

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

УДК 616-05; 616-00

Зинченко Ю.П., Первичко Е.И., Тхостов А.Ш.

ФГБУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия

METHODOLOGICAL FOUNDATIONS AND TASKS OF PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF CANCER PATIENTS

Zinchenko Yu.P., Pervichko E.I., Tkhostov A.Sh.

«Lomonosov Moscow state university», Moscow, Russia

Введение

Реабилитация онкологических больных является важной проблемой, которой как в медицинской, так и в психологической литературе в последние годы посвящается все больше исследований [7, 8, 35, 39, 43, 47]. Это обусловлено, прежде всего, высокой распространенностью и выраженной тенденцией роста онкологических заболеваний, как в нашей стране, так и за рубежом; специфичностью и многоэтапным характером диагностики и лечения онкологических больных, в том числе с использованием инвазивных методов; многочисленными неблагоприятными последствиями наличия этих заболеваний, в числе которых – снижение «качества жизни» и параметров социального функционирования пациентов. Необходимо отметить, что достижения медицины в диагностике и лечении больных с разными формами онкологических заболеваний становятся с каждым годом все более впечатляющими, что, в свою очередь, требует расширения спектра реабилитационной направленности современной онкологии [33, 35].

Однако анализ существующих в нашей стране программ реабилитации онкологических больных показывает, что большинство из них не достаточно учитывает знания о психологических особенностях пациентов (их эмоционально-личностные особенности, специфику внутренней картины болезни, характер семейных отношений и социальной поддержки, – особенности всей социальной ситуации развития больного). Вместе с тем, как показывает анализ данных об эффективности процессов восстановления больных с онкологическими заболеваниями после проведенного лечения, накопленных в мировой практике, обозначенные психологические категории относятся к числу важнейших факторов, влияющих на приверженность больного лечению, в том числе и восстановительному лечению, и, следовательно, на эффективность процесса реабилитации в целом [33, 34, 35, 37, 38, 41]. По данным «Американской онкологической ассоциации» (American Cancer Society, ACS), число успешно вылеченных от рака в 2014 году достигло 14.5 миллионов человек [37]. И такой успех онкологи ACS связывают не только с чисто медицинскими достижениями (ранняя диагностика, методы

лечения), но и, далеко не в последнюю очередь, с внедрением в реабилитационную практику немедикаментозных – психологических и психофизиологических – методов работы с онкологическими больными. Этим объясняется бурный рост за рубежом онкологических центров, активно использующих психологические методы в лечении больных с онкологическими заболеваниями. Так, по данным специального исследования Пенсильванского университета США, 70% таких центров активно практикуют психотерапию и психологическое консультирование [35].

Приказом Министерства здравоохранения РФ № 1705н от 29 декабря 2012 г. утвержден Порядок организации медицинской реабилитации в Российской Федерации, в котором обозначено, что медицинская реабилитация должна включать в себя оценку (диагностику) следующих параметров:

- клинического состояния пациента;
- факторов риска проведения реабилитационных мероприятий;
- факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий;
- морфологических параметров;
- функциональных резервов организма;
- состояния высших психических функций (ВПФ) и эмоциональной сферы;
- нарушений бытовых и профессиональных навыков;
- ограничения активности и участия в значимых для пациента событиях частной и общественной жизни;
- факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса.

Как видно из данного перечня, большинство из выделенных параметров предполагает участие клинического (медицинского)¹ психолога при их оценке. Этот момент также нашел отражение в данном При-

¹Во всех нормативных документах Министерства здравоохранения РФ в перечне специалистов, работающих с больными, обозначены медицинские психологи, как специалисты, которые в соответствии с полученным образованием допускаются к решению задач психологической диагностики и оказания психологической помощи больным; тогда как в реестре специальностей, согласно которому ВУЗы осуществляют подготовку специалистов, значится специальность «клиническая психология». В данной статье обозначенные категории рассматриваются как синонимичные.

казе. В тексте Приказа обозначено, что все реабилитационные мероприятия в рамках медицинской реабилитации реализуются при взаимодействии врачей – специалистов по профилю оказываемой медицинской помощи, врача – терапевта участкового, врача – педиатра участкового, врача по медицинской реабилитации, врача по лечебной физкультуре, врача-физиотерапевта, а также медицинского психолога.

Однако какой должна быть психологическая реабилитация онкологических больных? И какие задачи должны решать клинические психологи при осуществлении реабилитационных мероприятий?

Целью данной статьи является обоснование общих методологических принципов организации психологической реабилитации онкологических больных, как важнейшей составляющей реабилитационного процесса, включающего применение медицинских, социальных и психологических методов; а также выделение и обоснование основных задач, решаемых клиническими психологами в системе медицинской реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями.

Культурно-исторический подход как методологическая основа психологической реабилитации

Участие в реабилитационной работе и оценка динамических параметров психической деятельности в связи с проводимым лечением и восстановительными мероприятиями относятся к числу основополагающих практических задач, которые призваны решать клинические психологи в медицине, в соответствии в действующими не только в нашей стране, но и во всем мире профессиональными стандартами. Участие в решении этих задач отвечает запросам, формулируемым со стороны практической медицины, и онкологии в частности.

Готовность к участию в решении практических задач, которые ставит перед психологией медицина, обусловлено методологической зрелостью психологии как науки на современном этапе развития научного знания. По мнению специалистов в области философии науки, с середины XX века и по настоящий момент мировая наука переживает состояние выраженного «парадигмального сдвига». Его сущность заключается в осознании необходимости подходить к изучаемым объектам как к открытым саморазвивающимся системам² [16, 23, 26, 27, 32]. Следовательно, соответствующими современным научным стандартам во всех областях научного знания сегодня могут быть признаны те модели и концепции, которые демонстрируют «методологическую готовность» к освоению открытых саморазвивающихся систем, что является важнейшим признаком соответствия научной концепции критериям постнеклассической модели научной рациональности [26, 27]. Применительно к анализу психологического знания, речь идет о методологической готовности психологических моделей и концепций к рассмотрению системы психического в качестве открытой саморазвивающейся

системы [3, 11, 15]. В случае реабилитации больных с соматической патологией – это представление о пациенте в его психосоматическом единстве как об открытой саморазвивающейся системе, а также представление о самом реабилитационном процессе как об открытой саморазвивающейся системе [12, 13, 14, 46, 47, 48, 49].

В последнее время в философии науки стала общепризнанной классификация научных подходов, в которой обосновывается выделение классического, неклассического и постнеклассического типов (и этапов) развития научного знания: [16, 26, 27, 28]. В работах В.С. Стёпина обосновывается, что при переходе от классической науки к неклассической и, затем, к постнеклассической, меняются научные картины мира, идеалы и нормы науки, а также ее философско-мировоззренческие основания, специфика которых составляет основу для выделения критериев типов научного знания, в качестве которых выступают:

- особенности системной организации исследуемых объектов и типов картины мира;
- особенности средств и операций деятельности, представленных идеалами и нормами науки;
- особенности ценностно-целевых ориентаций субъекта деятельности и рефлексии над ними, выраженные в специфике философско-мировоззренческих оснований науки.

Для изучения объектов, представляющих собой простые системы, классическая наука является достаточной; неклассическая наука осваивает сложные саморегулирующиеся системы, постнеклассическая – сложные саморазвивающиеся системы. Каждый тип объектов исследования предполагает соответствующую ему схему метода познавательной деятельности, выраженной в особом понимании идеалов и норм исследования, связанных с объяснением, описанием, обоснованием и построением научного знания. Идеалы и нормы науки, в свою очередь, также претерпевают существенные изменения при переходе от классической науки к неклассической и, далее, к постнеклассической.

Разные типы (уровни развития) научного знания часто сосуществуют на одном историческом этапе, однако приоритетность направлений развития научного знания всегда определяется готовностью научной концепции или модели (в психологии и медицине в том числе) работать с объектами наиболее сложных типов, из перечня возможных [16, 26, 27].

