством общения приводит к значительным изменениям химических структур головного мозга [16]. Все вышесказанное позволяет рассматривать человеческую коммуникацию с окружающим миром как процесс, в котором общение – это не только способность, повышающая возможность средовой адаптации личности, но и непереносимое, обязательное условие формирования и становления Личности как таковой [17].

Длительный опыт клинической психологической работы с детьми, находящимися в глубоких измененных состояниях сознания после тяжелых повреждений головного мозга, позволяет нам утверждать, что, несмотря на отсутствие вербального контакта, грубейшие нарушения телесности и движений, процесс общения с маленькими пациентами продолжается. Это общение отнюдь не одностороннее – только со стороны специалиста, – а, напротив, имеет форму диалога. Однако диалог обладает качественно другими характеристиками – замедленностью, прерывистостью, неустойчивостью, непостоянством, искаженностью и трансформированностью. В диалоге теряется личностная трансцендентность и глубинные смыслы индивидуальной позиций пациента. На первый план выходят ощущения и чувства, а диалог переходит из вербальной формы в невербальную.

Клинический опыт авторов говорит о том, что восстановление сознания после травм головного мозга нуждается в активном межличностном диалоге пациента не только с близкими ему людьми, но и со всеми специалистами реабилитационной команды. В 2014 году группой авторов НИИ НДХ и Т была предложена шкала оценки

коммуникативных возможностей пациентов после перенесенных повреждений головного мозга (SCABLn). Данная шкала оценивает состояние различных систем коммуникаций и степень проявленности ответных сигналов пациентов при взаимодействии с другими [12].

При этом вся работа с детьми в остром периоде восстановления после тяжелых повреждений головного мозга выстраивается на концепции возвращения утраченной целостности пациента. Нейрохирург возвращает анатомическую целостность (возможные непосредственные анатомические соответствия черепа, головного мозга), врач-реабилитолог – функциональную целостность, врач лечебной физкультуры – двигательную, нейропсихолог – когнитивную, психолог – мотивационно-личностную, психологическую и пр.

За последние годы в отделении Реабилитации НИИ НДХ и Т при большом количестве пациентов после тяжелых и средне-тяжелых травм головного мозга (до 70–80 детей в год) возникла острая необходимость анализа клинической работы для понимания механизмов восстановления и развития возможностей пациентов, формулирования подходов, правил и этических принципов работы. Без такого анализа и синтеза невозможна ни дальнейшее сопровождение пациентов, ни обучение специалистов, ни прирост новых знаний, ни передача накопленного опыта.

Анализ работы с тяжелыми детьми, находящимися в глубоких измененных состояниях сознания, позволил авторам сформулировать основной методологический принцип – важность и обязательность переноса акцента с «кажущихся» необходимостей восстановительного процесса на индивидуальные потребности самого пациента и предложить для данного принципа термин – «концепция клинического антропоцентризма» (от греч. *ανθρωπος* – человек и лат. *centrum* – центр).

В рамках данной концепции определение внутренних потребностей пациентов, находящихся в глубоких ИСС ни в коей мере не отрицает уже разработанных и апробированных методов реабилитации, но отводит им определенное подчиненное место. Командная работа, как делегирование пациенту его утраченных качеств (анатомических, двигательных, когнитивных, коммуникативных и пр.), происходит не только в ежедневном командном сопровождении [18], но и при непосредственных психологических и физических занятиях, объединенных одной общей концепцией клинического антропоцентризма.

Цель настоящего исследования – разработать и внедрить в арсенал современных реабилитационных методов при работе с тяжелыми пациентами, находящимися в глубоких измененных состояниях сознания, концептуально новый подход (клинический антропоцентризм), позволяющий максимально эффективно и качественно восстанавливать целостность личностной и двигательной структуры пациентов после повреждений головного мозга.

Задачи

- Анализ накопленного опыта клинических психологов и специалистов двигательной реабилитации (физических терапевтов) при работе с детьми, находящимися в глубоких измененных состояниях сознания после тяжелых повреждений головного мозга.
- Синтез полученных результатов и накопленного опыта для формулирования и обоснования концепции и методологического подхода, позволяющего наиболее эффективно двигаться к воссозданию разрушенной личностной и двигательной целостности

сти пациентов после тяжелых повреждений головного мозга.

