

УДК 159.9

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ИНТЕГРАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

© 2003 Т.З.Биктимиров

Самарский институт общей и клинической психологии и психотерапии,
Ульяновский государственный университет

Современные условия развития психологической науки, ее «приложений», направлений и структурных составляющих формировались на рубеже XX-XXI столетий в их междисциплинарном со- дополнении, разноуровневой внутри - и внепсихологической соподчиненности и интегральном взаи- мообогащении. Практически так же, как психологи вспоминают о степени сопричастности В.М.Бехтерева к психологии, медицине, физиологии, другим его сферам научно-практической дея- тельности, так и медицинские психологи не могут, в настоящее время, определиться с врачами- психотерапевтами в сфере влияния на человеческую психику - кому дана психодиагностика и психо- коррекция, а кому - психодиагностика, психокоррекция и психотерапия. Оставляя неконфликтный вы- ход конфликтной ситуации на будущее, констатируем - прогресс в междисциплинарном внутриспихо- логическом научно-практическом единении всех представителей различных отраслей психологии.

Внепсихологическая конъюгантность многих научных направлений клинической (медицин- ской) психологии, нацеленных на личность, субъект, Человека перспективна в развитии мультидисци- плинарных подходов к познанию его психосоциальности, жизнедеятельности, пассионарности, духов- ности, психологии жизнеспособности, угасания, жизнелюбия, переживания горя и утраты в спектре «психология здоровья, психология болезни, психология умирания и воскрешения духа».

Особо важное значение вышесказанное приобретает в паллиативном подходе (облегчающем, прикрывающем) к проблемам субъекта в паллиативной медицине; паллиативной помощи «обречен- ным» больным с неизлечимыми хроническими, в т.ч. и с онкологическими, заболеваниями, СПИДом и ВИЧ-инфицированностью; разработке научно-теоретической методологической базы паллиативности в клинической и медицинской психологии, медицине и социальной деятельности. Расширение научных исследований происходит на «стыке» мультидисциплинарности и научно-практической деятельности, которые направлены на обеспечение лучшего качества жизни обреченных больных, их близких, а так- же в связи с проблемой сохранения психического, физического благополучия персонала системы хос- писов и, в целом, паллиативной медицины.

В настоящее время приоритетными все в большей степени становятся **меж- дисциплинарные исследования**, и это касается не только психологии, но и всей науки в целом. В психологической науке междисциплинарность реализуется в ис- следованиях нескольких, но, как минимум, трех уровней. Первый- **внутриспихологи- ческий**- подразумевает исследования тех проблем, которые возникают на границах различных ее отраслей ...и в настоящее время уже стали нормой. Говоря о втором- **внешнепсихологическом** - уровне меж- дисциплинарности, подразумевают иссле- дования, пограничные с другими науками: медициной, ..., и т.д. Развитие различных отраслей психологии в качестве специ- альностей в рамках других наук ... можно было бы условно назвать «**внепсихологи- ческим**»[38].

Развитие клинической (медицин- ской) психологии на рубеже XX-XXI сто- летий характеризуется все более нара- тающими и углубляющимися прикладны- ми исследованиями в различных сферах «приложений» психологической науки. Наметилась и определилась четкая тен- денция перехода от изучения отдельных психологических и высших психических функций к оценке личности как системы в общественных отношениях и общении [3,9,60] личностных характеристик паци- ентов (больных), больного Человека при различной соматопсихологической и пси- хосоматической патологии [16,57,67] в конкретных условиях формирования не только внутренней картины болезни, но и внутренней картины здоровья в зависимо- сти от окружающих условий среды и жизне- деятельности.

Особое значение в клинической (медицинской) психологии приобретают комплексные исследования Человека в критических жизненных условиях, обусловленных неизлечимыми заболеваниями (онкологические заболевания, СПИД, ВИЧ-инфицированность, прогрессирующие заболевания центральной и периферической нервной систем, опорно-двигательного аппарата и др.) и состояниями (фрустрированностью, различными формами депрессии, психологической дезадаптацией, социально-личностной и профессиональной деформацией, психогениями и пр.). При некоторых из них, таких как раковые заболевания, диагноз воспринимается как «приговор смерти», синоним смерти с соответствующими культуральными (психологическими, социальными, медицинскими, духовно-религиозными) феноменами переживания смерти, горя, утраты и др.

Психологические механизмы патологического развития личности в условиях соматического заболевания в зависимости от некоторых форм онкологических заболеваний могут быть раскрыты через психологический анализ изменений личности [55].

Анализ изменений личности при хронических соматических заболеваниях и особенностей внутренней картины болезни рассматривался также с позиций культурно-исторической обусловленности развития психики по Л.С.Выготскому [49], которые обуславливают основные психологические феномены изменений личности при хронических соматических заболеваниях, динамику и принципы психодиагностики, влияние хронической болезни на психику, механизмы психологического преодоления последствий заболеваний. Но, как справедливо отмечено в трудах ИП РАН, теория Выготского «относится к проблемам социализации ребенка, но не взрослой личности, ...ее распространение на взрослую личность ведет к абсолютизации социальной детерминации, ... теория была культурологической, ... в ней не было речи о социальном как общественных отношениях, в которые включается личность»[3].

Дальнейшее развитие указанных фундаментальных положений могло бы приобрести еще большее прикладное значение в современных психологических исследованиях при условии их внедрения и широкого применения в практике онкологической клиники и системе комплексной медико-психологической, психосоциальной и духовно-религиозной помощи «обреченным» больным в паллиативной медицине, что и было реализовано в развиваемых системах хосписов и паллиативной медицины, как за рубежом, так и в России. До недавнего времени основной акцент психологической работы в онкологических учреждениях и хосписах приходился на мероприятия, улучшающие качество жизни раковых больных [31,32,33]. Этому вопросу было посвящено множество исследований, в процессе которых, выявленные разнообразные психологические нарушения у болеющих раком, стало возможным объединить в понятие «раковая личность». Разработаны комплексы мероприятий, проводимых онкологическими службами, направленных на работу с такими пациентами [4,11,13,15]. Современный системный медико-психологический подход к разработке адекватной психодиагностики, психокоррекции и психотерапии поведенческих и эмоциональных реакций пациентов в онкологической клинике [14,16,17,19] предполагает изучение особенностей личностного реагирования онкологических больных на болезнь; психологических компенсаторных и защитных механизмов; взаимовлияния микросоциальной среды, семьи и личности, психотерапии семьи; вопросов социальной и психологической реабилитации [24,30,34,35,65].

Паллиативный Уход - The Palliative Care - научно-практическое направление деятельности в зарубежных национальных системах хосписов - онкология и Паллиативная Медицина - новая область (направление) отечественного здравоохранения, призванная (-ое) улучшать качество жизни пациентов, страдающих различными хроническими заболеваниями, и включает в себя медицинскую, социальную, духовную, материальную поддержку не только

больных, но и их родственников (определение редколлегии журнала «Паллиативная медицина и реабилитация», 1998) вышли за рамки онкологической поддерживающей помощи и, в настоящее время, охватывают широкий круг проблем **мультидисциплинарной деятельности в паллиативной медицине** (опред.-Б.Т.З.) крайне нуждающийся в теоретико-методологической базе **междисциплинарных научных исследований**.