Культурно-историческая концепция развития психики Л.С. Выготского и созданная в рамках этой теоретической парадигмы методология психологического синдромного анализа (школа Выготского-Лурии) обладают целым рядом признаков методологического соответствия постнеклассической модели научной рациональности [12, 13, 14, 40, 42, 47].

Представление о психике как об открытой саморазвивающейся системе присутствует в следующих базовых постулатах культурно-исторической концепции развития психики:

- положение о социальном характере сознания и высших психических функций (ВПФ) и положение об опосредствовании ВПФ в процессе развития;
- представление об интериоризации как важнейшем механизме развития психики;
- положение о возможности преодоления оппозиции «внутреннего» и «внешнего» в системе психики

²Наиболее полное описание саморазвивающихся систем как философской категории представлено в работах В.С. Стёпина. «...Эти системы способны от одного типа саморегуляции переходить к другому типу саморегуляции. Им свойственна эволюция, историческое развитие... Они способны усложняться в процессе развития, наращивать уровни иерархической организации элементов, причем формирование каждого нового уровня оказывает обратное воздействие на уже сложившиеся, перестраивает их...» [26, с. 5–12].

- ческого: социальное (внешнее) и индивидуальное (психологическое, внутреннее) понимаются как два аспекта одной психической функции;
- представление о том, что возникающая в контексте социального взаимодействия психологическая система является при этом и системой психофизиологической;
 - представление об общей логике процесса психического развития как процесса самонастраивания и самоорганизации системы, в процессе которого накопление индивидуального и социального опыта приводит к изменению структурных параметров психофизиологической системы;
 - формулировка принципа системного строения ВПФ;
 - формулировка принципа динамической и хроногенной организации и локализации ВПФ;
 - представление о психологическом синдроме как о структуре, представленной совокупностью каузально связанных разноуровневых симптомов; представление о первичных и вторичных симптомах, как различных по природе феноменах: вторичные симптомы, в отличие от первичных, являются сугубо психологическими по природе и механизмам возникновения и, в силу этого, в большей степени подвержены возможностям психологического воздействия;
 - представление о необходимости выделять в процессе психологической диагностики не только первичные и вторичные симптомы, но и признаки нарушений и признаки адаптации и компенсации; указание на то, что «...дефект есть не только минус, недостаток, слабость, но и плюс, источник силы...» [6, с. 39], и что «...одновременно с дефектом даны ... компенсаторные возможности для преодоления дефекта...» [6, с. 40];
 - представление о «кризисах развития» как источнике «движущих сил» развития личности.

На наш взгляд, в обозначенных тезисах отчетливо прочитываются такие признаки саморазвития системы психического, как адаптивная целостность, необратимость развития, возможность «выхода» системы за пределы границ уровня развития и необходимость переходов на качественно новый уровень функционирования в процессе саморазвития, а также способность к самоорганизации и самонастраиванию.

Таким образом, культурно-историческая концепция развития психики Л.С. Выготского, в ее приложениях к клинической психологии, обладает целым рядом признаков, наличие которых позволяет обоснованно относить ее к постнеклассическому типу научной рациональности. Следовательно, культурно-историческая концепция развития психики может рассматриваться в качестве релевантной методологической основы для решения теоретических и прикладных задач в области клинической психологии, а также в междисциплинарных клиничко-психологических исследованиях на современном этапе развития научного знания.

Начиная с 80-х гг. XX в. и по настоящее время в работах отечественных клинических психологов, выполненных в методологических традициях концепции Л.С. Выготского, обосновывается и получает все новое содержательное наполнение гипотеза о возможности подхода к пониманию телесности человека как к явлению, имеющему культурно-историческую детерминацию [1, 10, 21, 22, 29, 30, 31] и о том, что

«...развитый психосоматический феномен ... приобретает черты высших психических функций (ВПФ): социальность, опосредствованность, принципиальную возможность произвольного контроля. С этой точки зрения аномалии телесного, психосоматического функционирования могут возникать как деформация самого пути социализации телесных феноменов и отдельных системных характеристик их социопсихологической регуляции...» [20, с. 52].

Обозначенные выше теоретические и методологические тезисы рассматриваются нами в качестве продуктивного теоретико-методологического базиса при создании системы психологической реабилитации больных с соматическими заболеваниями, в частности – онкологических больных.

При подходе к рассмотрению реабилитации с позиций культурно-исторической концепции, как концепции, соответствующей принципам постнеклассической рациональности, методологически некорректно и недостаточно рассматривать в качестве цели реабилитации восстановление отдельных функций, что типично для классической психологии и медицины. Также методологически неверными были бы попытки специалистов «обеспечить условия для создания и поддержания пациентом состояния адаптивного равновесия» в процессе симптоматической психотерапии, а также обучая его приемам нервно-мышечной релаксации и аутотренинга. Эти задачи, опирающиеся в лучшем случае на принципы саморегуляции, характеризуются относительной фрагментарностью, поскольку не учитывается задача реинтеграции пациента в социум в единой системе сложных разноуровневых составляющих жизнедеятельности. Их пытаются решать неклассическая психология и медицина, объектом изучения которых являются саморегулирующиеся системы.

В рамках постнеклассической методологии в качестве цели реабилитации рассматривается создание психологически обоснованных условий для потенцирования активного самостоятельного продуктивного развития личности в новых, специфических, ограниченных болезнью условиях. При этом мы апеллируем к представлениям о «кризисах развития» как источнике «движущих сил» развития личности, разработанных в трудах Л.С. Выготского и его последователей. С точки зрения современного прочтения Выготского можно сказать, что в момент кризиса (в качестве кризиса на пути развития личности может рассматриваться постановка онкологического диагноза) прежняя организованность системы (человека в его психосоматическом единстве) нарушается, система становится максимально неустойчивой, в результате чего создаются условия для выбора путей развития системы: устремленность системы к переходу на более высокие уровни развития, где будут сохранены все позитивные результаты, полученные на более ранних этапах становления, что обеспечит реализацию новых адаптационных ресурсов. В противоположном случае возможен иной вариант саморазвития: система пойдет по пути упрощения, разрушения и гибели в качестве сложной самоорганизации («уход в болезнь» → снижение «качества жизни» и нарушение адаптации → общее утяжеление симптоматики и т.д.) [12, 13, 14]. Выявление внешних и внутренних психологических детерминант, обуславливающих появление позитивных психологических новообра-

зований и возможность перехода системы на качественно новый уровень функционирования, должно составлять важную задачу психологической диагностики. Допустимо предположить, что включенность психологических факторов в психосоматический синдромогенез именно в критические моменты будет обеспечивать максимальный модулирующий эффект, как позитивный, так и негативный [14].

Данные теоретические тезисы должны выступить в качестве основополагающих при определении и обосновании задач, которые могут и должны решаться клиническим психологом, включенным в реабилитационную бригаду.

Все сказанное с необходимостью предполагает разработку системы реабилитации, соответствующей требованиям, выдвигаемым современной наукой и направленной на формирование у пациентов сознательного и активного участия в реабилитационных мероприятиях.

Основные задачи клинического психолога при реабилитации онкологических больных

Процесс реабилитации, направленный на возможно полное и раннее возвращение больного к труду и полноценной жизни, преодоление последствий болезни, функциональных нарушений и послеоперационных осложнений, в соответствии с обозначенными выше в тексте данной статье теоретико-методологическими тезисами, 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. Иными словами, реабилитация – это активный процесс, в котором больной выступает не просто «потребителем» лечения, а партнером и активным участником лечебно-восстановительных мероприятий.

Следовательно, в перечне задач, решаемых клиническими психологами при реабилитации онкологических больных, в качестве основополагающей должна быть обозначена задача взаимодействия психолога с профильным врачом и другими специалистами – участниками реабилитационного процесса – на предмет определения основных целей и выработки конкретных задач реабилитации, с учетом индивидуально-личностных особенностей и актуального эмоционального состояния пациента. В этой связи, задача диагностики индивидуально-личностных особенностей больного и оценка его актуального эмоционального состояния выходит на первый план. Без решения этой задачи дальнейшее продвижение в направлении достижения целей реабилитации невозможно.