Материалы и методы исследования

Отделение Реабилитации НИИ НДХ и Т занимается восстановлением детей, получившими тяжелые травмы головного мозга. За период с 2015 по 2016 года в Институте прошли курс реабилитации 72 ребенка, из них 29 детей находились в сниженном состоянии сознания. 14 детей (7–17 лет) проходили курс нейрореабилитации в рамках клинко-антропоцентрического подхода.

С помощью сравнительно-сопоставительного метода авторы данной статьи постараются показать полученные результаты восстановительного процесса при работе с детьми в сниженном состоянии сознания при использовании клинко-антропоцентрического подхода и стандартного комплексного ведения пациентов (психологическое сопровождение, ЛФК, массаж, физиотерапия, фармакотерапия и пр.).

Результаты работы с пациентами двух групп оценивались по двум параметрам:

- Уровень сознания: Шкала комы Глазго (ШКГ) [1], Шкала Доброхотовой-Зайцева [2], Шкала оценки коммуникативной активности (SCABLn) [8].
- Двигательные возможности: Шкала Комитета медицинских исследований (по R. Van der Ploeg, 1984) [1], Шкала спастичности Ашфорт [1].

Дизайн исследования. Исследование является ретроспективным и кагортным.

Результаты. Методология клинического антропоцентризма опирается на:

1. Примат индивидуальных потребностей и возможностей пациента, находящегося в угнетенном состоянии при постоянной динамической оценке со стороны команды. Т.е. процесс восстановления пациентов при глубоких измененных состояниях сознания в рамках концепции клинического антропоцентризма определяется не средствами и возможностями реабилитации, а потребностями самого пациента.
2. Определение и учет «Зон Ближайшего Развития» пациента (по Л.С.Выготскому) в каждом «временном отрезке».
3. Главенствующий принцип работы: «Процессуальность, а не ситуативность» [19].
4. Отсутствие установок и жестких планов во время занятий. При каждой встрече есть смыслообразующая цель, а средства и методы диктуются ситуацией встречи и внутренним состоянием всех членов команды, включая пациента.

Важно отметить, что в рамках клинко-антропоцентрического подхода при работе физический терапевт является носителем комплекса естественно-физических воздействий, в фокусе которых находится активное движение, инициируемое самим пациентом. Работа физического терапевта в рамках клинического антропоцентризма отличается от работы врачей, методистов лечебной физкультуры (ЛФК), т.к. последние во главу угла ставят приведение пациента к «двигательной норме» с использованием лечебно-физкультурных приемов.

Физический терапевт продвигается к восстановлению двигательной целостности пациента с опорой на ощущения последнего от его собственного «незнакомого» тела, являя собой опосредующее звено между пациентом и его новым осознанием себя. Таким образом, взаимодействие терапевта и пациента может происходить только в прямом контакте без использования

новомодных технических средств, которые зачастую становятся лишь «лишним посредником» или преградой в диалоге терапевт-пациента.

Во время таких занятий ведущим может оказаться любой участник – как пациент, как физический терапевт, так и психолог. Вся команда является целостным организмом, где в едином эмпатическом пространстве то, что не может поймать, почувствовать и сформулировать одна часть (пациент), ощущает другая. Интерпретация интенций и движений исходит не из мыслительных конструкций терапевтов, т.к. достаточно велика погрешность их собственных проекций, а из направления ведения тела пациента и/или его ощущений и чувств. Любое даже самое малое движение, как акт коммуникации, может раскрыться при амплификации в большое направленное, мотивированное и имеющее цель движение, побуждая со своей стороны личность к смысловому взаимодействию с другим.

Диалог реабилитационной команды в парадигме клинического антропоцентризма позволяет увидеть, осознать и «вернуть» недостающие пазлы в мозаике разрушенной и/или утерянной внутренней целостности пациента, находящегося в сниженном сознании, отразить их в зеркале команды и при воспоминании, приобретении заново интериоризировать вовнутрь.