Паллиативный подход (франц. palliatif, от лат. pallio- прикрывать, сглаживать) - ослабляющий, облегчающий проявление болезни (и не только болезни) это интегративная междисциплинарная биопсихосоциальная система, обеспечивающая решение психологических, физических, социальных, юридических, деонтологических, духовных, транскультурных и теологических проблем онкологических и неизлечимых больных с хроническими заболеваниями, их близких и родственников в целях всемерного обеспечения лучшего качества жизни личности в обществе [16,18].

Философия паллиативного подхода, реализуемая с позиции «объектный мир человека и его здоровье» и направленная на достижение лучшего качества жизни онкологических и умирающих больных, органично вплетается в канву развития клинической, психологической и социальной антропологии [41,52,62,66].

Достижения в изучении проблем психического здоровья, единства психического как связи личности с ее действительностью; целостный подход к изучению личности, единства ее нервно-психической организации со всеми индивидуальными особенностями; концепция личности В.Н.Мясищева, основанная на конкретных исследованиях нормы и патологии («одна из наиболее теоретически разработанных» по Абульхановой-Славской К.А.) и ее дальнейшее развитие обеспечили развитие научно-методологических подходов к проблеме личности в паллиативной медицине.

Приобретает значение исследование проблемы аутоагрессивных реакций у онкологических больных, психокоррекции и психотерапии онкологических больных

при суицидальном поведении. Динамическая система реабилитации больных распространеными формами онкологических и хронических неизлечимых заболеваний придает большое значение этическим проблемам онкологии и паллиативной медицины (ятрогении, эгтрогении, соррогении, суициду, эвтаназии и др.), а также «эмпатийному потенциалу» врача, психолога, социального работника в диаде «врач-больной», триаде «врач-сестра-больной», т.е. неразрывно связана с «изучением индивидов в целостности их психической жизни, раскрывая, прежде всего, ее (личности - примеч. Б.Т.З.) общечеловеческие качества и свойства»[27,28].

Новым направлением междисциплинарной научной и мультидисциплинарной практической деятельности в сфере изучения психологических, социальных и поведенческих аспектов рака является психоонкология, в которой целью деятельности, в рамках вышеуказанных субспециальностей, является: изучение психологических реакций онкологических больных, членов их семей и ухаживающего персонала; психологических, поведенческих факторов, влияющих на течение заболевания. Развитие междисциплинарных подходов в психоонкологии обеспечивается исследованиями в онкологии, хирургии, терапии, педиатрии, радиотерапии, эпидемиологии, иммунологии, эндокринологии, паллиативном уходе (лечении), реабилитационной медицине, а также психиатрии и психологии, и направлены на максимальное улучшение и обеспечение качества жизни раковых больных. Эти исследования направлены на профилактику стресса и дистресса у обреченных пациентов, членов их семей и персонала, решение этических, кросскультуральных и духовных проблем. Несмотря на значительный вклад отечественных исследователей-онкологов, психологов и клинических (медицинских) психологов, психиатров, психотерапевтов в развитие научных направлений по проблемам психологического и психотерапевтического обеспечения онкологической клиники, хосписной службы и паллиативной медицины, в специальной научной медицинской и психологической

отечественной литературе освещаются частичные результаты исследований. До настоящего времени исследования не носят комплексного, мультидисциплинарного характера, а освещают решение отдельных вопросов, посвященных психологическим проблемам онкологической клиники и паллиативной медицины. С одной стороны - в отечественной клинической онкологии, психологии, психиатрии и психотерапии накоплен значительный уникальный материал, обеспечивающий системный подход к решению актуальных проблем «обреченных» пациентов, их родных и близких исследования психологов и клинических (медицинских) психологов, посвященных изучению особенностей личностного реагирования и механизмов патологического развития личности в условиях тяжелого соматического заболевания; с другой - только начинают разрабатываться: системный подход к научно-практическим прикладным исследованиям на стыке клинической психологии, психотерапии, онкологии, паллиативной помощи и паллиативной медицины, социальной деятельности, направленных на обеспечение лучшего качества жизни пациентов [18,21,37,44,45] не только с онкологическими заболеваниями, но и с другими хроническими заболеваниями; в зависимости от некоторых форм онкологических заболеваний; единые подходы к понятийному аппарату системы «психология-психотерапия-онкология-паллиативная медицина-паллиативный уход-социальная деятельность»; психосоциальной профилактики, терапии и реабилитации при психологической дезадаптации, профессиональной дезадаптации персонала «критической» сферы деятельности – оказания комплексных мер и мероприятий «обреченным» больным с онкологической, неизлечимой соматической и психосоматической патологией.

Совершенно новый подход к проблемам психоонкологии в России реализуется в исследованиях, рассматривающих злокачественные заболевания как расстройства, непосредственно угрожающие жизни человека, которые могут проявиться сразу или спустя продолжительное время в

виде тяжелых стрессовых состояний, крайним клиническим выражением которых являются посттравматические стрессовые расстройства – ПТСР [54].

Особое внимание начинает уделяться вопросам оказания комплексной медико-психологической, социально-педагогической, духовной помощи детям с неизлечимыми заболеваниями, что при современном развитии паллиативной медицины должно стать важным направлением паллиативного ухода за больными детского возраста. Психолого-педагогическая реабилитация является важнейшим компонентом комплексной реабилитации детей с различными формами онкологических заболеваний. Значительный фактический научно-практический материал по реабилитации в онкопедиатрии представлен в исследованиях НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН.

До настоящего времени в сферу социальной деятельности, социальной заботы не в полной мере включены онкологические больные, «онкологическая семья», в связи с чем, требуется дальнейшее изучение социальных проблем онкологии, развитие системы и структуры медико-психологической, социальной помощи указанному сложному контингенту больных. Красной нитью, пронизывающей всю деятельность по оказанию помощи больным с неизлечимыми заболеваниями, и не только онкологическими, является психологическая составляющая, которая может и должна обеспечивать комплексную раннюю психодиагностику онкологических заболеваний задолго до первых клинических проявлений соматического страдания, доскональное изучение особенностей личности типа «С» - социабельного типа, присутствующего онкологическим больным: пониженное самовосприятие и склонность к интраспекции; снижение эмоциональной и чувственной живости; склонность к самоуничтожению и самообвинению; пониженная способность к гневливости и агрессивным поступкам; конформизм как стиль жизни; подчиняемость авторитетам и религиозность; непрочность межлических связей; сдерживаемая или подав-

ленная сексуальность; завышенные морально-этические принципы и негибкость; беспомощность и низкая социальная активность; своевременную психопрофилактику и личностно-ориентированные психотерапевтические реабилитационные программы.

Наметилась отчетливая тенденция в необходимости изучения и разработки организационно-методических подходов в реализации программ создания комплексных систем специализированных учреждений паллиативной направленности (хосписов, стационаров дневного пребывания, гериатрических отделений, учреждений сестринского ухода). Эти учреждения обеспечивают оказание психологической, медицинской, социальной и духовной помощи не только «обреченным» онкологическим больным в критический период болезни, но и после неблагоприятного исхода их детям, родственникам, родным и близким. В развиваемых системах паллиативного лечения и ухода может оказываться комплексная психологическая, медицинская, психотерапевтическая, религиозно-духовная поддержка не только онкологическим больным на разных стадиях заболевания, но и при других хронических или неизлечимых состояниях (СПИД, хронические дегенеративные заболевания позвоночника, последствия нарушений мозгового кровообращения, травмы головного и спинного мозга, демиелинизирующие заболевания нервной системы и др.).

