

ОТЗЫВ

члена диссертационного совета
на диссертацию Ермаковой Натальи Георгиевны
«Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта
в условиях реабилитационного стационара»,
представленную на соискание
ученой степени доктора психологических наук по специальности
19.00.04 – «Медицинская психология»

Актуальность темы диссертационного исследования. Процесс психологической реабилитации, направленный на преодоление последствий болезни, на возможно полное и раннее возвращение больного к труду и полноценной жизни, понимается как системная деятельность, направленная на восстановление личного и социального статуса больного особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность больного лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий; создание психологически обоснованных условий для развития личности с учетом вносимых болезнью ограничений (Ахутина Т. В., Варако Н. А., Григорьева В. Н., Зинченко Ю.П., Ковязина М.С., Микадзе Ю.В., и др., 2016). Методологической основой отечественной психологической реабилитации являются концепции Л.С. Выготского и А.Р. Лурия, а также теория поэтапного формирования умственных действий и понятий (П.Я.Гальперин, 1966), которые подробно изложены в работах Л.С. Цветковой, Ж.М. Глозман, Т.В. Ахутиной, В.М. Шкловского и др.

В соответствии с Порядками организации медицинской реабилитации (2012), вся реабилитационная работа должна проводиться поэтапно и комплексно, с включением компетенций и усилий разных специалистов в составе мультидисциплинарной бригады, и должна быть сконцентрирована на функциональной активности и восстановлении функциональной независимости пациента, а восстановительные мероприятия направлены на важные для больного навыки повседневной активности и должны осуществляться в контексте, приближенном к условиям жизни пациента (Емельянова М.А. и соавт., 2012; Dovern A. и соавт., 2012).

Участие в реабилитационной работе и оценка различных параметров психической деятельности в связи с проводимым лечением и восстановительными мероприятиями относятся к числу основополагающих практических задач, которые призваны решать медицинские психологи в неврологической клинике. При этом психологические реабилитационные и

коррекционные мероприятия должны начинаться как можно в более ранние сроки. Целями клинико-психологической и нейропсихологической диагностики пациентов после ОНМК, как правило являются: 1) Проведение специального нейропсихологического обследования, направленного на углубленное исследование высших психических (когнитивных) функций, а также выявление структуры и степени выраженности нарушений; 2) Оценка компенсаторного ресурса в виде сохранных звеньев высших психических функций; 3) Оценка внутренней картины болезни и приверженности реабилитации (комплаенс) пациентов. Часто возникающей проблемой в работе с больными после ОНМК является неполное понимание родными и близкими пациента имеющихся расстройств и путей их преодоления. В связи с этим в литературе, посвященной разным видам реабилитации, рекомендуется своевременно обеспечивать информацией пациентов и людей, ухаживающих за ними: объяснять специфику болезни и ее последствий, обучать адекватным поведенческим стратегиям во взаимодействии с больным, снятию психологического стресса, работать с эмоциональными реакциями родных и близких.

В настоящее время в достаточной мере разработаны теоретико-методологические подходы, технологии и методы биологической, физической и нейропсихологической реабилитации постинсультных больных, в то же время психосоциальные аспекты реабилитации изучены недостаточно полно. Важным направлением работы медицинских психологов в системе медицинской реабилитации являются клинико-психологические вмешательства, направленные на коррекцию внутренней картины болезни, переосмысление жизненных перспектив больного, на формирование положительного отношения к лечению и выполнение рекомендаций. В связи с этим очевидно, что тема исследования, выбранная Ермаковой Н.Г. для своего исследования, является актуальной и отвечает современным запросам отечественного здравоохранения.

Недостаточно изученной является проблема приверженности к лечению больных, переживших сосудистую катастрофу, особенно в ее отдаленном периоде. Это делает актуальной проблему социально-психологической реабилитации постинсультных больных, направленной на восстановление социальных контактов, возвращение больного в общество и к посильному труду.

Научная новизна результатов исследования заключается в детальном изучении и описании особенностей личностного реагирования на болезнь и динамики системы отношений личности в процессе восстановительного лечения и реабилитации больных после ОНМК.

