

## ОТЗЫВ

на автореферат диссертации Быковой Валентины Игоревны «Психологические особенности общения у детей в состоянии сниженного сознания после тяжелых повреждений головного мозга (ранний этап восстановления)», представленную на соискание ученой степени кандидата психологических наук по специальности

### 19.00.10 – Коррекционная психология

Одной из наиболее важных идей из наследия А.Р.Лурия, справедливо и корректно положенных автором диссертации в основании своего исследования, стала идея ранней реабилитации юных пациентов после тяжелых повреждений головного мозга (ГМ), в том числе в сочетанных вариантах соматических травм. В «остром» периоде посттравматического состояния ГМ – так принято называть интервал, когда «медицинская» правда жизни настоятельно требует придерживаться исключительно консервативного характера лечения и сопровождения пациента, - психологическая правда как раз настаивает на активации больного, на развертывании множества связей, привычных для него в обыденной жизни, на щадящее общение и взаимодействие с окружающими, пусть даже с пониженным эмоциональным знаком, на вовлечение его в самообслуживание и др. Эмпирические наблюдения за реабилитацией «активных» и «пассивных» пациентов в такой ситуации указывают на преимущество в восстановлении первых. Но способен ли принцип «душа обязана трудиться...» даже не методически, но идеологически, сущностно, изменить течение восстановления пациентов, которые, тем более, в своем онтогенезе не проделали еще полного цикла нормативного развития?

Исходим из предположения, что необходимость ориентировки формирует под себя органические структуры и выстраивает их функционирование как момент обеспечения личностного бытия, а не потому, что, как иногда озвучивается в научно-популярных фильмах, «мозг подумал и решил». Время и собственная активность пациента (инспирированная, выстраиваемая, разумеется, реабилитологом), в самом деле, являются по настоящему ключевыми психологическими детерминантами восстановления. В теоретическом отношении, как представляется, именно в это время разрешается основополагающий вопрос о роли органического и психологического начала в функционировании личности. «Сохраненные звенья», остающиеся после травмы ГМ, как называл их А.Р.Лурия, являются одновременно важнейшим индикатором состояния больного при органическом поражении мозга, так и основой для построения грядущих психологических новообразований. Именно через эти звенья осуществляется то сложнейшее и трудно постижимое нашими медицинскими коллегами действие как «обход пораженных участков ГМ» и опосредствование за счет уже имеющихся у ребенка новообразований. Таким образом, необ-

ходимо констатировать, что актуальность и значение исследования В.И.Быковой состоит в конкретизации, детализации и объяснении имеющейся феноменологии реабилитации. Понимая логику данного исследования, где каждый шаг опирается не только на пресловутое «не навреди!», но на прочерчивание психологически обоснованной линии восстановления, а скорее всего, и развития детей, оказавшихся в тяжелейшем нейропсихологическом и соматическом состоянии, мы вправе ожидать от автора работы развернутых характеристик состояния, психологических возможностей детей и параметров «зоны ближайшего развития» (точнее, реабилитации), выстраиваемой психологически квалифицированным реабилитологом в общем и в каждом индивидуальном случае, в частности.

Шкала коммуникативной активности SCABL, созданная автором с коллегами, по сути, является важным начальным шагом для установления феноменологических границ реактивности (откликаемости) пациента на открытую возможность общения и взаимодействия. Автор исследования сдержанно характеризует потенциал этой шкалы, тем не менее, важно, что за шкалой стоит вполне психологически квалифицированное «реабилитационное» понимание сохранных звеньев общения, взаимодействия, эмоциональных реакций и просто телесных знаков, уже освоенных ребенком или осваиваемых в силу больничных условий, тяжести болей или невозможности осуществить привычную реакцию ответа чужому или близкому взрослому. Различение двух групп по показателям динамики реабилитации на основании введенных шкал тоже представляется адекватным шагом. Если действительно у ряда детей в силу тяжести приобретенного дефекта речь существенно «отстает» от иных показателей «контактности», то в теоретическом отношении это указывает на регрессию и актуализацию иного инструментария общения, нежели у второй группы с относительно однородной динамикой показателей. Соответственно, нужны другие практические средства для поддержания контакта с такими детьми. Понятно, что характеристики «профилей восстановления», выделяемых диссертантом, пока ждут своей более точной исследовательской идентификации, но достоинством исследователя является их выявление и очерчивание.

Приведем еще несколько комментариев по диссертационной работе В.И.Быковой, не имеющих, впрочем, строгого характера замечаний, скорее, дискуссионных.

1. Всегда у референта исследовательских работ с глубоким и практически ценнейшим эмпирическим содержанием, какой является диссертация В.И.Быковой, есть сожаление, что скрытый в ней потенциал и имеющиеся обобщения так в полной мере и не направлены на пересмотр многих сегодня уже замшелых констант детской, клинической и коррекционной психологии. Вполне возможно, что тщательно расписанные анамнезы (включая преморбид и катамнез) больных детей, с качественными протокольными описа-



ниями метаморфоз их речевых попыток поддержания контакта в ходе реабилитации, дали бы хоть и предварительный, но все же устойчивый, «типичный», если возможно его так назвать, образ траектории восстановления речи и личности ребенка. Во всяком случае, после исследования Быковой эта перспектива продуктивного воссоединения нейропсихологии, детской и коррекционной психологии для решения этой задачи видится реальной.