Особая роль в жизнедеятельности систем оказания помощи обреченным больным, их родственникам и близким принадлежит клиническим (медицинским) психологам, медицинскому персоналу, социальным работникам, волонтерам и новой генерации специалистов, которых еще нужно воспитать и выпестовать - это будет сложный «mix»: и врач-онколог, и клинический психолог, и социальный работник – специалист по паллиативной медицине. При этом основное внимание обращается и будет обращено на личность «паллиативиста» (врача, психолога, социального работника), его профессионально-этические качества, которые особенно важны, поскольку контакт с больными и их родст-

венниками часто затруднен тем стрессом, под воздействием которого находятся как сами пациенты, их родственники и близкие, так и профессионалы, оказывающие медицинскую, психологическую, социальную, юридическую, духовную и другие виды поддержки.

Теоретико-методологические подходы к реализации междисциплинарных исследований в психологии и мультидисциплинарной деятельности в интегральной сфере: клинической (медицинской) психологии, психотерапии, социальной работе, паллиативной медицине.

Именно **междисциплинарный** подход до настоящего времени не сформировался в понятийном смысле, в сознании широкого психологического сообщества, если анализировать научные психологические форумы: «Психология в системе наук (междисциплинарные исследования)», Российское психологическое общество, Москва, МГУ им. М.В.Ломоносова, 2002; «Психология: современные направления междисциплинарных исследований», конференция, посвященная памяти члена-корреспондента РАН А.В.Брушлинского, ИП РАН 2002, как составляющая теоретико-методологических исследований в «приложениях» психологии, подготовили условия для: 1) научно-практической **мультидисциплинарной деятельности** в комплексном решении проблем личности «обреченного» Человека в клинической (медицинской) психологии и психоонкологии (наиболее критической сферы жизнедеятельности, как для «страждущих», так и профессионалов-психологов, интернистов, социальных работников); 2) развития новых приложений клинической (медицинской) психологии, психотерапии в паллиативной медицине и паллиативном подходе.

Клиническая (медицинская) психология как отрасль психологической науки, изучающая вопросы теории и практики медицины, связанные с психологией, в первую очередь, больных людей в процессе диагностики, лечения и профилактики болезней приобретает решающую роль, благодаря системно-личностному подходу к больному человеку, в создании разнооб-

разных по спектру психо-социальных и социокультурных условий предупреждения деструктуризации личности и ее развития.

В контексте вышеуказанных проблем выкристаллизовывается актуальность единой теоретико-методологической базы научных исследований и практической деятельности в клинической (медицинской) психологии и паллиативной медицине, необходимость выбора в качестве научно-методологической «универсальной» парадигмы развития научной междисциплинарности клинической (медицинской) психологии и практической мультидисциплинарности паллиативной медицины методологического «принципа субъекта, его деятельности и общения, ... [являющимся (примеч.- Б.Т.З.)]... общим для многих общественных, гуманитарных, отчасти биологических и технических наук. ...Именно субъектный (в частности, субъектно-деятельностный) подход направляет исследование на изучение целостности человека» [1,2,10,12, 25,26]. В этом аспекте, на методологическом принципе субъекта (субъектности) в клинической (медицинской) психологии для решения основных задач изучения проблем личности как системы, дальнейшего развития представлений о личности как реальности (в теориях среднего уровня - напр. концепция личности В.Н.Мясищева), «поскольку она выросла из изучения нормы и патологии реальной личности [3] может выстраиваться вся сфера мультидисциплинарной (психологической, социальной, медицинской и др. видов деятельности) паллиативной помощи и паллиативной медицине. Клинико-психологические и экспериментально-психологические направления в изучении развития личности и предпосылок ее профессионального развития обеспечивают наиболее полное раскрытие комплексных факторов, обуславливающих раннюю психодиагностику расстройств развития личности, формирование которых зависит от социальных, транскультурных, этнических, духовных составляющих. Изучение аксиологических проблем развития личности с позиций клинической (медицинской) психологии в категориях блага и зла, целей

и средств, субъективных и объективных, положительных и отрицательных, кажущихся и реальных, абсолютных и относительных, и других ценностей может, на наш взгляд, служить акмеологическим «трамплином» дальнейшего профессионального развития личности. Концепция отношений личности рассматривает отношения как характерный структурный компонент личности, в котором реализуется многообразие отношений человека и действительности. Отношения формируются в процессе деятельности человека, отличаются по своей значимости и социальной ценности (аксиологический компонент), носят сознательный-приобретенный в результате опыта характер (акмеологический компонент) в отличие от представлений экзистенциалистов и психоаналитиков об интерперсональности отношений. «Психологические отношения человека - писал В.Н.Мясищев - в развитом виде представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности. Эта система вытекает из всей истории развития человечества. Она выражает его личный опыт и внутренне определяет его действия, его переживания». Таким образом, именно **система отношений** определяет личность как систему отношений целого и элементов, и элементы одновременно выражают это целое. «Элементом, соответствующим этому требованию, является понятие отношения личности или психического отношения человека. Этим понятием пользовались наши учителя – В.М.Бехтерев и А.Ф.Лазурский (по В.Н.Мясищеву). Первоосновой, субстанцией, веществом, первоматерией личности в концепции В.Н.Мясищева выступает отношение, а все другие, принятые в общей психологии понятия, рассматриваются им в контексте теории отношений как вторичные, производные, соотносящиеся с понятием **отношение**. Особое внимание уделяется рассмотрению таких психологических понятий, применяемых для описания психической индивидуальности, как темперамент и характер. **Темперамент** как категория анализа личности рассматривается не только как динамика реакций, а

скорее как динамика отношений, при которых проявления темперамента не могут быть правильно оценены без учета жизненных отношений личности. **Характер** как категория психологического анализа личности также отражает степень способности выражать свою индивидуальность, влиять и воздействовать на окружающее. Личность, рассматриваемая более широко, представляет индивидуальность человека в целом. Личность в более узком смысле, так называемое ядро личности, представляет систему общественно обусловленных и общественно значимых отношений человека. Отношения человека в специальном психологическом смысле представляют собой сознательную, активную, избирательную, целостную, основанную на индивидуальном общественно-обусловленном опыте систему временных связей человека как **личности-субъекта** со всей действительностью или с ее отдельными сторонами». Принято выделять сущностные характеристики отношений: **целостность** – при котором отношение понимается как выражение личности в целом; **активность** – выражающаяся в категориях психического потенциального (потенциал всегда скрытен и латентен, может быть явным и скрытым). Отсюда-деятельность как процесс рассматривается как сложная сумма, интеграл потенциального психического в отношениях; **сознательность**-способность отдать себе отчет в действительности, основанный на свойственной человеку деятельности второй сигнальной системы-речи и отвлеченного мышления. В.Н.Мясищев говорил: «...чем сознательней поступок, тем в большей степени можно говорить о выраженности отношений; сознательное отношение представляет собой лишь высший уровень отношения к действительности, и психология личности и ее отношений является по преимуществу психологией сознания». Такая категория отношений как **сознательность** связана с понятием бессознательности, отношение может меняться от неосознанного до ясно осознаваемого; **избирательность** – существенно отличная реакция реагирования на один и тот же предмет в зависимости от характера отношений, отражающая субъ-