Клинический антропоцентризм опирается на базовые, классические принципы формирования Личности, а также на гуманистический принцип современной реабилитации – переведения пациента, находящегося в сниженном сознании, из позиции Объекта с пассивным участием в восстановительном процессе в позицию Субъекта, где последний является важным и активным участником процесса собственного восстановления.

В таблице приведены данные по работе с двумя детьми после тяжелых повреждений головного мозга, находящихся в сниженном состоянии сознания, для сравнительного анализа.

Первый ребенок проходил реабилитацию в рамках стандартного комплекса процедур, которые включали в себя как психологическое сопровождение ребенка и его семьи, так и работу специалистов двигательной реабилитации (врачей лечебной физкультуры, методистов ЛФК) с использованием пассивных и активных лечебно-физических методов воздействия.

Второй ребенок проходил курс нейрореабилитации с использованием клинко-антропоцентрического подхода (Таблица).

На рисунках 1 и 2 представлена динамика восстановления пациентов по этапам. Разница между этапами составляла примерно 2 недели. У пациента 1 Δ SCABLn за время госпитализации составила +32 балла. В данном случае не наблюдалось восстановление или динамика в речевых функциях, но отмечалась положительная динамика в мимических проявлениях и вегетативных реакциях. Отмечалась стабилизация состояния пациента по двигательным функциям и возможностям контакта с окружающим его миром.

У пациента 2 отмечена значимая динамика по жестам, мимике и двигательным реакциям (Δ SCABLn за время госпитализации = 62 балла). Значимым для пациента был второй этап госпитализации. С этого этапа наблюдался значительный прирост по категориям «Жесты», «Мимика» и увеличение телесных ответов. У пациента при уменьшении «речевых» возможностей ко второму этапу, появляются звуки на внешнюю активность, манипуляции и на обращения.

Таблица .

	Пациент 1	Пациент 2
Возраст	15 лет	12 лет
Время после травмы:	госпитализация на следующий день после травмы	госпитализация через 8 месяцев после травмы
Диагноз:	Последствия ОТЧМТ. ДАП III (очаги ушиба в правой теменной доле, левой лобной и височной доле). Вдавленный перелом правой теменной кости. Скальпированная рана в правой теменно-затылочной области. Оскольчатый вдавленный перелом правой теменной кости. САК. Смещение срединных структур вправо. Множественные геморрагические ушибы мозгового вещества различной локализации, различных размеров в обоих полушариях головного мозга, с зонами перифокального отека.	Последствия ТЧМТ в виде внутренней гидроцефалии и кистозно-рубцовых изменений левого полушария с явлениями его атрофии. Очаговые изменения, как следствия диффузного аксонального повреждения (с вовлечением мозолистого тела и среднего мозга – ДАП III) и множественных геморрагических ушибов. Слепота вследствие травмы, Снижение слуховых возможностей
При поступлении в стационар		
MPT		
Оценка двигательных возможностей по шкале Комитета медицинских исследований (по R.Van der Ploeg, 1984) (max = 5)	D = 2 балла S = 2 балла	D = 2 балла S = 3 балла
Оценка двигательных возможностей по шкале спастичности Ашфорт (max = 5)	D = 4 балла S = 4 балла	D = 4 балла S = 2 балла
ШКГ (максимум 15 баллов)	7 баллов	7 баллов
Уровень сознания (по Доброхотовой-Зайцеву) (max – ясное сознание, преморбидный уровень здоровья)	Вегетативное состояние	Гиперкинетический мутизм с негативизмом
SCABLn (max = 384)	51 балл	79 баллов
При выписке из стационара		
MPT		

>>

Оценка двигательных возможностей шкале Комитета медицинских исследований (по R.Van der Ploeg, 1984) (max = 5)	D = 3 балла S = 3 балла	D = 3 балла S = 4 балла
Оценка двигательных возможностей по шкале спастичности Ашфорт (max = 5)	D = 4 балла S = 4 балла	D = 2 балла S = 1 балла
ШКГ (max = 15)	9 баллов	10-11 баллов
Уровень сознания (по Доброхотовой-Зайцеву) (max - ясное сознание, преморбидный уровень здоровья)	Выход из вегетативного состояния	Акинетический мутизм с эмоциональными реакциями и частичным пониманием речи
SCABLn (max = 384)	83 балла	141 балл