2. Конечно, всех нас еще долго, в силу особенностей психологической терминологии, особенно, где имеет место стык с реабилитационной практикой, будут сопровождать про-медицинские конструкции эвфемистического типа, в частности, «сниженное состояние сознания». Тем не менее, если делать шаг в сторону более строго и точного коррекционно-психологического языка, то термины «трудности общения» или «трудности ориентировки во времени, пространстве и себе» и др. ничуть не снизили бы мощи теоретических и эмпирических обобщений В.И.Быковой. А понятие «сознание» в психологии потихоньку начало бы очищаться от эклектичных в целом напластований предшествующих механистических воззрений на психику. Если «со-знание» все же в культурно-исторической психологии есть форма обобщения системы ориентиров культурного бытия человека, то важно было бы терминологически разделить: вот – мощная онтология культуры, а вот – ее индивидуальное детское отражение, в наших, реабилитационных случаях, – недостаточно точное, болезненное, истощенное и др. Скорее, как синкретический знак, а не месседж.

3. Выбор «общения» как предмета психологического исследования в ситуации реабилитации также представляется бесспорным. Но вновь обратим внимание на терминологию. Среди моментов детского общения автор выделяет телесные ответы, мимику, вегетативные реакции, жесты, уровень контакта, речь (с.14 текста автореферата). Вместе с тем, в чистом виде данные моменты не являются показателями «восстановления сознания», последнее традиционно принято связывать с рефлексией, самосознанием, адекватностью отражения действительности и др. Возможно, наилучшим термином была бы «контактность» подопечного. Такое «снижение» статуса изучаемого понятия и стоящей за ним реальности не означало бы реального снижения предмета исследования, лишь конкретизировало бы его. «Контактность» может разворачиваться до масштаба сознания, а может свертываться до формата двигательного знака – ее осмысление возможно лишь в рамках целостного реабилитационного дискурса.

4. Для создания теоретической модели динамики детского общения в условиях реабилитации автор использует общепсихологические работы, но, возможно, точнее было бы привлечь возрастно-психологические, они существеннее для категоризации как мотивов детского общения (пусть и в больничных условиях), так и средств, которые использует

ребенок, характеризует с различных сторон диады «дитя – близкий», «дитя – медик», «дитя – психолог» и др., а главное: они базируются на принципе развития и учитывают сложные последствия ПТСР и условия госпитализации. Один из важнейших вопросов, который наверняка в связи с реферируемым исследованием интересует всех, кто занимается детством и реабилитацией: откат у больного ребенка общения при поражении ГМ (распад, регрессия) идет вспять по тем же этапам, по каким проходило его становление в преморбиде, или иначе?

5. Наиболее значительным обобщающим результатом исследования и реабилитационной практики В.И.Быковой представляется утверждение о принципиально разных сценариях восстановления коммуникативных возможностей (с.17), а, стало быть, об индивидуальном подходе к каждому ребенку и к каждой конкретной реабилитационной ситуации. Принципы психологического сопровождения (с.19) и особенно указание на «культурно опосредствующую миссию психолога» вызывают полное принятие и поддержку. Ориентировка психолога на сохранные звенья и имеющиеся возможности больного ребенка позволяет проверить острой жизненной практикой реабилитации детей с ТЧМТ такие понятия культурно-исторической психологии, как «зона ближайшего восстановления» и «социальная ситуация реабилитации». Деликатное соединение важнейшего для психологии и уникального опыта проведения фактически детской психологической реанимации с исследовательской задачей контроля психологических предикторов восстановления моментов общения («контактности») создает новую ситуацию в психологической науке: индивидуальная траектория работы с подопечным начинает выступать капитальным и основополагающим фактом, возвращая психологии статус науки о личности, а не о статистических рядах. Исследования, в которых теоретическое обобщение идет вслед за найденной и проверенной эмпирической практикой, тем более реабилитационной, имеют всегда высочайшую прагматическую валидность.

Автореферат диссертации полно отражает как содержание теоретического поиска В.И.Быковой, так и полученные в ходе исследования эмпирические результаты, а также содержит все необходимые разделы (предмет, задачи, положения, выносимые на защиту, обстоятельные теоретические и фактические доказательства, четко сформулированные выводы и др.).

В целом, на основании анализа автореферата, можно сделать вывод о том, что диссертация В.И.Быковой представляет собой завершенную научную работу, вносящую весомый вклад в понимание психологического содержания реабилитационной работы с детьми, имеющими ТЧМТ, соответствующую всем требованиям, предъявляемым к кандидатским диссертациям, а ее автор заслуживает присуждения ученой степени кандидата



психологических наук по специальности 19.00.10 – Коррекционная психология (психологические науки).

Доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой клинической психологии государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования Московской области «Университета «Дубна»

В.Б.Хозиев

Полное наименование организации: государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Московской области «Университет «Дубна»

Адрес: 141982, Московская область, город Дубна, Университетская улица, д. 19.

Интернет сайт организации, e-mail: [www.uni-dubna.ru](http://www.uni-dubna.ru)

раб. тел.: 8 (49621) 9-10-01

Я, Хозиев Вадим Борисович, даю согласие на включение моих персональных данных в документы, связанные с работой диссертационного совета и их дальнейшую обработку.

3 августа 2020 г.

Подпись В.Б.Хозиева заверяю

3 августа 2020 г.

Ученый секретарь государственного университета «Дубна»,  
доктор технических наук,



И.Б.Немченко