ективность отношений. Личность в своих отношениях – к себе, другим людям, объектам и событиям мира – всегда избирает, выбирает, оказывает предпочтение, отвергает. В этом смысле избирательность является сущностным свойством отношений. Анализ отношений проводится по трем традиционным для психологии «смысловым осям»: эмоциональной, мотивационно-поведенческой и когнитивной. Четвертой важнейшей смысловой осью, необходимой для анализа категории отношений, является время. Раскрывая личность как целостную систему отношений, всегда приходится анализировать личность как целое через ее системные свойства. К такому можно отнести: иерархичность отношений (доминирование и значимость); уровень развития личности; структура личности (гармоничность, цельность, широта и глубина личности; функциональный профиль – соотношение различных свойств психики; адаптабельность личности – интегральное свойство системы отношений, характеризующееся способностью системы отношений адаптироваться к изменениям в окружающем мире. Несмотря на то, что изменчивость и присуща системе отношений, личность, остается аутентичной самой себе. Значительные и длительные изменения в условиях существования личности, конечно, в той или иной мере ее изменяют: «человек стал другим, его личность изменилась». Под этим подразумевают, что «другой» стала «та же самая» личность. При условии, когда личность остается аутентичной самой себе, несмотря на все изменения системы отношений, когда не отрицается возможность того, что личность может измениться самым существенным образом и действительно становится «другой» – создаются оптимальные условия многогранного развития личности. В то же время, при естественном, неуправляемом процессе динамического развития отношений могут наблюдаться патологические изменения системы отношений личности при развитии нервно-психических заболеваний. На осознанном управлении этими процессами и реализуются модели воспитания, коррекции психики и реабилитационных программ пси-

хотерапии. Актуальными в настоящее время являются вопросы и анализ мультидисциплинарных клинико-психологических, социальных, медицинских, психосоциальных, духовно-религиозных и транскультурных проблем в системе функционирующих стратегий паллиативного лечения и паллиативного ухода.

Организационно-методические направления мультидисциплинарной деятельности в клинической (медицинской) психологии, психотерапии и социальной работе.

В современной России объективно существует комплекс причин, сочетанное и раздельное действие которых способно привести к увеличению хронических (в том числе и онкологических) заболеваний и смертности населения. Основными из них являются растущая бедность населения, доходящая во многих случаях до нищеты, сильный длительный (хронический) стресс, а также неподготовленность (необученность) населения мерам психологической самозащиты и психопрофилактики, доступным даже в этих условиях. Таким образом, комплекс социально-экономических факторов, характерных для современной России, уже сам по себе создает серьезную «патогенную» психосоциальную среду и обстановку, способствующую росту онкологических, а также многих других заболеваний среди населения, требующую действенной научно-практической деятельности. Наметилась отчетливая тенденция необходимости изучения и разработки организационно-методических подходов в реализации программ создания комплексных систем специализированных учреждений паллиативной направленности (хосписов, стационаров дневного пребывания, гериатрических отделений, учреждений сестринского ухода), обеспечивающих оказание психологической, медицинской, социальной и духовной помощи не только «обреченным» онкологическим больным в критический период болезни, но и после неблагоприятного исхода их детям, родственникам, родным и близким. В развиваемых системах паллиативного лечения и ухода может оказываться комплексная психологиче-

ская, медицинская, психотерапевтическая, религиозно-духовная поддержка не только онкологическим больным на разных стадиях заболевания, но и при других хронических или неизлечимых состояниях (СПИД, хронические дегенеративные заболевания позвоночника, последствия нарушений мозгового кровообращения, травмы головного и спинного мозга, демиелинизирующие заболевания нервной системы и др.). При все возрастающем интересе научной и практической общественности и специалистов-психологов, врачей-интернистов и онкологов, социальных работников к проблемам больных с неизлечимыми формами заболеваний следует обращать особое внимание на следующие приоритетные направления научной и практической деятельности [18,19,20]: разработка медико-психологических, социокультурных и организационных интегративных основ комплексного паллиативного подхода для решения проблем неизлечимых онкологических больных, их родственников и медицинского персонала, обеспечения лучшего качества жизни личности в обществе.

В наше время в России и ее регионах начали складываться основные предпосылки для развития и углубления службы социальной помощи в рамках паллиативной системы и медицины. Однако, представляется необходимым более широкий, комплексный, интегрированный, междисциплинарный и мультидисциплинарный подходы к решению этой проблемы.

Начиная работу по созданию современной системы паллиативного лечения и ухода, по разработке медико-психологических, психосоциальных основ этого раздела клинической медицины, психологии и социальной работы мы представляли себе, что само по себе паллиативное лечение в том или ином виде уже осуществлялось, но не на мультидисциплинарной основе. На основании созданной нами концепции паллиативного подхода в мультидисциплинарной модели развития паллиативной медицины и ее идеологических основ, были сформированы четыре модели развития хосписов и паллиативного лечения: хоспис как самостоятельное

учреждение для онкологических больных; хоспис как составная часть онкологического учреждения; паллиативное лечение онкологических больных в онкологическом учреждении; хоспис как составная часть госпиталя инвалидов войны для онкологических и неонкологических больных.

В России помощь онкологическим инкурабельным больным оказывается прежде всего в области медицинских услуг, что обусловлено, зачастую, экономической стороной вопроса. Объединению научно-практической деятельности профессионалов - социальных работников, клинических психологов, клиницистов-онкологов и специалистов других направлений способствует деятельность в конкретных мультидисциплинарных сообществах, конкретных практических структурах [19,30,36]. Ульяновский областной хоспис является *первой моделью* паллиативного обслуживания больных в области. В распоряжении хосписа имеется стационар, дневной стационар и выездная служба. В хосписе создана социально - психологическая служба как самостоятельная структура. Преимуществами *второй модели*- гериатрического отделения долговременного пребывания- являются широкий спектр консультационных услуг медицинского характера, охват больных с разными формами заболеваний, акцент на гериатрические особенности пациентов. Модель организации паллиативной помощи в виде отделения долговременного лечения (ОДЛ) областного госпиталя для ветеранов войны является одной из важных структур в сфере оказания услуг больным с неизлечимыми формами заболеваний. В настоящее время госпиталь реорганизуется в областной центр гериатрии, что значительно расширит его функции и, в первую очередь, в области паллиативного лечения и ухода.