На основе проведенного теоретического обобщения обширного количества научных источников, собственного эмпирического исследования и анализа полученных данных автором разработана 3-х ступенчатая модель психологической реабилитации больных с последствиями инсульта, где в центре внимания и коррекционного воздействия находится система отношений личности больного после инсульта, в т.ч. отношение к себе и близкому окружению, к болезни и лечению на каждом этапе реабилитации.

Преимуществом данной модели психологической реабилитации, в отличие от известных ранее отечественных и зарубежных программ нейропсихологической реабилитации больных после инсульта, является включение личностно-ориентированных программ психологической помощи больному на каждом этапе реабилитации, а также программ формирования психотерапевтической реабилитационной среды (терапия средой), аналогичных программам социально-психологической реабилитации психиатрии (Кабанов М.М., Лиманкин О.В.). В качестве мишеней для психотерапевтического воздействия предлагается принятие пациентом себя в условиях ограничения активности и снижения возможностей, осмысление отношений с окружающими, поиск новой социальной роли и жизненных смыслов.

Впервые выявлены ведущие психологические проблемы каждого этапа реабилитации, препятствующие формированию приверженности больного к лечению, изучены особенности личностного реагирования на болезнь на каждом этапе.

Научную ценность имеют описанные автором нарушения высших психических функций и особенности личности больных, полученные на большом массиве данных (740 человек), во взаимосвязи с уровнем самообслуживания (физической зависимости) и качеством жизни. Особый научный интерес представляют данные феноменологического анализа высказываний и жалоб 446 пациентов в процессе интервью, позволившие автору обосновать необходимость включения личностно-ориентированных программ психологического сопровождения в систему реабилитации больных с ОНМК.

Теоретическая значимость диссертационного исследования состоит в разработке клинико-психологических и социально-психологических аспектов реабилитации больных с последствиями инсульта, связанных с уточнением особенностей личностного переживания и динамики системы отношений личности больных на каждом этапе реабилитации. Разработана структурно-динамическая модель психологической реабилитации больных с инсультом с

позиций биопсихосоциального подхода. Автором сформулированы и научно обоснованы цели психологической помощи на каждом этапе реабилитации с поэтапным включением различных психологических воздействий, направленных в начале - на принятие себя, своей новой социальной роли и коррекцию эмоционального состояния, затем - на формирование адекватной картины болезни и отношения к лечению, на коррекцию системы отношений больного, и позже - на переоценку прежних и формирование новых жизненных ориентиров.

Практическая значимость диссертационного исследования определяется тем, что разработанная автором структурно-динамическая модель психологической реабилитации может быть использована психологами в качестве основы при построении собственных программ психологической помощи (индивидуально или в группе) больным с инсультом в рамках медицинской реабилитации в условиях реабилитационных отделений поликлиник, реабилитационных центров или санаторного лечения.

Прикладную ценность также представляют модифицированные автором и адаптированные применительно к больным с нарушениями когнитивных и двигательных функций групповые методы психологической коррекции (тематически-ориентированный тренинг, аутогенная тренировка), которые могут использоваться не только в медицинских реабилитационных центрах, но и в центрах социальной реабилитации инвалидов.

Разработанная программа оптимизации мер социальной поддержки больного, включающая различные направления психологического воздействия на микросоциум больного (родственников пациента, персонал, сообщество больных), может быть направлена на формирование психотерапевтической среды отделения (центра) при реабилитации больных с различной соматической патологией.

Достоверность и обоснованность полученных результатов обеспечены теоретико-методологическими основами, большим объемом и репрезентативностью выборки, охватывающей 1042 больных с последствиями инсульта в условиях реабилитационного стационара и 115 больных в условиях реабилитации в поликлиники (всего 1157 больных). В исследование включались больные с последствиями ишемического инсульта (I69. 3 по МКБ-10), геморрагического инсульта (I69. 1 по МКБ-10, с лёгкими когнитивными расстройствами (F06. 7 по МКБ-10) и умеренными когнитивными расстройствами, не достигающими до стадии деменции.

В исследовании применялся достаточно большой комплекс клинико-психологических и экспериментально-психологических методов, включающих надежные и валидные методы исследования высших психических функций, эмоционального состояния и личности больных; применялись современные методы статистики с применением компьютерных технологий.