Согласно современным представлениям о сущности медицинской реабилитации и порядке проведения восстановительного лечения, реабилитационные мероприятия должны начинаться на диагностическом этапе, продолжаться в условиях стационара и по выписке их него [8, 25]. В поле зрения психолога эти пациенты также должны попадать уже на диагностическом этапе. Психологические коррекционные мероприятия и психотерапия также должны начинаться как можно в более ранние сроки. При этом

следует ориентироваться не только на уже сформировавшиеся патологические симптомы, но и на ожидаемые. В этом плане, коррекционная работа должна быть превентивной.

Обращаясь к понятию «личность», как к наиболее значимой психологической категории в обсуждаемом в данной статье контексте, мы вкладываем в него значение, утвердившееся в работах школы Выготского-Леонтьева. Согласно представлениям А.Н. Леонтьева, основу личности составляет иерархически организованная структура мотивов [17]. Следовательно, при анализе особенностей личности исследование особенностей мотивационной сферы субъекта должно выступить в качестве центрального звена анализа³. В этой логике, психологической основой ориентации больного на продуктивную социальную жизнь, успешную адаптацию в социуме является активация его мотивационной сферы, ценностных ориентаций, создание адекватных социальных и трудовых установок. Здесь мы сталкиваемся с наиболее важным моментом изменений личности при онкологических заболеваниях. Эти изменения есть результат развития в условиях кризисной ситуации. Объективная ситуация наличия тяжелого, смертельно опасного заболевания приводит к изменению «позиции» больного, его мироощущения, в ряде случаев – краху жизненных ожиданий.

Специфическая ситуация тяжелой болезни, подкрепленная существующими в культуре и обыденном сознании представлениями об онкологических заболеваниях как о витально опасных, которые являются прочно устоявшимися, несмотря на интенсивное развитие медицины, актуализирует у онкологических больных мотив «сохранения жизни», который может стать главным смыслообразующим и побудительным мотивом их деятельности. Доминирование в мотивационной структуре единственного мотива – уже само по себе показатель определенной «обедненности» личностной структуры и наличия личностных изменений. Известно, что чем больше смыслообразующих мотивов в структуре личности, тем выше личностный потенциал в преодолении жизненных проблем.

При обеднении мотивационной сферы и доминировании мотива сохранения жизни все остальное начинает казаться пациентам бессмысленным, не имеющим самостоятельной ценности; все, к чему они стремились раньше, чего добивались с трудностями и усилиями, отходит на второй план. Необходимыми и осмысленными кажутся только формы деятельности, связанные с лечением и отвечающие потребности физического существования. Реально действующие ранее мотивы теряют свою побудительную силу, переходя в разряд целей в структуре главного, ведущего мотива – мотива сохранения жизни. Привычные формы деятельности при сохранении своего внешнего вида меняют внутреннее содержание, наполняясь новым, связанным с болезнью, смыслом. Так, работа может стать способом отвлечения от болезни, физкультура – методом лечения, пища – диетой. При антагонизме мотива «сохранения жизни» и ранее действовавших мотивов, последние теряют актуаль-

³Специалисты в области психологии личности отмечают, что это звено описывается в качестве центрального практически во всех концепциях личности: от психоаналитических моделей до экзистенциалистских [2].

ность, лишаются смысла. Деятельность из полимотивированной в норме становится весьма бедно мотивированной, что проявляется как в реальной жизни больного, так и в клинической картине личностных изменений.

Замкнутость, отчужденность, обеднение эмоциональной сферы, пассивность онкологических больных, описанные в клинических и психологических исследованиях, в значительной степени обусловлены сужением круга актуальных мотиваций, новым их смыслом для больного. Доминирование ведущего мотива «сохранения жизни» придает особую специфику всей психической жизни больного, накладывает отпечаток на особенности восприятия, мышления, перестраивает систему ценностей, все его мироощущения. Больные сами отмечают, что «все стало другим», «теперь я ко всему по-другому отношусь». То, что раньше радовало, привлекало, казалось важным, теряет свою привлекательность, лишается смысла, зато появляются ранее несвойственные интересы, повышенная эгоистичность. Больные становятся более равнодушными, сужается диапазон событий, представляющих для них эмоциональную значимость.

Ограничиваются контакты с окружающими людьми. Творческая активность сменяется стремлением к стереотипному выполнению работы. И к себе, и к окружающим больные становятся менее требовательными, при мелочности и желании опеки. Доминирование мотива «сохранения жизни» ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению жизненной активности больного, если такая жизнь противоречит этому мотиву, либо к формированию нового смысла привычной деятельности, если она включается в структуру мотива в качестве цели. Это приводит к возникновению самых разнообразных «уходов»: в болезнь, в работу, в семью, в общественную деятельность.

Исходя из этого, можно утверждать, что психотерапия онкологических больных должна иметь мотивационную направленность. Психотерапевтические усилия необходимо направить на развитие мотивационной сферы пациента, чтобы мотивы, утратившие побудительную силу и перешедшие в разряд целей деятельности, как это происходит в случае грубых личностных изменений, вновь обрели собственную побудительную силу по механизму «сдвига мотива на цель» [8, 17]. Это явление и должно стать основой программы психологической реабилитации. Совершенно бесполезно призывать больного к активной жизни, общественно полезному труду, социальной активности, если активная деятельность лишена для больного смысла. Бесполезно предлагать пациенту «не обращать внимания» на калечащие последствия болезни и лечения. Необходимо использовать тот самый механизм искажения мотивации, который приводит к грубым личностным изменениям, обратив его на благо больного. Нужно помочь больному создать новый смысл жизни, новые цели, сделать их не просто «знаемыми», а реально действующими. Для больного должна быть сформулирована цель реабилитационной программы, предложена модель его возможного будущего, при этом основанная не на абстрактных рекомендациях, а созданная с учетом характерологических, личностных качеств, сохраненных звеньев его мотивационной сферы и использования личностно значимых целей.

В случае нарушения правильного соотношения целей реабилитационных программ и индивидуальных целей больных реабилитационные мероприятия теряют личностный смысл и тогда появляется когорта «немотивированных» больных, плохо поддающихся восстановительному лечению, склонных к созданию «рентных» установок, когда больной начинает извлекать «пользу» из своего состояния, удовлетворяется полученной инвалидностью и требует особого отношения к себе со стороны медперсонала и близких.

Психологические трудности, с которыми сталкиваются онкологические больные, связаны не только с угрозой жизни. Проведенное лечение, операции, изменяющие внешность и системы жизнеобеспечения, ставят перед пациентами профессиональные, бытовые, семейные и другие проблемы. Их значимость определяется субъективно и во многом задается социальными стандартами и стереотипами культуры. В качестве примера могут быть названы угроза женственности и боязнь нарушения супружеских отношений после мастэктомии, страх быть отвергнутым семьей и обществом после колостомии, которые начинают доминировать в структуре переживаний.

Восстановительное лечение, связанное с управлением механизмами адаптации больного и активацией личностных ресурсов, должно строиться, прежде всего, с учетом изменения мотивационной структуры пациента, и в психокоррекционной работе нужно ориентироваться на формирование таких целей, которые в дальнейшем, становясь мотивами, будут способствовать возвращению больного к активной и полноценной жизни. Другой задачей должно стать корректирование целей, приводящих к патологическому развитию личности, «уходу в болезнь».

Помимо гипернозогнозии, с ипохондрическими переживаниями и «уходом в болезнь», вторым полярным вариантом внутренней картины болезни⁴ (ВКБ) онкологических больных является гипонозогнозия (и даже анозогнозия), которые отражают отношение к болезни через снижение соответствующих переживаний, недооценку значимости заболевания (или полное его отрицание) и убежденность пациента в возможности самостоятельно справиться с недугом. Для таких больных характерно несвоевременное обращение за медицинской помощью, необращение за профессиональной психологической помощью, невыполнение медицинских рекомендаций, отказ от долгосрочной терапии и восстановительного лечения.