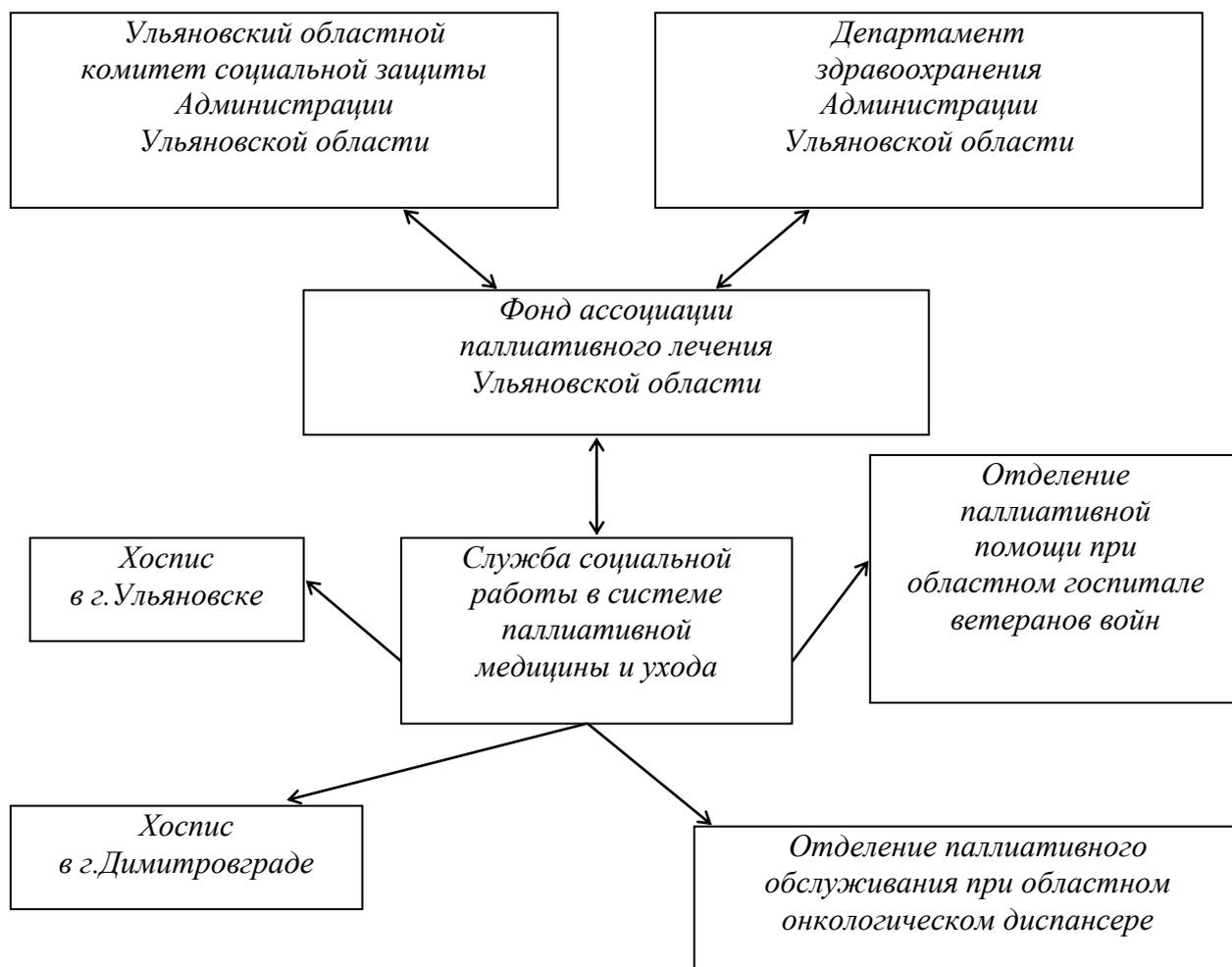
Гериатрические отделения длительного пребывания, предназначенные для медицинской, психологической и социальной реабилитации наиболее тяжелой группы больных преклонного возраста, «старшего поколения» необходимы в структуре гериатрической службы, наряду с обычными гериатрическими отделениями, до-

мами сестринского ухода, отделениями по социальному уходу. ОДЛ - единственное отделение паллиативного ухода в Ульяновском регионе, которое уделяет внимание не только больным с онкологическими заболеваниями. Концепция хосписной службы подразумевает под собой кроме медицинского обслуживания, социально-психологическую, духовную поддержку больному и его окружению. Существует мнение, что хосписом может называться учреждение, обеспечивающее такого рода поддержку. Российскими специалистами ведутся разработки перспектив кооперированных исследований по оценке эффективности организационных форм и методов паллиативной помощи онкологическим больным IV клинической группы в регионах РФ. Из положения о гериатрическом отделении долговременного лечения следует, что госпитализации в ОДЛ подлежат больные: с суб-, и декомпенсацией со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем; последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в сочетании с грубыми расстройствами движения и потерей способности к самообслуживанию; онкологические больные 3-4 стадии заболевания для проведения паллиативного лечения; патологией опорно-двигательного аппарата, требующие постороннего ухода. Особенностью *третьей модели*- Дмитровградского хосписа- является то, что паллиативная помощь оказывается в сети онкологического диспансера. Работа строится по принципу оказания максимально возможной помощи непосредственно на дому. В качестве иллюстрации приводим отчет о работе выездной бригады хосписа межрайонного онкологического диспансера (г.Дмитровград) за 1996-1998 гг.: за 1996 год произведено 3005 выездов, за 1997 - 3346, за 1998 - 1004, соответственно. По социальным показаниям госпитализировано 60 человек в 1996 году, 45 - в 1997 и 15 - в 1998 году. Выездов с представителями религиозных конфессий осуществлено: 25 за 1996 год, 29 за 1997 и 14 за январь-апрель 1998 года. Важным и существенным моментом является то, что формирующаяся система социальной по-

мощи может значительно облегчить и уменьшить проблемы ухода, социальной коррекции и социально-психологической реабилитации «обреченных» больных. Популяризация паллиативной помощи и ухода в обществе способна обратить внимание на нужды пациентов с тяжелыми формами заболеваний, уменьшить дистанцию между нуждающимися в помощи и теми, кто может им помочь. Оказание социальной помощи в рамках паллиативного ухода адаптировано к конкретным формам и видам клиничко-психологической, медицинской паллиативной помощи. Ведущие специалисты этой области отмечают острую необходимость в социально-психологической реабилитации и адаптации больных и их ближайшего окружения. Социальная работа как профессиональная деятельность относится к типу социомических профессий и способствует установлению социальной справедливости - веры в ценность и уникальность каждой личности, необходимости увеличения ее прав и возможностей [21,39,46]. Служба социальной работы, как неотъемлемая часть паллиативного ухода и отдельная структура всей паллиативной помощи взяла на себя решение и разработку таких основополагающих элементов паллиативного ухода как: решение вопросов социальной адаптации, реабилитации больных и их ближайшего окружения; разработка системы социальной помощи на дому, включая привлечение волонтеров; разработка маркетинга и социального менеджмента в паллиативном уходе; работа с ре-

лигиозными конфессиями в области паллиативного ухода. Основная цель социальной работы состоит в том, чтобы путем деятельного участия социального работника в процессе человеческого общения, посредством взаимоотношений между конкретными людьми содействовать установлению гармонии между составляющими сущность человека плоскостями - биологической, социальной, психической и духовной. Ценностные установки профессиональной социальной работы во всех ее разновидностях сводятся к принципиальной общечеловеческой ценности - уважению чести и достоинства человека, неповторимости и уникальности его личности [53,63,64]. Эффективность профессиональной подготовки социального работника, уровень его профессионально-личностного развития, обеспечивается совокупностью психолого-педагогических условий, рассматриваемых в логике учебной и профессиональной деятельности: гуманистическая направленность процесса профессионально-личностного развития специалиста социальной работы, его подготовки; ориентация на прогностическую модель профессионально-личностного развития специалиста; осуществление личностно-деятельностного подхода. Нами разработана экспериментальная модель мультидисциплинарной организации и координации службы социальной работы в системе паллиативной медицины и ухода Ульяновского региона, которая реализована в системе хосписов и паллиативной медицине Ульяновского региона :