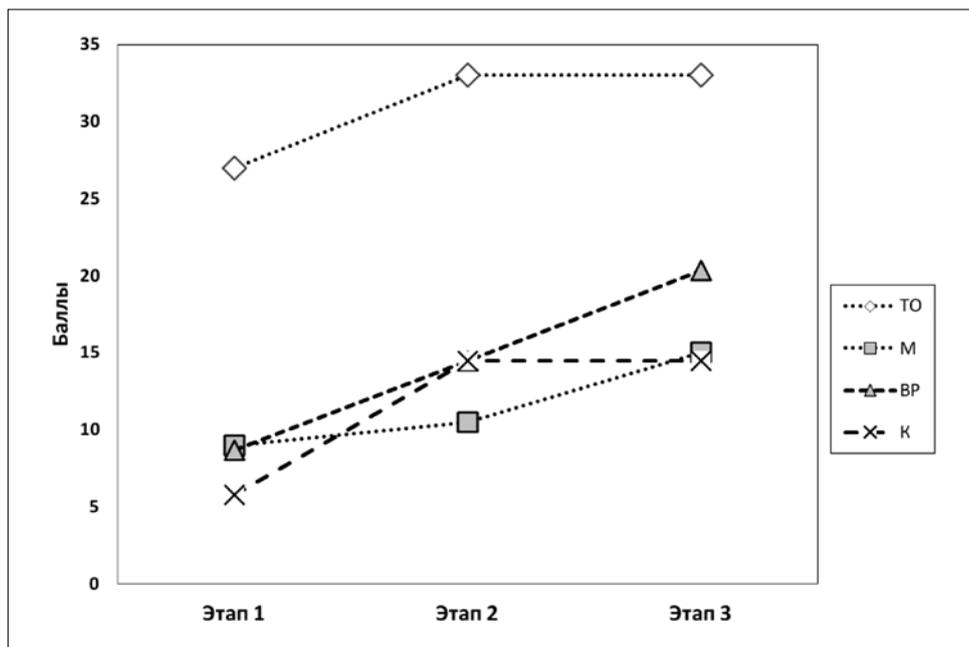


Рис. 1. Динамика по SCABLn у пациента 1 (в баллах).