Диагностика особенностей ВКБ является важной составляющей при клинико-психологическом обследовании больного, поскольку именно у пациентов с неадекватными вариантами ВКБ возникает наибольшее количество не только психологических, но и клинических проблем на всех этапах лечебно-восстановительного процесса. Кроме того, динамическая оценка особенностей ВКБ больного позволяет получить важную информацию о динамике состояния больного в связи с проводимыми лечебно-восстановительными мероприятиями [19, 30].

⁴Внутренняя картина болезни – это «... все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, всё то, что связано для больного с его приходом к врачу, – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм...» [18, с. 38].

Таким образом, диагностика особенностей ВКБ, а также выделение факторов, влияющих на становление ВКБ конкретного больного, должно выступить важнейшим пунктом в системе динамической психологической диагностики онкологических больных. Именно ВКБ, по мнению исследователей, является тем психологическим конструктом, который наиболее полно и наиболее точно отражает динамику отношения пациента к заболеванию и проводимому лечению, а также динамику личностных изменений пациента в процессе болезни [19].

В числе факторов, способствующих восприятию ситуации заболевания в качестве критической и возникновению специфических неадекватных вариантов ВКБ, как наиболее значимые обычно описываются следующие:

- объективно и субъективно тяжелые проявления основного заболевания, неблагоприятный прогноз, тяжелые операции, длительные курсы химио- и лучевой терапии, малоразработанные методы лечения для некоторых форм онкологических заболеваний;
- возникновение ограничений в бытовой и профессиональной сферах, существенно снижающих «качество жизни» больных; возможность сохранить трудовой статус при наличии возникшего заболевания;
- деонтологические аспекты организации медицинской помощи и социальной поддержки;
- существующие в социуме представления об онкологических заболеваниях как о неизлечимых;
- преморбидные индивидуально-личностные особенности больных;
- специфика социальных связей и семейных отношений пациентов, широта социальных сетей, качество социальной поддержки [19].

Для определения прогноза приверженности больного лечению, активности его включения с систему не только психологической, но и медицинской реабилитации, необходимо учитывать специфику ВКБ больного и специфический вклад всей совокупности обозначенных факторов на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса.

Диагностика ВКБ больного, его эмоционально-личностных особенностей, а также качества социальных отношений и социальной поддержки – специальная профессиональная психологическая задача, которая должна квалифицированно решаться медицинскими психологами: в подавляющем большинстве случаев истинная область внутриличностного конфликта, подлинный источник переживаний бывают скрыты от самого больного и не могут быть раскрыты в клинической беседе.

В психологической диагностике онкологических больных используются методы, заимствованные из классической патопсихологии [9, 24]. Экспериментально-психологическое исследование – это оценка больного в некоторых стандартных ситуациях. Решение экспериментальных задач дает представление о психической жизни больного, а результаты могут быть интерпретированы значительно шире, чем рамки содержания самого теста. Необходимость применения экспериментальных методов заключается в том, что в клинической беседе не всегда можно выделить и правильно оценить имеющиеся у больных расстройства психических функций. В онкологической клинике это особенно важно, учитывая стертый и нерезко выраженный характер патологической

симптоматики и трудности получения объективного анамнеза. Результаты экспериментально-психологического исследования дополняют и углубляют клиническую картину психических отклонений, выявляя разные ее аспекты. Как и любая формализованная процедура, эксперимент беднее реальной картины, однако эти недостатки искупаются возможностями более углубленного анализа, свободного от посторонних, «шумовых» воздействий и субъективизма исследователя.

Нейропсихологическое и патопсихологическое исследование когнитивных функций – памяти, внимания, мышления – позволяет оценить продуктивность психической деятельности больного, объем ее ресурсов, работоспособность, выявить нарушения протекания психических процессов, степень выраженности и характер когнитивного снижения. Кроме прямых результатов – оценки познавательной деятельности – методики используются для косвенной оценки личностных особенностей больного. При нейропсихологическом и патопсихологическом обследовании обращается внимание на «позицию» больного, его отношение к эксперименту, возможности усвоения и принятия инструкции, критичность при оценке успешности выполнения заданий [9, 24]. Результаты, полученные при применении методов нейропсихологического и патопсихологического исследования, как правило, могут быть выражены в цифровых значениях и сравнимы с данными, полученными от других пациентов. Однако, в отличие от неврологии и психиатрии, объем их применения в онкологической клинике все же чаще имеет вспомогательный характер. У онкологических больных редко можно встретить изолированные расстройства психических функций при интактности мозга, а значимые для них проблемы и ситуации, являющиеся основным ядром психологического конфликта и причиной возникновения личностных нарушений, трудно смоделировать в экспериментах такого рода.

Использование опросников (ММРП, Айзенка, Кетелла, Спилберга и др.) позволяет в короткое время оценить психическое состояние больного в синдромальных категориях. Достоинство этих методов – стандартизированная форма предъявления и обработки, формализованные способы оценки. Эти методики достаточно просты и удобны в обращении, компактны. Однако их применение ограничивается вследствие высоких требований, которые они предъявляют к вербальному интеллекту испытуемых, их способностям к самоотчету, добросовестности и стремлению к объективной оценке. Кроме того, общие принципы, положенные в основу построения таких опросников, вытекают из не всегда приемлемых и убедительных теоретических положений, а полученные результаты описываются в системе жестких, заранее выделенных категорий, затрудняющих их интерпретацию с других теоретических позиций.

Значительно больший интерес в онкологической клинике представляют проективные методы исследования личности, вскрывающие глубинные конфликты, скрытые переживания и позволяющие превратить само обследование в психотерапевтический процесс. В проективных тестах анализируется, как больной конструирует объект или ситуацию из неоднозначных и неопределенных стимулов, таких, как например, чернильные пятна. В условиях неопределенности реакция

больного в большей степени зависит от его собственных потребностей, отношения к миру, способа его упорядочивания, страхов и опасений, чем от самого материала теста. Вследствие этого целью применения проективных методов является не учет стандартных реакций, а анализ индивидуальных особенностей. К числу наиболее эффективных в онкологической клинике проективных методов диагностики личности можно отнести тест Роршаха, Тематический апперцепционный тест, тест Розенцвейга, Семантический дифференциал. Проективные методы просты для испытуемого, но очень трудоемки для экспериментатора. Их грамотное применение требует очень высокой квалификации. Недостатки проективных тестов – субъективизм интерпретации, недостаточные возможности использования строгих формальных критериев. Однако эти недостатки искупаются богатством возможностей и глубиной анализа в руках опытного психолога.

Каждый из перечисленных методов психологической диагностики имеет собственные достоинства и при планировании исследования необходимо подобрать их таким образом, чтобы они дополняли друг друга и компенсировали недостатки. Выбор методов всегда определяется конкретной задачей, которую ставит клиническая практика. При решении экспертных задач, оценке функционального состояния психики больного более приемлемы стандартизированные методы исследования, использование которых дает возможность количественной оценки признака; при решении психотерапевтических – проективные.

Опыт многолетних исследований, выполненных в отечественной клинико-психологической школе, показал, что сочетанное использование методов качественного анализа и количественной оценки в рамках процедуры клинико-психологического исследования, подчиненное методологическим требованиям психологического синдромного анализа (школа Выготского-Лурии), является методологически продуктивным при исследовании как когнитивных, так и эмоционально-личностных особенностей больных с хроническими соматическими заболеваниями.