Модель мультидисциплинарной организации и координации службы социальной работы в системе паллиативной медицины и ухода Ульяновского региона



Научные исследования и научно-методическое сопровождение мультидисциплинарной деятельности в паллиативной медицине. В наших исследованиях, эмпирический этап которых датируется 1991 годом, мы выделили следующие приоритетные направления, выполненные в рамках научных исследований: «Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине» и «Медико-психологические и социокультурные основы онкологической клиники и паллиативной медицины»:

- Формирование медико-психологических и психосоциальных подходов к диагностике, психокоррекции и психотерапии у онкологических и психосоматических больных с позиций интегральной антропологии и паллиативного подхода;
- изучение влияния на внутреннюю картину болезни форм онкологических заболеваний, распространенности процесса, возраста, пола и социального статуса пациентов;
- выявление патопсихологических изменений у онкологических больных, а также патопсихологических реакций, вызванных раковым процессом у лиц молодого возраста и психосоматическими расстройствами у лиц пожилого и старческого возраста;
- изучение влияния онкологических заболеваний на эмоциональную сферу, формирование депрессий, койнестопатий, диссоматозогнозий и психосоматических реакций;
- разработка медико-психологических, социокультурных и организационных интегративных основ комплексного паллиативного подхода для решения

проблем неизлечимых онкологических больных, их родственников и медицинского персонала, обеспечения лучшего качества жизни личности в обществе;

- изучение возможностей и условий медико-психологического, психосоциального и социокультурного обеспечения онкологической клиники и различных моделей паллиативной медицины;
- оценка влияния психосоциальных стрессовых факторов на психологическую дезадаптацию, компенсацию и адаптацию психической деятельности у онкологических больных с различными формами раковых заболеваний и организация их ранней психологической диагностики;
- изучение роли социально-психологической деятельности в системе паллиативной медицины, ухода и хосписа, а также решение социокультурных проблем онкологических больных, их родственников и медицинского персонала;
- оценка факторов риска психосоциальной дезадаптации и профессиональной вредности у персонала онкологических учреждений и хосписов, пребывающих в условиях острого и хронического стресса; проблемы изучения личности медицинского персонала в аспекте разработки психосоциальных и этнокультурных программ реадaptации и реабилитации;
- разработка основных принципов психологической, психотерапевтической и социальной поддержки и улучшения качества жизни больных онкологической клиники и паллиативной медицины.

Обозначенными проблемами не может быть исчерпан полный круг вопросов, касающихся важных **междисциплинарных научных и мультидисциплинарных прикладных** аспектов клинической (медицинской) психологии, психотерапии и социальной деятельности в онкологии, работе хосписной службы и паллиативной медицине. Дальнейшие мультидисциплинарные исследования в паллиативной

медицине должны способствовать решению многих **психосоциальных** проблем личности в клинической (медицинской) психологии, в паллиативной медицине; больных и пациентов с неизлечимыми хроническими заболеваниями; ранней психодиагностики, коррекции, комплексной реабилитации. Комплексные психосоциальные, медико-психологические научные исследования проблем личности из области онкологической клиники вырастают на современном этапе в научно-прикладные сферы практической работы в паллиативной медицине, как новой отрасли отечественного не только здравоохранения, но и социальной, психологической и культурной мультидисциплинарной деятельности. Изучение личностных характеристик и профессиональной деформации, профилактики психогений, организации труда, копинг-стратегий и механизмов комплаенса, проявлений синдрома «выгорания» (сгорания) представителей психолого-психотерапевтической и медицинской профессиональной среды, в настоящее время, являются актуальными, т.к. до недавнего времени основной акцент психологической общности онкологических учреждений и хосписов приходился на мероприятия, улучшающие качество жизни раковых больных. Этому вопросу было посвящено множество исследований, в процессе которых выявленные разнообразные психологические нарушения болеющих раком, стало возможно объединить в понятие «раковая личность». Существует комплекс мероприятий, проводимых онкологическими службами, направленный на работу с такими пациентами. Особая роль в них принадлежит персоналу. При этом основное внимание обращается на личность врача, его профессионально-этические качества. Свойства личности медицинского работника особенно важны, т.к. контакт с больными и их родственниками часто затруднен ввиду того, что все они находятся под воздействием стресса. Потенциальными стрессорами в трудовой деятельности, могут быть чрезмерная ответственность и понимание нецелесообразности работы. Профессиональный стресс, формирующийся под воздействием неблагоприятных факторов, связанных с трудовой деятельностью, может

возникнуть в результате неудовлетворенности работой, нереализацией мотивационных стимулов и психоэмоциональной перегрузки, что мы можем часто наблюдать в работе онколога. Таким образом, мы можем предположить наличие хронического профессионального стресса у работников онкологических учреждений, который со временем может привести к изменению личности и развитию психосоматических заболеваний. В качестве преклинических изменений в психологическом статусе на первое место выступают вегетососудистые нарушения, которые потом оформляются в неврозоподобные состояния с четкой синдромологической завершенностью [23,47,48,68,69]. Так известно, что среди медицинских работников хирургических отделений распространены повышенная утомляемость, раздражительность, головная боль, чуткий и беспокойный сон с частыми пробуждениями, бессонница, трудности при засыпании и ассоциативные сновидения. Персонал онкологических учреждений и хосписов, ежедневно встречаясь со стрессовыми ситуациями, проявляет склонность к таким психологическим реакциям, как уход в себя и сокрытие собственных проблем, что усиливает действие стресса. Среди онкологов часто встречается синдром «сгорания на работе», для которого характерна утрата интереса к делу, пассивная угнетенность, индифферентность по отношению к окружающим, иногда неадекватное эмоциональное реагирование. Но не смотря на все исследования и комплексы мероприятий направленных на улучшение условий труда врачей тяжесть их работы сравнима с ее уровнем у работников промышленности имеющих неблагоприятные условия профессиональной деятельности. Именно по этой причине необходимо пристальное внимание к проблеме психогений у медицинских работников, профессионально связанных с лечением онкологических больных. Проблемы персонала паллиативной службы, несомненно, требуют большого внимания. Их можно разделить на несколько категорий: психологические проблемы; экономические проблемы; проблема образования персонала. Специалисты Хосписа Святого Христофора (ведущий научно-методический центр, расположенный в