Заслуживает уважения и признания огромный личный вклад автора в эту работу:

- Автором разработана концепция психологической реабилитации, которая включает в себя 3 последовательных этапа. На каждом этапе автором систематизируются как уже известные и хорошо зарекомендовавшие себя, так и новые формы и методы психологической помощи с учетом степени выраженности нарушений и специфики отношения к болезни и лечению.
- В рамках предложенной концепции создана структурно-динамическая модель психологической реабилитации пациентов с последствиями инсульта с научно-методическим обеспечением составляющих её разделов.
- Выявлены ведущие психологические проблемы, отражающие особенности личностного реагирования на последствия болезни и препятствующие вовлеченности больных в реабилитационный процесс.

Структура, оформление и завершенность диссертационной работы. Диссертация Н.Г. Ермаковой представляет собой фундаментальный по своему объему и количеству обследований научный труд. Работа изложена на 490 страницах машинописного текста на русском языке (вместе с переводом на английский язык общий объем монографии - 980 стр.), имеет "классическую" структуру и состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной описанию дизайна, материала и методов обследования, трех глав, посвященных описанию результатов собственных исследований и авторских разработок, заключения, выводов, списка литературы (960 источников) и приложений.

По теме диссертационного исследования была опубликована 1 монография, 1 учебно-методическое пособие, 83 статьи, из них 19 в журналах, рекомендованных в списке ВАК.

Апробация и внедрение результатов исследования осуществлены на 28 международных и региональных научно-практических конференциях.

В диссертации обобщен 28-летний опыт консультативной, просветительской, научно-исследовательской деятельности соискателя в

условиях стационарного центра реабилитации, опыт работы в условиях районной поликлиники и большой преподавательский опыт в вузе.

Следует отметить высочайшее трудолюбие, терпение и целеустремленность автора, поскольку из прочтения диссертации видно, что соискателем была проведена огромная работа с тяжелейшим по своим клиническим проявлениям контингентом больных; изучен, обработан и проанализирован большой массив экспериментальных данных и клинических наблюдений.

Вместе с тем, **представленное диссертационное исследование имеет ряд существенных недостатков**, вытекающих прежде всего, из-за колоссального количества данных. Именно обилие материала не позволило соискателю в достаточной степени структурировать, логически связно представить полученные данные, целостно и последовательно раскрыть общий замысел работы и выбранный методологический подход.

Так, например, большинство научных положений, заявленных в диссертации, не отличаются новизной и какой-либо проблематичностью, поскольку являются квинтэссенцией всех имеющихся уже теоретических и клинических зарубежных и отечественных исследований и разработок, которые были хорошо и полно представлены Н.Г. Ермаковой в литературном обзоре (например, положения №1, 2, 3 и 5).

Из-за обилия экспериментальных данных, расплывчатости в формулировании научных положений и задач автору, к сожалению, не удалось соотнести выводы с поставленными задачами исследования.

Непонятно и включение в диссертационное исследование на 2 этапе части №1: зачем нужно было столько времени и места в диссертации посвящать подробному описанию результатов сравнительного анализа когнитивных нарушений у больных с ОНМК, когда эти нарушения достаточно хорошо уже систематизированы и описаны в литературе. Автор заявляет цель этого раздела исследования как "изучение влияния нарушений ВПФ на успешность процесса реабилитации", хотя ни в описании результатов, ни в выводах по данному разделу собственно "влияние" не изучалось. В итоге текст диссертации чрезмерно перегружен описательной статистикой разных подгрупп больных; слишком много сравнительных таблиц, которые можно было бы легко перенести в приложения.

Наблюдается методологическая неясность позиции автора. Так, в литературном обзоре автором анализируются разные виды, этапы, цели и методы реабилитации, представлены факторы, затрудняющие реабилитацию больных с последствиями ОНМК. Автор подчеркивает свою приверженность

биопсихосоциальному подходу. Вместе с тем в исследовании Н.Г. Ермаковой не просматривается связь предложенной ею концепции психологической реабилитации с общей системой медицинской реабилитации, в которой психологическая помощь является составной частью мультидисциплинарного подхода в комплексной медицинской реабилитации. В итоге происходит путаница: автор пишет про последовательные этапы психологической реабилитации, но какому этапу общей реабилитации они соответствуют, непонятно. Судя по описанию клинических характеристик больных, пациенты находились на разных этапах медицинской реабилитации. Тогда как определялся этап психологической реабилитации и соотносился ли он с планом реабилитации мультидисциплинарной бригады?