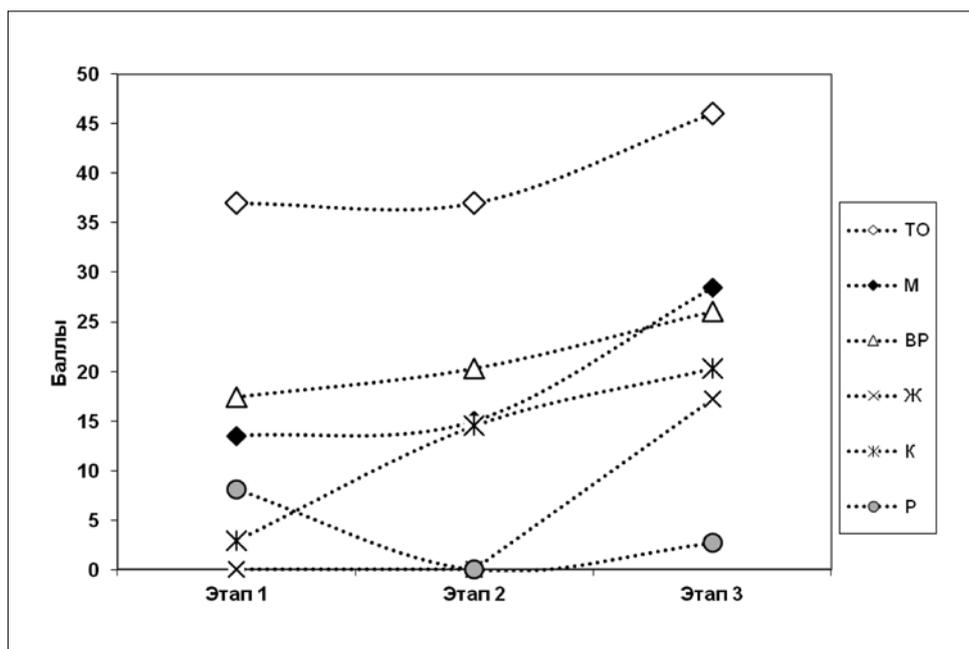


Рис. 2. Динамика по SCABLn у пациента 2 (в баллах).

Обсуждение результатов. Из приведенных в таблице данных видно, что дети были выписаны из стационара с улучшением в своем состоянии, как по уровню сознания, так и по двигательным возможностям. Однако при внимательном рассмотрении становится очевидным, что ребенок, в работе с которым использовался метод клинического антропоцентризма, восстанавливался лучше, при том, что был госпитализирован только через 8 месяцев после полученной травмы головного мозга. В данном случае мы видим значительный прирост как по уровню сознания (до стадии Акинетического мутизма с эмоциональными реакциями и частичным пониманием обращенной речи), так и по двигательным возможностям. Ребенок демонстрировал появление элементарной произвольной двигательной активности, собственные интенции (обнять, ощупать), предпочтения в еде. Также отмечалось появление «защитного поведения» в угрожающих ситуациях и «поведения избегания» в ситуациях дискомфорта. То есть, в данном случае можно говорить о значительном повышении уровня адаптации ребенка к окружающей среде за время госпитальной реабилитации в рамках клинического антропоцентризма.

При сравнении возможностей невербальной коммуникативной активности у двух детей можно отметить значительный прирост сигналов коммуникации у ребенка 2 на всех этапах госпитальной реабилитации.

Выводы

- 1) Анализ накопленного опыта и полученных результатов при работе с детьми, находящимися в глубоких измененных состояниях сознания после тяжелых повреждений головного мозга, показал:
 - с детьми, несмотря на депривацию их психической деятельности, угнетение сознания и двигательные дефекты, в рамках клинического антропоцентризма возможен активный диалог
 - интериоризация опыта, полученного в процессе общения и работы в парадигме клинического антропоцентризма, позволяет восстанавливать личностную структуру болеющего ребенка и его двигательные возможности
 - работа в рамках клинического антропоцентризма качественно изменяет весь процесс реабилитации маленьких пациентов после тяжелых повреждений головного мозга.
- 2) Синтез полученных результатов и накопленного опыта позволил сформулировать принципы и обосновать важность нового подхода в реабилитации пациентов, находящихся в глубоких измененных состояниях сознания после тяжелых повреждений головного мозга. Клинический антропоцентризм позволяет наиболее эффективно двигаться к воссозданию разрушенной личностной и двигательной целостности пациентов.