Знание психологических особенностей больного является не менее важным при разработке индивидуальных программ медицинской реабилитации пациентов, чем его клинический диагноз. На основании данных психологической диагностики появляется обоснованная возможность выделить пациентов с риском психологической и социальной дезадаптации и предрасположенностью к возникновению личностных реакций и психических расстройств в стрессовой ситуации. На основании этих данных могут быть выделены пациенты, нуждающиеся в специальной психологической помощи: в психологическом консультировании и психотерапевтическом сопровождении. Наконец, по результатам психологической диагностики определяются формы и методы психотерапии конкретного больного.

В большинстве случаев пациентам показана групповая психотерапия. Врачи и психологи, работающие с больными, знают, что нередко пациенты спонтанно образуют микрогруппы с откровенными взаимоотношениями и взаимной поддержкой. Известно, что в группе эффективнее осуществляется правильная социальная ориентация личности, повышается ее активность. Однако грамотный подбор состава пси-

хотерапевтической группы и определение формата работы группы, а также поиск из числа болеющих и из числа пациентов с успешной ремиссией «добровольцев», подобранных таким образом, чтобы они могли выполнять роль «позитивного лидера» в группе – специальная и достаточно сложная психологическая задача. Эта задача является крайне важной в контексте решения реабилитационных задач, поскольку эффективная групповая психотерапия позволяет начинать ресоциализацию больного уже в клинических условиях.

В рамках решения реабилитационных задач должны быть определены возможности дальнейшей профессиональной деятельности пациента, либо, при невозможности таковой, предложен тот круг общественно-полезных деятельностей, который мог бы заменить больному трудовые отношения: работа в семье, забота о близких и т. п. В идеальном случае реабилитация должна завершаться профессиональной переориентацией и профессиональным переобучением. При этом не следует также забывать бытовые, социальные и профессиональные затруднения, с которыми столкнется больной после выписки из стационара.

Реабилитационная программа всегда должна осуществляться бригадой специалистов. Особенно важна в бригаде роль лечащего врача: именно на него больной возлагает свои надежды, его винит в тяжелых ситуациях, и от его опыта, умения, знаний и активности в большой степени зависит успех реабилитационной программы. В этой связи перед медицинским психологом как участником реабилитационной бригады встают особые задачи. В их числе прежде всего – задача оптимизации отношений между врачом и больным и между врачом и членами семьи пациента, а также помощь врачу в решении вопросов, сложных с деонтологической точки зрения.

Проблема сообщения онкологическим больным их диагноза относится к числу таких вопросов и широко обсуждается в медицинской и психологической литературе в последнее время [4, 34, 35, 37]. Можно столкнуться как с диаметрально противоположными точками зрения на вопрос о целесообразности и характере сообщения пациенту диагноза, так и с их компромиссным объединением в виде указания на «индивидуальный подход». При этом часто бывает непонятно, на что нужно ориентироваться при таком индивидуальном подходе. Тактика чаще всего базируется на собственном опыте врача, а общие принципы основываются, хотя и не всегда очевидно, на некоторых представлениях об особенностях осознания заболевания онкологическими больными и о влиянии такого осознания на психическое состояние больного. Эти представления зачастую носят эмпирический характер.

Основным аргументом сторонников сообщения диагноза, если исключить немедицинские соображения, является то, что, по их мнению, неопределенность, в которой оказывается больной относительно своего заболевания, несоответствие получаемой информации и самочувствия влечет за собой высокую эмоциональную напряженность, тревожность, значительно усугубляющих его психический статус. Это действительно так, однако было бы наивно предполагать, что в современном обществе интеллектуально сохранный человек, направленный на лечение в онко-

логическое учреждение, не станет думать, что у него рак. Неумелое категоричное отрицание этого факта со стороны врача вызывает недоверие и создает напряженную обстановку, так как больной начинает сомневаться в компетентности врача или считает, что врач недооценивает его интеллект [8]. Вместе с тем, умолчание в этом вопросе создает вокруг онкологических заболеваний ореол фатальности. Отмечается также, что подобная ситуация в кругу семьи больного, как правило, знающей диагноз, ухудшает взаимный контакт и делает больного еще более одиноким [35, 37].

Другой крайней точкой зрения является тенденция ни при каких обстоятельствах не сообщать больному истинного диагноза, с тем чтобы уберечь его от травмирующего воздействия и оставить надежду на выздоровление. Психологической основой возможности такого подхода является давно отмеченные клиницистами как часто встречающиеся факты анозогнозического отношения к болезни. По мнению исследователей, в основе анозогнозии лежит процесс вытеснения, обеспечивающий психологическую защиту больного [8, 38, 39, 43]. Однако это не объясняет всей феноменологии осознания болезни у онкологических больных.

Так, еще в 1972 г. А. Реск провел исследование степени информированности онкологических больных о своем диагнозе. При тщательном опросе он выявил, что менее 10% больных при поступлении в клинику не знали своего диагноза. Остальные были хорошо информированы, но избегали говорить о своей болезни. Большинство больных пришли к соответствующим выводам самостоятельно на основе диагностических процедур [8]. Тот факт, что такое большое количество больных знали свой диагноз, противоречит представлению об анозогнозичности; однако то, что больные избегали активно обсуждать свое заболевание и не пытались пополнить или проверить свои знания, полученные самостоятельно и, очевидно, недостаточно полные, не очень хорошо согласуется с тем, что неопределенность автоматически приводит к отрицательным эмоциональным переживаниям. Следует, по-видимому, предположить, что неопределенность может нести и защитные функции. В сущности, сообщение больному его диагноза не снимает неопределенности, а переносит ее в другую, еще более важную сферу: в неопределенность прогноза, который в онкологии не может быть окончательным и достаточно определенным. И, видимо, с психологической точки зрения в такой ситуации лучше, если больной будет не до конца знать, что с ним, чем, зная это, будет думать о том, сколько ему осталось жить.

Показано, что объем конкретных знаний о характере своего заболевания, их точность, соответствие объективной картине заболевания, зависят в основном от уровня и характера образования, длительности заболевания и индивидуального опыта, приобретенного либо в результате собственного заболевания, либо общения и ухода за другими больными. Степень выраженности осознания тяжести происходящего и ее индивидуальные варианты существенно определяются преморбидными особенностями личности больного. Так, показано, что наибольшая величина диапазона изменения оценки здоровья отмечается у больных с истероидным и психастеническим преморбидом [8, 30].

Сообщение диагноза больному и его родным – сложная задача, от корректности решения которой во многом будет зависеть успех проводимых реабилитационных мероприятий. Возможность корректного и деонтологически верного решения этого вопроса возможно только на основании данных диагностики эмоционально-личностных и когнитивных особенностей больного, а также особенностей семейных отношений и качества социальной поддержки, – то есть той информации, которая может быть получена в специально организованном психологическом обследовании, которое должно быть адресовано в этом случае не только самому больному, но также членам его ближайшего социального окружения. В этом случае оценке подлежат социально-психологические параметры.

Еще одна крайне сложная с психологической и с деонтологической точек зрения проблема, встающая перед врачами, психологами и медицинскими сестрами, решающими задачи реабилитации в онкологии, – работа с умирающими больными и членами их семей. Роль грамотной психологической работы в этом случае невозможно переоценить. В этом случае в психологической поддержке нуждаются не только пациенты и члены их семей, но также члены реабилитационных бригад. Психологическая работа, адресованная членам реабилитационных бригад, должна быть направлена прежде всего на предотвращение эмоционального выгорания, а также других эмоционально-личностных нарушений и профессиональных деформаций. Эту задачу должен решать медицинский психолог.

И, в заключение, обозначим еще одну задачу клинического психолога в реабилитационном процессе: это задача профессиональной помощи психолога при решении задач командообразования, формирование реабилитационной бригады, которое должно осуществляться с учетом данных о профессиональных качествах, личностных особенностях и психологической совместимости ее предполагаемых членов.

Две последние из обозначенных задач, несмотря на то, что они не адресованы непосредственно пациентам, являются не менее значимым для достижения целей и задач реабилитации, чем все выделенные ранее: согласно опубликованным данным, врачи, психологи и медицинские сестры, а также социальные работники и другие специалисты, включенные в интенсивное профессиональное общение с тяжело больными и умирающими пациентами, стабильно лидируют в списке наиболее «выгорающих» профессий [5, 36, 44].