Методологически непонятен выбор методики ММРІ для исследования больных с ОНМК. Для чего в группе больных с легким и умеренным когнитивным снижением, каких было большинство в данном исследовании, использовался такой трудоемкий текстовый опросник с 566 вопросами? В ситуации сосудистой катастрофы в ответах больных вряд ли будут отражены действительно характерологические особенности, а не реакции личности на болезнь, и вряд ли будет достоверной информация, из-за состояния выраженной психической и социальной дезадаптации больных. В результате проведения данной методики автор действительно получил не слишком информативные данные.

Результаты Факторного анализа вызывают сомнения: непонятна структура и содержание полученных факторов (табл. 3.1.27 и далее) из-за того, что автору не удалось их соответствующим образом объяснить.

Помимо методологических расхождений и замечаний к дизайну исследования, имеются **вопросы и замечания** по содержанию работы, требующие уточнения:

1. Насколько соотносятся выделенные автором 3 этапа психологической реабилитации с целями и задачами тех этапов реабилитации, которые установлены в Порядке организации медицинской реабилитации (Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н)?

2. Автор разделил пациентов в начале исследования на три группы в зависимости от уровня самообслуживания и степени выраженности нарушений. Значит ли это, что предложенные автором в 4-й части диссертации 3 этапа психологической реабилитации не зависят от длительности периода восстановления после инсульта, а каждый этап назначается в соответствии с уровнем физической зависимости и самообслуживания?

3. Представленная структурно-функциональная модель предполагает 3 *последовательных* этапа адаптации к болезни - в зависимости от тяжести состояния и его динамики, или каждый из них зависит от этапа прохождения медицинской реабилитации? Или это просто три разных формы/направления работы психолога с пациентами, проводимые на всех этапах комплексной медицинской реабилитации, которые выбираются в зависимости от запроса пациентов, родственников и врачей?

4. Каким образом оценивалась эффективность программ, если не было групп сравнения? Чем отличались анализ эффективности программ от анализа динамики показателей больных до и после психокоррекции?

5. В чем новизна предлагаемого автором метода "Сужение и конкретизация цели", если об этом написано уже множество литературы, это прописано в учебниках по нейрореабилитации (Б.Вилсон, Дж.Эванс и др.), и SMART-подход давно уже используется при постановке целей реабилитации?

6. Отсутствует новизна в выводах № 1 и 2 - они больше похожи на общие рассуждения на заданную тему. Совсем не понятны по своей сути формулировки выводов № 3.1 и 3.2.3 - в них так же не содержится никакой конкретики, только общие рассуждения. Выводы 3.6. и 5.1 по своей сути дублируют друг друга.

Заключение

Диссертация Ермаковой Натальи Георгиевны на тему «Психологическая реабилитация больных с последствиями инсульта в условиях реабилитационного стационара» является законченной научно-квалификационной работой, в которой делается попытка решить актуальную проблему клинической психологии и медицинской реабилитации – создание модели психологической реабилитации пациентов с последствиями инсульта.

Актуальность темы, объем проведенных соискателем исследований и практическая значимость полученных результатов работы не вызывают сомнений.

Однако без разъяснения автором ряда вопросов, указанных выше, сделать вывод о том, что представленное на соискание ученой степени доктора психологических наук диссертационное исследование Ермаковой Н.Г. соответствует всем требованиям, установленным Приказом от

01.09.2016 г. № 6821/1 «О порядке присуждения ученых степеней в Санкт-Петербургском государственном университете», затруднительно. Положительное заключение и утвердительный вывод о работе возможны только после выступления соискателя с представлением своих результатов на защите и получения исчерпывающих ответов на поставленные вопросы.

Член диссертационного совета,
доктор психологических наук, профессор,
заведующая кафедрой общей и клинической психологии
ФГБУ ВО "Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им.акад. И.П. Павлова" МЗ РФ



Е.Р.
Е.Р. Исаева

10 августа 2021