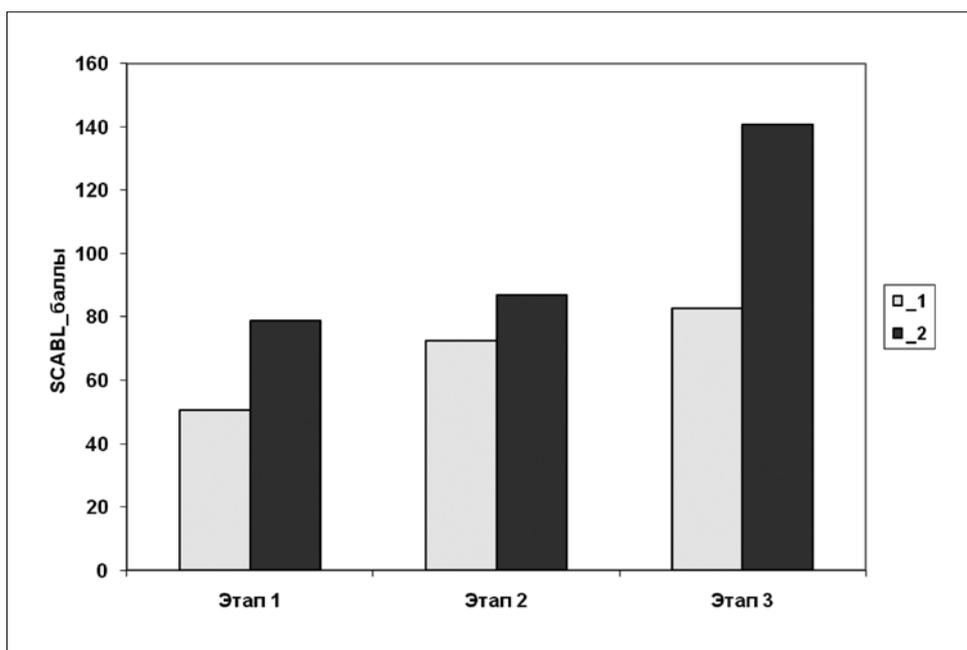


Рис. 3. Сравнительная диаграмма восстановления сигналов коммуникации у пациентов 1 и 2 по этапам начала, середины и конца госпитализации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации – М.: Издательство Антидор; 2002 – 440 с.
2. Зайцев О.С. Восстановление психической деятельности после длительной комы у больных с черепно-мозговой травмой. Диссертация ... кандидата медицинских наук. – М.; 1993.
3. Братусь Б.С. От гуманитарной парадигмы в психологии к парадигме эсхатологической. Психология и новые идеалы научности (материалы «круглого стола») // Вопросы философии; 1993; № 5: 3–43.
4. Ревонсуо Антти. Психология сознания. Серия «Мастера психологии» – С-Пб.: Питер; 2013 — 336 с.
5. Гордеева О.В. Измененные состояния сознания и культура: хрестоматия – С-Пб.: «Когито-Центр»; 2012–430 с.
6. Ludwig A. Altered states of consciousness. В кн.: Тарт Ч. (ред.) Изменённые состояния сознания – М.: «Экмо»; 2003.
7. Семенова Ж.Б. Этапы оказания помощи детям с черепно-мозговой травмой. Задачи нейрохирурга // Неврология и нейрохирургия детского возраста; 2012; № 2–3: 105–112.
8. Быкова В.И., Лукьянов В.И., Фуфаева Е.В. Диалог с пациентом при угнетении сознания после глубоких повреждений головного мозга // Консультативная психология и психотерапия; 2015; Том 23 № 3: 9–31.
9. Пахальска М. Природа сознания: нейропсихологическая перспектива // Тезисы. Московский международный конгресс, посвященный 110-летию со дня рождения А. Р. Лурия; 2012: 124–125.
10. Маслоу А. Мотивация и личность – С-Пб.: Евразия; 1999: 77–105.
11. Юнг К.Г. Очерки по психологии бессознательного – М.: «Когито-Центр»; 2010 – 352 с.
12. Быкова В.И., Лукьянов В.И., Фуфаева Е.В., Семенова Ж.Б., Валиуллина С.А. Психологическое исследование коммуникативных возможностей детей в глубоких измененных состояниях сознания после тяжелых повреждений головного мозга // Вестник восстановительной медицины; 2014; № 1: 26–36.
13. Bykova V. I., Lukianov V. I., Fufaeva E.V. Communicative activity of children in the state of suppressed consciousness after severe traumatic brain injury // Acta neuropsychological; 2014; Vol. 12 (4): 417-431
14. Выготский Л.С. Психология развития человека – М.: Изд-во Смысл; 2005 – 1136 с.
15. Горянина В.А. Психология общения – М.: Издательский центр «Академия»; 2002 – 416 с.
16. Дельгадо Хосе. Мозг и сознание – М.: Мир; 1971 – 264 с.
17. Леонтьев А.Н. Деятельность, Сознания, Личность – М.: Политиздат; 1975 – 304 с.
18. Системный подход в ранней реабилитации детей с тяжелой черепно-мозговой травмой. Часть 1. (методические рекомендации № 48) – М.: Правительство Москвы Департамент здравоохранения города Москвы; 2014.
19. Минделл А. Кома: ключ к пробуждению. Самостоятельная работа над собой: Внутренняя работа со сновидящим телом – М: АСТ и др.; 2005 – 284 с.