Заключение

В данной статье мы постарались показать методологическую готовность клинической психологии к решению практических задач, которые ставит перед ней медицина на современном этапе развития научного знания: к решению крайне актуальной задачи – разработке теоретических основ и определению практических задач психологической реабилитации онкологических больных.

Показано, что культурно-историческая концепция развития психики Л.С. Выготского и созданная в рамках этой теоретической парадигмы методология психологического синдромного анализа (школа Выготского – Лурии) обладают целым рядом признаков методологического соответствия постне-

классической модели научной рациональности. Это аргументирует возможность рассмотрения базовых положений культурно-исторической концепции развития психики в качестве релевантной методологической основы для решения теоретических и прикладных задач в области клинической психологии, а также в междисциплинарных клиничко-психологических исследованиях на современном этапе развития научного знания.

В рамках постнеклассической модели научного знания в качестве цели реабилитации может быть обозначено создание психологически обоснованных условий для потенцирования активного самостоятельного продуктивного развития личности в новых, хотя и ограниченных болезнью условиях, а процесс реабилитации понимается как системная совместная деятельность врача и пациента, направленная на восстановление личностного и социального статуса больного особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность больного лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, а также создание психологически обоснованных условий для развития личности в условиях болезни, с учетом имеющихся ограничений. В рамках данной модели реабилитация – это активный процесс, в котором больной выступает партнером и активным участником лечебно-восстановительных мероприятий.

С учетом подобного понимания реабилитации, нами были выделены задачи, которые должны решаться клиническими психологами при реабилитации больных онкологическими заболеваниями. В числе этих задач следующие:

1. взаимодействие психолога с профильным врачом и другими специалистами – участниками реабилитационного процесса на предмет определения основных целей и выработки конкретных задач реабилитации, с учетом индивидуально-личностных особенностей и актуального эмоционального состояния пациента;
2. диагностика особенностей внутренней картины болезни;
3. выявление сохранных звеньев мотивационной сферы и личностно значимых целей, для определения «реабилитационного потенциала личности» и определения направления мотивационной психотерапии;
4. выявление и корригирование целей, приводящих к патологическому развитию личности и «уходу в болезнь»;
5. диагностика качества семейных отношений, особенностей социальных сетей и качества социальной поддержки;
6. дифференцированный методический подход и подбор адекватных методов и методик;
7. адекватное психотерапевтическое сопровождение пациента;
8. помощь в командообразовании реабилитационной бригады;
9. профилактика эмоционального выгорания и профессиональных деформаций у членов реабилитационных бригад.

Достижение обозначенной цели реабилитации и решение поставленных задач предполагает необ-

ходимость учета ряда методологических принципов, соблюдение которых и обеспечивает возможность удерживать в фокусе внимания личность пациента, его индивидуально-типологические особенности, ценностно-смысловые образования и комплекс отношений: к себе, болезни, окружающему миру.

Одним из ключевых в этом случае является принцип субъектности, т.е. максимального учета «внутреннего пространства» личности, нужд и потребностей пациента, особенностей его самосознания, авторства собственного развития (в данном случае – развития в условиях болезни) – то, что реализуется в клинической практике в индивидуальном подходе и отказе от конвейерных технологий.

Следование принципу системности подразумевает рассмотрение больного человека во всем многообразии и взаимосвязи его проявлений, единстве телесного и психического, с учетом социального контекста, что находит воплощение в известной установке: «лечить не болезнь, а больного». Реализация принцип системности предполагает как учет иерархии уровней психического отражения болезни, так и последовательность и этапность мер при построении диагностических и лечебно-восстановительных процедур. На современном этапе развития научного знания считается признанным, что человек и его психика должны быть отнесены к категории наиболее сложных из известных науке систем – открытых саморазвивающихся систем, и что принципом существования человека является полисистемность [2, 3, 14, 15, 16, 26, 27]. Такое понимание системности предполагает необходимость учета принципа детерминизма, но при этом гносеологически необходимым признается «отход» от линейной детерминации и переход к «вероятностной» и «многофакторной» детерминации, что крайне важно в обсуждаемом контексте.

И, наконец, принцип развития (открытые системы существуют только в развитии), следование которому позволяет рассматривать личность пациента в динамике и с учетом адаптационно-компенсаторных возможностей и внутренних ресурсов. Развитие может идти по пути прогресса либо регресса, но принципиальным для нашего обсуждения является признание того, что при наличии болезни развитие личности продолжается, хотя и осуществляется в специфических, ограниченных болезнью условиях [6, 19, 20].

Все выше сказанное логично подводит нас к необходимости обозначения еще одного принципа, необходимого для эффективной реализации реабилитационного процесса, – принципа партнерства, предполагающего полипрофессиональное сотрудничество специалистов, взаимодействие с самим пациентом и его окружением, для обеспечения полноты терапевтического эффекта при осуществлении реабилитационных мероприятий.