Англии) отмечают, что персонал хосписов реализует свою деятельность в «критических» условиях стрессовых ситуаций, таких как: раздражение при «неэффективности» медицинского лечения; необходимость сглаживания открытых вспышек гнева больных; вовлечение в эмоциональные конфликты; постоянная утрата тех, за кем пришлось ухаживать; возникновение сомнений в своих верованиях. В дополнение к этим проблемам добавим факторы, существенные в российских реалиях: нехватка лекарств (актуальность терапии «собой», включающей огромную самоотдачу; крайне малое количество добровольцев в хосписе, что контрастирует с западными показателями, где на 20 больных приходится около 100 - 150 волонтеров. Профессионалы-психиатры, (клинические-медицинские психологи, психотерапевты, которых практически нет в зарубежных системах паллиативной помощи) проходят стадии профессионального роста, сопряженные с психологической дезадаптацией, копингами и комплаенсом (проблемами впервые решенными нами - авт.), формирование адаптирующих стратегий профессионального и личностного благополучия, обеспечивающих прогресс в усовершенствовании мультидисциплинарных подходов по уходу за умирающим: стадия I – становления интеллекта, характеризующаяся приобретением знаний, возникновением сомнений; стадия II – психогенной травмы, эмоционального переживания с наличием чувства вины за свое хорошее состояние здоровья; стадия III – депрессии; стадия IV – эмоционального «выживания»; избавления от страха и чувства вины; стадия V – глубокого сострадания. Обслуживанием обреченных больных должны заниматься специалисты с определенными качествами; английские специалисты выдвигают следующие требования для персонала: высокий уровень знаний физиологии и патофизиологии (особенно в области онкологии); наличие совершенных навыков в осмотре пациента и проведении процедур; специальные знания в фармакологии, особенно химиотерапии, средств борьбы с болевым синдромом и транквилизаторов; знание основ психологии, осо-

бенно в ситуации, предусматривающей взаимоотношения: медицинский работник - пациент; чуткость в человеческих взаимоотношениях; выносливость, умение сглаживать ситуацию, высокие нравственные качества, коммуникабельность, целостность философских взглядов на жизнь и смерть. Российские специалисты опираются больше на духовные, моральные качества при подборе сотрудников, такие как: степень отзывчивости на чужую боль; духовность человека и др. Именно по этой причине необходимы: пристальное внимание к проблемам психологической дезадаптации и профессиональной деформации у клинических (медицинских) психологов, психотерапевтов, медицинских работников, а также: обеспечение своевременной ранней диагностики формирования профессиональных дизонтогенезов, дезадаптации и деформации личности у персонала «критических» специальностей, осуществляющих свою профессиональную деятельность в условиях эмоционально-стрессовых, социальных и профессионально обусловленных, вредных факторов воздействия. Среди них (факторов) можно выделить не только профессионально обусловленные медицинские, психологические, психосоматические аспекты здоровья персонала, но и культуральные, транскультуральные, экономические. Важное значение приобретает уровень профессионального образования и квалификации, которые обуславливают особые режимы профессиональной деятельности; как адекватные уровни психологического реагирования на стрессовую профессионально-личностную ориентацию, так и «компенсаторные» стили профессиональной деятельности, обуслови-

вающие психосоматическое состояние представителей профессиональной элиты паллиативной медицины.

В результате многолетних исследований (Т.З.Биктимиров, О.П.Модников, Г.А.Новиков, 1993-2003) нами выявлены как коррелируемые, так и некоррелируемые профессиональные особенности индивидуально-типических черт личности врачей-психотерапевтов, онкологов, типы реакций и эмоциональные проявления у среднего медицинского персонала онкологических учреждений (хосписов) и терапевтических стационаров. Практически все врачи и медицинские сестры осознают, что трудовая деятельность их протекает в условиях влияния профессиональной вредности. Следует уделять внимание ранжированию и определению восприятия и понимания профессиональных вредностей врачами-онкологами и персоналом онкологических лечебных учреждений. Наиболее часто среди профессиональных вредностей, рассматриваемых и врачами, и сестрами как профессионально-стрессовые факторы, отмечаются: коммуникативные сложности (29,4-30,4%), вживание в образ больного или идентификация с ним (7,9-10,8%), инкурабельность (33,8-39,1%). В меньшей степени акцентируется внимание на: восприятии стереотипов поведения больных, контакте с лекарственными (химиотерапевтическими и др.) препаратами, оценке ситуации больного как своей собственной и прочих.

Личное понимание профессиональной вредности зависит как от условий труда, так и от индивидуальных психологических характеристик восприятия, что и представлено ниже (табл. 1).

Таблица 1

Понимание профессиональных вредностей врачами-онкологами и медицинскими сестрами

Показатель	Врачи-онкологи	Медицинские сестры	Достоверность различий по Стьюденту
1	2	3	4
Коммуникативные сложности (с больными)	30,4%	29,4%	НД
Вживание в образ больного или идентификация с ним	10,8%	7,9%	НД
Перенос профессиональных знаний на окружающих	6,5%	4,5%	НД

Среди осознаваемых проблем, формирующих у большинства врачей-онкологов и медицинских сестер состояние нервно-психического напряжения, называются: затруднение контакта с онкологическими больными, находящимися в состоянии фрустрации в связи с прямой и высоковероятной опасностью для жизни; невозможность оказать радикальную помощь данным больным (инкурабельность). Закономерно, что действие этих причин, особенно при влиянии других астенизирующих факторов (социальное, семейное неблагополучие) и контакта с высокоак-

тивными лекарственными препаратами, оказывающими токсическое действие и т.д.), формирует состояние нервно-психического напряжения. Жалобы, характеризующие нервно-психическое напряжение, выявлены у 54,3% врачей-онкологов и у 82,8% медицинских сестер онкологических учреждений. Учитывая различный характер трудовой деятельности, а следовательно, и различное влияние профессиональной вредности у медицинских сестер и врачей в онкологии, нами проводилось сравнение соотношений невротических жалоб (табл. 2).

Таблица 2

Невротические проявления у врачей-онкологов и медицинских сестер

Жалобы	Врачи-онкологи	Медицинские сестры	Достоверность различий по Стьюденту
Повышенная раздражительность	8,6 %	13,6 %	p<0,05
Эмоциональная напряженность	10,6%	23 %	p<0,05
Эмоциональная лабильность	17,3%	28%	p<0,05
Нарушение сна	17,3%	21,5%	НД
Головная боль	23,3%	35,9%	p<0,05
Повышенная утомляемость	21,7%	34,5%	p<0,05
Повышенная тревожность	10,8%	10,7%	НД
Мнительность	4,3%	3,6%	НД
Вегетативные расстройства	4,3%	6,4%	НД
Прочие	12,9%	12,1%	НД

Важное значение приобретает изучение личностных акцентуаций у медицинских сестер онкологического и неонкологического профилей. Практически по всем типам акцентуаций их показатели выше у медицинских сестер онкологического профиля, причем по части из них различия статистически достоверны.

Поскольку преобладающим фактором в формировании акцентуаций (по данным большинства исследователей) являются психогенные факторы, исходя из однотипности развития данных акцентуаций можно считать возможным влияние профессиональных психогенных вредностей в деятельности медицинского персонала (врачей и медицинских сестер) онкологических учреждений и хосписов (табл.3).