REFERENCES:

1. Belova A.N. Shkaly, testy i oprosniki v medicinskoj reabilitacii [Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation] – М.: Antidoron; 2002; 440 p.
2. Zajcev O.S. Vosstanovlenie psihicheskoj dejatel'nosti posle dlitel'noj komy u bol'nyh s cherepno-mozgovoju travmoju. Dissertacija ... kandidata medicinskih nauk. [Mental recovery after a long coma in patients with traumatic brain injury. Dissertation ... The candidate of medical sciences] – М.; 1993.
3. Bratus' B.S. [From the humanitarian paradigms in psychology to the paradigm of the eschatological. Psychology and new ideals of scientific character ("round table" materials)] // Voprosy filosofii; 1993; № 5: 3–43.
4. Revonsuo Antti. Psihologija soznanija [The psychology of consciousness] – SPb.: Peter; 2013; 336 p.
5. Gordeeva O.V. Izmenennye sostojanija soznanija i kul'tura [Altered states of consciousness and culture]: Anthology – SPb.; "Cogito Center"; 2012; 430p.
6. Ludwig A. [Altered states of consciousness] // Izmenennye sostojanija soznanija; 2003; 225–234.
7. Semenova Zh.B. [Steps to help children with traumatic brain injury. Tasks neurosurgeon] // Nevrologija i neirohirurgija detskogo vozrasta; 2012; № 2–3: 105–112.
8. Bykova V.I., Luk'janov V.I., Fufaeva E.V. [Dialogue with the patient in the oppression of consciousness after deep brain injuries] Konsul'tativnaja psihologija i psihoterapija; 2015; Vol. 23 (3): 9–31.
9. Pahal'ska M. [The nature of consciousness: neuropsychological perspective] // Theses. Moskovskij mezhdunarodnyj kongress, posvjashhennyj 110-letiju so dnja rozhdenija A. R. Lurija (Moscow international congress dedicated to the 110th anniversary of Luria); Moscow; MSU; 2012; 124–125.
10. Maslou A. Motivacija i lichnost' [Motivation and Personality]; SPb.; Eurasia; 1999; 77–105.
11. Jung K.G. Oчерki po psihologii bessoznatel'nogo [Essays on the psychology of the unconscious] – М.: "Cogito Center"; 2010; 352 p.
12. Bykova V.I., Luk'janov V.I., Fufaeva E.V., Semenova Zh.B., Valiullina S.A. [Psychological research of communicative abilities of children in deep altered states of consciousness after severe brain injury] // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny; 2014; № 1: 26–36.
13. Bykova V. I., Lukianov V. I., Fufaeva E.V. Communicative activity of children in the state of suppressed consciousness after severe traumatic brain injury // Acta neuropsychological; 2014; Vol. 12 (4): 417–431.
14. Vygotskij L.S. Psihologija razvitija cheloveka [Human Development Psychology] – М.: Meaning; 2005; 1136 p.
15. Gorjanina V.A. Psihologija obshhenija [Communication Psychology] – М.: Publishing Center «Akademija»; 2002; 416 p.
16. Del'gado Xose. Mozg i soznanie [Brain and Consciousness] – М.:World; 1971; 264p.
17. Leont'ev A.N. Dejatel'nost', Soznanija, Lichnost' [Activity, Consciousness, Personality] – М.:Politizdat; 1975; 304 p.
18. A systematic approach to the early rehabilitation of children with severe traumatic brain injury. Part 1 (guidelines number 48) – М.: Pravitel'stvo Moskvj Departament zdravooohranenija goroda Moskvj; 2014.
19. Mindell A. Koma: ključ k probuzhdeniju. Samostojatel'naja rabota nad soboj: Vnutrennjaja rabota so snovidjashhim telom [Coma: the key to revival. Work on a Self: The inner workings of the body with the dreamer] – М: AST; 2005; 284 p.