Описанные в данной статье теоретико-методологические основания, методологические принципы, а также цели и задачи психологической реабилитации соответствуют методологическим требованиям современного этапа развития научного знания, а также общей задаче гуманизации медицины и изменения ее основной парадигмы с нозоцентрической на биопсихосоциальную.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Арина Г.А. Психосоматический симптом как феномен культуры. В кн.: Николаева В.В., Тищенко П.Д. (ред.), Телесность человека: Междисциплинарные исследования. М.: Философское общество СССР; 1991. С. 45–54.
2. Асмолов А. Г. Психология личности. Культурно-историческое понимание развития человека. М.: Смысл; 2011.
3. Асмолов А.Г. По ту сторону сознания: методологические проблемы неклассической психологии. М.: Смысл; 2002.
4. Бройтигам В., Крстиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА; 1999.
5. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. М-СПб.: Изд-во «Питер»; 2005.
6. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. Собр. соч.: В 6 т. Т.5. М.: Педагогика; 1983. С. 257–321.
7. Герасименко В.Н. Реабилитация онкологических больных. М.: Медицина; 1988.
8. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных. В кн.: Герасименко В.Н. (ред.), Реабилитация онкологических больных. М.: Медицина; 1988. С. 65–75.
9. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во Московского университета; 1986.
10. Зинченко Ю.П. Клиническая психология сексуальности человека в контексте культурно-исторического подхода. М.: ТК Велби, Изд-во Проспект; 2003.
11. Зинченко Ю.П. Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований. Национальный психологический журнал; 2011; 5 (1): 42–49.
12. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Методология синдромного анализа Л.С. Выготского – А.Р. Лурии и постнеклассическая рациональность. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В. (ред.), Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова; 2012. С. 37–69.
13. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Постнеклассическая методология в клинической психологии: научная школа Л.С. Выготского – А.Р. Лурия. Национальный психологический журнал; 2012; 8 (2): 32–45.
14. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Эвристическая ценность постнеклассических моделей в психосоматике (на примере синдромного подхода Л.С. Выготского – А.Р. Лурии). Вопросы психологии; 2014; 1: 14–27.
15. Ключко В.Е. Закономерности движения психологического познания и проблема метода науки. Методология и история психологии; 2007; 2 (1): 5–19.
16. Князева Е.Н., Курдюмов С.П. Основания синергетики. Человек, конструирующий себя и свое будущее. М.: КомКнига; URSS; 2006.
17. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат; 1975.
18. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина; 1977.
19. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во Московского университета; 1987.
20. Николаева В.В. Клиническая психология телесности. В кн.: Николаева В.В. (ред.), Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов. М.: Академический проект; 2009. С. 49–72.
21. Николаева В.В., Арина А.Г. Клинико-психологические проблемы психологии телесности. Психологический журнал; 2003; 24 (1): 119–126.
22. Николаева В.В., Арина А.Г. Принципы синдромного анализа в психологии телесности. В кн.: Хомская Е.Д., Ахутина Т.В. (ред.), I Международная конференция памяти А.Р. Лурия. Сборник докладов. М.: Изд-во «Российское психологическое общество»; 1998. С. 75–82.
23. Пригожин И. Философия нестабильности. Вопросы философии; 1991; 6: 46–57.
24. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс; 1999.
25. Скворцова В.И., Г.Е.Иванова, Петрова Е.А., Гудкова В.В. Ранняя реабилитация больных с геморрагическим инсультом. В кн.: Скворцова В.И., Крылов В.В. (ред.). Геморрагический инсульт: Практическое руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2005. С. 134–155.
26. Стёпин В.С. Саморазвивающиеся системы и постнеклассическая рациональность. Вопросы философии; 2003; 8: 5–17.
27. Стёпин В.С. Классика, неклассика, постнеклассика: критерии различения // Постнеклассика: философия, наука, культура: коллективная монография. В кн.: Киященко Л.П., Стёпин В.С. (ред.). СПб.: Издательский дом «Мирь»; 2009. С. 249 – 295.
28. Стёпин В.С. Научное познание и ценности техногенной цивилизации. Вопросы философии; 1989; 10: 3–18.
29. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система. Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология; 1993; 1: 3–16.
30. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл; 2002.
31. Тхостов А.Ш., Райзман Е.М. «Забота о теле» как социокультурный феномен. В кн.: Николаева В.В. (ред.). Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов. М., 2009. С. 35–48.
32. Юревич А. В. Методология и социология психологии. М.: Институт психологии РАН; 2010.
33. DeVita VT Jr., Lawrence T.S., Rosenberg S.A. Cancer: Principles and Practice of Oncology. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
34. Holland J., Lewis S. The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty. New York: Harper Collins Publishers, 2000.
35. Ko A. H., Dollinger M., Rosenberg E. Everyone's Guide to Cancer Therapy: How Cancer is Diagnosed, Treated and Managed Day to Day. (5th Edition). Kansas City: Andrews McMeel Publishing; 2008.
36. Leiter, M. P., Bakker, A. B., Maslach, C. (eds.). Burnout at Work: A psychological perspective. NY: Psychology Press, 2014.
37. Life after cancer: survivorship by the numbers. <http://www.pinterest.com/pin/30891947419313292>. AMS. Infographics. 2013.
38. Massie M.J. Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monogr; 2004; 32: 57–71.
39. Meyer T.J., Mark M.M. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. Health Psychology; 1995; 14: 101–108.
40. Mezzich J. E., Zinchenko Y. P., Krasnov V. N. Pervichko, E. I., Kulygina M.A. Person-centered approaches in medicine: clinical tasks, psychological paradigms, and postnonclassical perspective. Psychology in Russia: State of the Art; 2013; 6(1): 95–109.
41. Montgomery C. Psycho-oncology: a coming of age? Psychiatric Bulletin; 1999; 23: 431-435.
42. Pervichko E., Zinchenko Y. EPA-0571 – Postnonclassical Methodology in Modern Psychiatry and Clinical Psychology: Opportunities and Perspectives. European Psychiatry; 2014; 29 (S1): 1.
43. Pirl W.F. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients. J Natl Cancer Inst Monogr; 2004; 32: 32–39.
44. Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A., Cull A., Gregory W.M., Leaning M.S., Snashall D.C., Timothy A.R. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. Br J Cancer 1995; 71 (6): 1263–1269.
45. Sheard T., Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two metaanalyses. Br J Cancer 1999; 80: 1770-80.
46. Zinchenko Y., Krasnov V., Pervichko E., Kulygina M. Russian traditional and postnonclassical psychological perspectives on person-centered mental health care. The International Journal of Person Centered Medicine; 2013; 3 (1): 81–87.
47. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. Nonclassical and Postnonclassical epistemology in Lev Vygotsky's cultural-historical approach to clinical psychology. Psychology in Russia: State of the Art; 2013; 6 (1): 43–56.
48. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. The methodology of syndrome analysis within the paradigm of “qualitative research” in clinical psychology. Psychology in Russia: State of the Art; 2012; 5: 157–184.
49. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I., Martynov A.I. Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapse patients. Psychology in Russia: State of the Art; 2013; 6 (2): 89–102.

REFERENCES:

1. Arina G.A. Psychosomatic symptom as a phenomenon of culture. In: Nikolaev, V.V. Tischenko P.D. (eds.), *Human Physicality: interdisciplinary studies*. M.: philosophical society USSR; 1991. P. 45–54.
2. Asmolov A. G. *Psychology of personality. Cultural and historical understanding of human development*. M: Point; 2011.
3. Asmolov A.G. On the other side of consciousness: methodological problems of non-classical psychology. M: Point; 2002.
4. Brautigam V., Krstian P., Glad M. *Psychosomatic Medicine*. M.: GEOTAR MEDICINE; 1999.
5. Vodopianova N., Starchenkova E. *Burnout Syndrome: diagnosis and prevention*. M-SPb: Publishing House «Piter»; 2005.
6. Vygotsky L.S. Diagnostics development and pedagogičeskā of a hard childhood clinic. *Sobr. op.: B 6 т. T.5. M.: Pedagogy*; 1983. P. 257–321.
7. Gerasimenko V.N. *Rehabilitation of cancer patients*. M.: Medicine; 1988.
8. Gerasimenko V.N., Thostov A.S. Psychological and deontological aspects of rehabilitation of cancer patients. In: Gerasimenko, V.N. (eds.), *Rehabilitation of cancer patients*. M.: Medicine; 1988. P. 65–75.
9. Zejgarnik B.V. *Abnormal Psychology*. M.: Publishing House of the Moscow University; 1986.
10. Zinchenko Y.P. Clinical psychology of human sexuality in the context of cultural-historical approach. M: Velbi, Publishing house Avenue; 2003.
11. Zinchenko Y.P. Methodological problems of fundamental and applied psychological research. *National psychological journal*; 2011; 5(1): P. 42–49.
12. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. Syndromic Analysis Methodology L.S Vygotsky – A.R. Luria post nonclassical rationality. Korsakov N.K., Mikadze U.V. (ed.), *The legacy of A.R. Luria in modern scientific and cultural-historical context: the 110-th anniversary of A.R. Luria*. M: Faculty of psychology of Lomonosov Moscow State University; 2012. P. 37–69.
13. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. Post nonclassical methodology in clinical psychology: school L.S. Vygotsky - A.R. Luria. *National psychological journal*; 2012; 8 (2): 32–45.
14. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. Heuristic value of post nonclassical models in Psychosomatics (on the example of the syndromic approach L.S. Vygotsky - A.R. Luria). *Psychology*; 2014; 1: 14–27.
15. Klochko V. Patterns of psychological knowledge and the problem of the method of science. *Methodology and history of psychology*; 2007; 2 (1): 5–19.
16. Knyazev E.N., Kurdyumov S.P. *Grounds of synergetics. Person that constructs itself and its future*. Moscow: KomKniga; URSS; 2006.
17. Leontiev A.N. *Activities. Consciousness. Personality*. Moscow: Politizdat; 1975.
18. R.A. Lorie *Inner picture of disease and iatrogenic disease*. 4-ed. M.: Medicine; 1977.
19. Nikolaeva V.V. *Impact of chronic disease on the psyche*. M.: Publishing House of the Moscow University; 1987.
20. Nikolaeva V.V. *Clinical Psychology of corporeality*. In: Nikolaeva V.V. (ed.), *Psychosomatics: physicality and culture: a textbook for high schools*. M: Academic project; 2009. P. 49–72.
21. Nikolaeva V.V., Arina A.G. *Clinical-psychological problems of psychology of corporeality*. *The psychological journal*; 2003; 24 (1): 119–126.
22. Nikolaeva V.V., Arina A.G. The principles of psychology in syndromic corporeality. In: Khomskaya E.D., Ahutina T.V. (eds.), (I) *International Conference in memory of A.R. Luria. Collection of reports*. M.: Publishing House «Russian psychological society»; 1998. P. 75–82.
23. Prigogine and. *philosophy of instability. Questions of philosophy*; 1991; 6: 46–57.
24. Rubinstein S.Ya. *Experimental techniques of pathopsychology*. M: Company publishing house EKSMO-Press; 1999.
25. Skvortsova V, Ivanova G, Petrov E, Gudkov V. Early rehabilitation of patients with haemorrhagic stroke. In: Skvortsova V, Krylov V (ed.). *Hemorrhagic stroke: a practical guide*. M: GEOTAR-Media; 2005. P.134–155.
26. Styopin V.S. *Self-advancement and post nonclassical rationality. Questions of philosophy*; 2003; 8: 5–17.
27. Styopin, V.S. *Classics, neklassik, postneklassik: criteria of distinction//Postneklassik: philosophy, science, culture: collective monograph*. In: Kiyschenko I.P., Styopin, V.S. (ed.). Spb: Publishing House «World»; 2009. P. 249–295.
28. Styopin, V.S. *Scientific knowledge and values of the technogenic civilization. Questions of philosophy*; 1989; 10: 3–18.
29. Thostov A.Sh. *Disease as a semiotic system. Vestn. Mosk. UN-Ty. Ser. 14. Psychology*; 1993; 1:P. 3–16.
30. Thostov A.ş. *Psychology of corporeality*. M: Point; 2002.
31. Thostov Aş, Riseiman E. «Body care» as a sociocultural phenomenon. In: Nikolaev V(ed.). *Psychosomatics: physicality and culture: a textbook for high schools.M.*, 2009. P. 35–48.
32. Yurevich A. *Methodology and sociology of psychology*. M.: Institute of psychology of the Russian Academy of Sciences; 2010.
33. DeVita VT Jr., Lawrence T.S., Rosenberg S.A. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2011.
34. Holland J., Lewis S. *The human side of cancer: Living with hope, coping with uncertainty*. New York: Harper Collins Publishers, 2000.
35. Ko A. H., Dollinger M., Rosenbaum E. *Everyone’s Guide to Cancer Therapy: How Cancer is Diagnosed, Treated and Managed Day to Day*. (5th Edition). Kansas City: Andrews McMeel Publishing; 2008.
36. Leiter, M. P., Bakker, A. B., Maslach, C. (eds.). *Burnout at Work: A psychological perspective*. NY: Psychology Press, 2014.
37. *Life after cancer: survivorship by the numbers*. <http://www.pinterest.com/pin/30891947419313292>. AMS. Infographics. 2013.
38. Massie M.J. *Prevalence of depression in patients with cancer*. *J Natl Cancer Inst Monogr*; 2004; 32: 57–71.
39. Meyer T.J., Mark M.M. *Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments*. *Health Psychology*; 1995; 14: 101–108.
40. Mezzich J. E., Zinchenko Y. P., Krasnov V. N. Pervichko, E. I., Kulygina M.A. *Person-centered approaches in medicine: clinical tasks, psychological paradigms, and postnonclassic perspective*. *Psychology in Russia: State of the Art*; 2013; 6 (1): 95–109.
41. Montgomery C. *Psycho-oncology: a coming of age?* *Psychiatric Bulletin*; 1999; 23: 431–435.
42. Pervichko E., Zinchenko Y. EPA-0571 – Postnonclassical Methodology in Modern Psychiatry and Clinical Psychology: Opportunities and Perspectives. *European Psychiatry*; 2014; 29 (S1): 1.
43. Pirl W.F. *Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients*. *J Natl Cancer Inst Monogr*; 2004; 32: 32–39.
44. Ramirez A.J., Graham J., Richards M.A., Cull A., Gregory W.M., Leaning M.S., Snashall D.C., Timothy A.R. *Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians*. *Br J Cancer* 1995; 71 (6): 1263–1269.
45. Sheard T, Maguire P. *The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two metaanalyses*. *Br J Cancer* 1999; 80: 1770–80.
46. Zinchenko Y, Krasnov V, Pervichko E., Kulygina M. *Russian traditional and postnonclassical psychological perspectives on person-centered mental health care*. *The International Journal of Person Centered Medicine*; 2013; 3 (1): 81–87.
47. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. *Nonclassical and Postnonclassical epistemology in Lev Vygotsky’s cultural-historical approach to clinical psychology*. *Psychology in Russia: State of the Art*; 2013; 6 (1): 43–56.
48. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I. *The methodology of syndrome analysis within the paradigm of “qualitative research” in clinical psychology*. *Psychology in Russia: State of the Art*; 2012; 5: 157–184.
49. Zinchenko Y.P., Pervichko E.I., Martynov A.I. *Psychological underpinning of personalized approaches in modern medicine: syndrome analysis of mitral valve prolapse patients*. *Psychology in Russia: State of the Art*; 2013; 6 (2): 89–102.

РЕЗЮМЕ

Целью данной статьи явилось обоснование общих методологических принципов организации психологической реабилитации онкологических больных, как важнейшей составляющей реабилитационного процесса, а также выделение и обоснование основных задач, решаемых клиническими психологами в системе медицинской реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями.

Показано, что культурно-историческая концепция развития психики Л.С. Выготского обладают рядом признаков методологического соответствия постнеклассической модели научной рациональности. Это аргументирует возможность рассмотрения базовых положений культурно-исторической концепции в качестве релевантной методологической основы для решения теоретических и прикладных задач в области клинической психологии, а также в междисциплинарных клинико-психологических исследованиях на современном этапе развития научного знания, в частности, для определения целей и задач психологической реабилитации онкологических больных.

Выделены цель и задачи психологической реабилитации. В качестве цели психологической реабилитации рассматривается создание психологически обоснованных условий для потенцирования активного самостоятельного продуктивного развития личности в новых, хотя и ограниченных болезнью условиях. Процесс реабилитации понимается при этом как системная деятельность, направленная на восстановление личностного и социального статуса больного особым методом, главное содержание которого состоит в опосредовании через личность больного лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий, а также создание психологически обоснованных условий для развития личности в условиях болезни, с учетом имеющихся ограничений. Описаны методологические принципы, соблюдение которых необходимо для достижения обозначенной цели реабилитации.

Ключевые слова: онкологические заболевания, психологическая реабилитация, реабилитационный потенциал личности, психотерапевтическое сопровождение пациента, патологическое развитие личности.

ABSTRACT

The purpose of this article is to study the general methodological principles of psychological rehabilitation organization of cancer patients as an essential component of the rehabilitation process, as well as the selection and justification of the main problems to be solved clinical psychologists in the rehabilitation of patients with cancer.

It is shown that the concept of cultural-historical development of LS Vygotsky have some signs of compliance postnonclassical methodological model of scientific rationality. It argues the possibility of considering the basic provisions of the cultural-historical theory as relevant methodological basis for the solution of theoretical and applied problems in the field of clinical psychology, as well as in interdisciplinary clinical and psychological research at the present stage of development of scientific knowledge, in particular, to determine the goals and objectives of psychological rehabilitation of cancer patients.

Highlighted the purpose and objectives of psychological rehabilitation. As an objective of psychological rehabilitation is to create conditions for potentiating an active, independent productive development of the personality in the new, albeit limited disease conditions. The rehabilitation process is understood as a system with the activities aimed at the restoration of personal and social status of the patient special method, the main content of which is through the mediation of the identity of the patient treatment and recovery actions and activities, as well as the creation of psychologically-based environment for the development of the individual in the face of illness, with effect of the restriction. The article describes the methodological principles which must be followed to achieve the stated purpose of rehabilitation.

Keywords: cancer, psychological rehabilitation, rehabilitation potential individual psychotherapeutic support patient pathological personality development.

Контакты:**Зинченко Ю.П.** E-mail: zinchenko_y@mail.ru