РЕЗЮМЕ

В статье обосновывается важность и необходимость концептуально нового метода нейрореабилитации детей, находящихся в сниженном сознании после тяжелых острых повреждений головного мозга.

В 2015 году в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ) прошли курс восстановления 29 детей в сниженном состоянии сознания. Из них, 14 детей в возрасте от 7 до 17 лет. получали реабилитацию в рамках разработанной методики клинического антропоцентризма.

Используя сравнительно-сопоставительный метод, авторы приводят результаты восстановительного процесса при работе с детьми, находящимися в сниженном состоянии сознания, с использованием клиничко-антропоцентрического подхода и стандартной комплексной реабилитации.

Результаты работы с пациентами двух групп оценивались по параметрам:

Уровень сознания – ШКГ, шкала Доброхотовой–Зайцева, Шкала оценка коммуникативных возможностей (SCABLn).

Двигательные возможности – Шкала Комитета медицинских исследований (по R.Van der Ploeg, 1984), Шкала спастичности Ашфорт.

Разработанная методология клинического антропоцентризма опирается на:

Примат индивидуальных потребностей и возможностей пациента;

Определение и учет «Зон Ближайшего Развития» пациента (по Л.С.Выготскому);

Главенствующий принцип работы: «Процессуальность, а не ситуативность»;

Отсутствие установок и жестких планов занятий.

Диалог реабилитационной команды с пациентами, находящимися в глубоких измененных состояниях сознания, в парадигме клинического антропоцентризма, позволяет увидеть, осознать и «вернуть» недостающие пазлы в мозаике разрушенной и/или утерянной внутренней целостности пациента.

В сводной таблице приведены данные по двум детям из каждой группы. Оба ребенка были выписаны из стационара с улучшением состояния, как по уровню сознания, так и по двигательным возможностям. Вместе с тем, авторы доказали, что применение клинического антропоцентризма в работе с пациентами, находящимися в глубоких измененных состояниях сознания, не только возможно, но и является необходимым.

Ключевые слова: дети, тяжелая травма головного мозга, глубокие измененные состояния сознания, методы реабилитации, клинический антропоцентризм.

ABSTRACT

This article explains the importance and the necessity of a conceptually new method of rehabilitation of children in reduced state of consciousness after severe brain injury.

During the period from 2014 to 2015 29 children in a reduced state of consciousness have been treated in the Clinical and Research Institute of Urgent Pediatric Surgery and Trauma. 14 children ages 7 to 17 have been passed neurorehabilitation course in an approach of clinical anthropocentrism.

Using comparative method the authors present the results of the recovery process of working with children in reduced state of consciousness, with the use of clinical and anthropocentric approach and standard comprehensive rehabilitation.

The results of the two groups of patients were evaluated on the parameters:

1. Level of consciousness – GCS, Scale of Dobrokhotova-Zaitsev, Scale communicative activity (SCABLn).

2. Motor opportunities – The scale of the Committee for Medical Research (for R.Van der Ploeg, 1984), Scale of spasticity Ashfort.

The methodology of the clinical anthropocentrism is based on:

A. The priority of the individual necessities and possibilities of the patient

B. Identification and registration of "The Zone of Proximal Development" of the patient (by Vygotsky)

C. The primary principle of the work is "the processuality but not situationality."

D. No strict instructions in training.

The dialogue between the rehabilitation team and the patients in altered states of consciousness in the paradigm of clinical anthropocentrism allows us to see, to understand and to "return" the missing puzzles in the mosaic of destroyed and/or lost patient's internal integrity.

The summary table shows the data of two children from each group. Both children were discharged from the hospital with the improvement in their condition and in the level of consciousness, and in motor abilities. At the same time, the authors have shown that the use of clinical anthropocentrism in dealing with patients, who are in deep altered states of consciousness, is not only possible but also necessary.

Keywords: children, severe brain injury, profound altered States of consciousness, methods of rehabilitation, clinical anthropocentrism.

Контакты:

Быкова В.И. E-mail: v_i_bykova@mail.ru