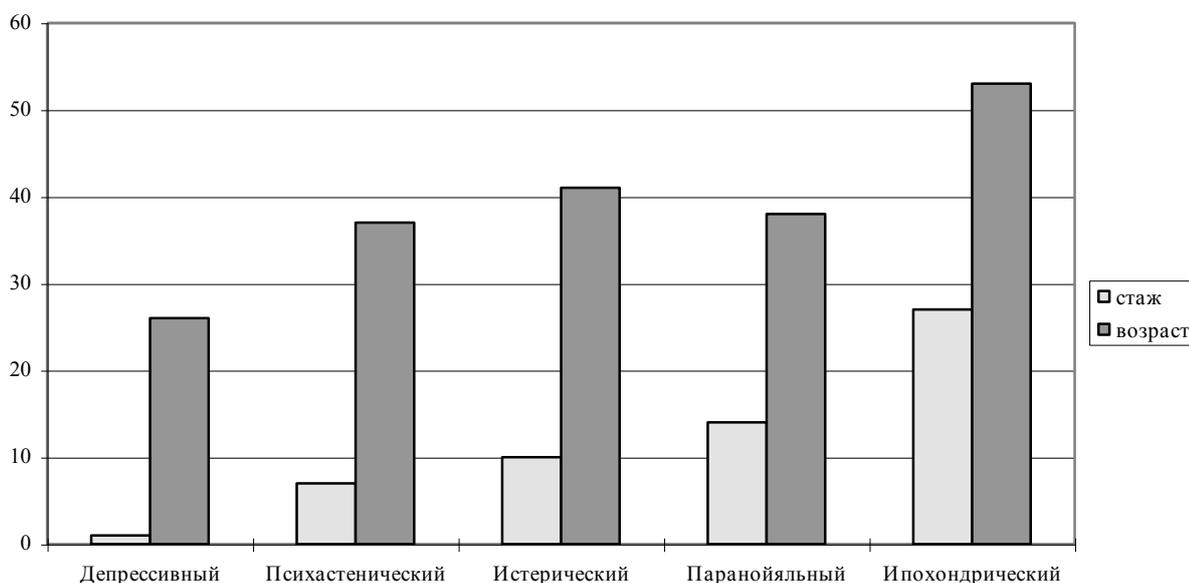
Таблица 3

Распределение акцентуаций личности у медицинских сестер онкологического и терапевтического профилей

Типы акцентуаций	Онкологический профиль	Общетерапевтический профиль	Достоверность различий по Стьюденту
Истерический	54,7%	36,2%	$p < 0,05$
Психастенический	15,6%	19,2%	НД
Паранойяльный	10,9%	3,8%	$p < 0,05$
Депрессивный	10,9%	3,8%	$p < 0,05$
Шизоидный	15,0%	2,6%	$p < 0,05$
Гипоманиакальный	1,6%	0	НД
Психопатический	4,7%	3,8%	НД
Ипохондрический	17,8%	9,5%	$p < 0,05$

Разноплановость длительно действующих психогенных факторов формирует большой диапазон акцентуаций, причем некоторые из них у онкологов не обнаружены или крайне редки. Профессиональное поведение сотрудников онкологических учреждений, связанное с необходимостью игнорировать реальное положение дел больного, зачастую вселяя ложный оп-

тимизм, способствует формированию игровой формы поведения, переходящей в истерическую акцентуацию. В процессе наблюдений за деятельностью врачей-онкологов могут быть выявлены определенные зависимости между возрастом врачей, стажем их трудовой деятельности и типом акцентуации личности (рис. 1)



Так, для врачей-онкологов, только начинающих свой творческий путь в онкологии, в возрасте от 24 до 30 лет, и имеющих стаж не более 2-4 лет, наиболее характерен депрессивный тип акцентуации личности. При параллельном увеличении возраста и стажа трудовой деятельности соответственно до 35 и 8-9 лет, наиболее характерны психоастенические черты личности. Истерический тип личности пре-

имущественно встречаются у врачей-онкологов в возрасте 40 лет при стаже врачебной деятельности равном 10 годам. У сорокалетних врачей-онкологов, имеющих профессиональный стаж, приближающийся к 15 годам, могут проявляться чаще паранойяльные черты личности. Чем больше возраст врача-онколога, при стаже работы и возрасте, приближающихся к тридцати и пятидесяти годам, соответственно, все ча-

ще могут наблюдаться ипохондрические черты личности. Достоверных различий, касающихся личностных акцентуаций у врачей-онкологов и среднего медицинского персонала онкологических учреждений практически не наблюдается и истерические, психоастенические, паранояльные типы акцентуаций личности в равной мере могут наблюдаться как у врачей, так и у медицинских сестер онкологических стационаров. Особо следует отметить встречаемость и частоту различных типов акцентуаций личности у среднего медицинского персонала онкологического и терапевтического профилей. Истерический тип акцентуации личности у сестер онкологических учреждений наблюдается чаще (в 54,7%), чем у сестер общетерапевтического профиля (36,2%); психоастенический тип акцентуации личности - чаще (19,2%) наблюдается у медперсонала общетерапевтических лечебных учреждений по сравнению с медперсоналом онкологических стационаров (15,6%). Но паранояльный, депрессивный типы акцентуации личности могут быть характерными для «онкологических» медицинских сестер (21,8%) по сравнению с «терапевтическими» медицинскими сестрами (7,6%). Среди медицинских сестер онкологических стационаров могут наблюдаться (15%) и шизоидные типы акцентуаций личности. Таким образом, актуальным является не только медицинская и психосоциальная реабилитация онкологических больных и их родственников, но и изучение психологических проблем, предупреждение личностной и профессиональной деформации у персонала онкологических учреждений системы паллиативного лечения. Особенности профессиональной деятельности персонала онкологических учреждений и хосписов в сочетании с воздействиями социально-стрессовых факторов обуславливают неблагоприятные социально-психологические условия жизни и деятельности, при которых формируется психосоциальная дезадаптация у врачей и среднего медицинского персонала. Дезадаптация сопровождается изменениями личности и эмоциональной сферы врача и медицинской сестры. Изучение указанных

проблем будет способствовать разработке психосоциальных программ по реабилитации персонала онкологических учреждений и хосписов, обеспечит психофизическое здоровье персонала. Психотерапевтическая среда хосписа включает в себя аспект партнерских взаимоотношений с пациентом и создание единой команды персонала и родственников, ухаживающих за больным и максимальный комфорт для пациентов, неограниченный ни режимом, ни каким-то давлением, идеологическим или другим. Свободным, желанным, любимым - таким хотелось бы видеть пациента в хоспise. Что касается специальных методов психотерапии, то было замечено, что большинство вербальных техник оказывается малоэффективными. Главный метод психотерапии в хоспise - терапия собой, терапия присутствием. Новым и важным направлением в решении «приложений» психологических программ в онкологии и паллиативной медицине являются наши исследования по психосоциальной дезадаптации и профессиональной вредности у персонала онкологических учреждений и хосписов, пребывающего в условиях острого и хронического стресса, а также проблемы изменения личности у персонала онкоучреждений, структуры личности в аспекте разработки психосоциальных и этновалеокультурных программ реадaptации и реабилитации.

Большое значение в паллиативной помощи и паллиативной медицине имеют, разрабатываемые нами, транскультурные аспекты паллиативного подхода, обеспечивающие лучшее понимание личностных и межличностных конфликтов «обреченных» больных. Культурнообусловленной относительностью характеризуются многие психосоциальные нормы, симптомы, заболевания и кончина человека. Транскультурный подход имеет важное социальное значение (межнациональные браки; предрассудки и их преодоление; различные образы мышления, морали и религии (Peseschkian N., 1983).

Теистическая модель мира значительно гуманнее. Перефразируя А.В.Гнездилова с соавт. (1996) можно сказать: «в ней менее стрессов, реакций пани-

ки, отчаяния, суицидных попыток». Культурная традиция общения со священником дает неоценимую поддержку. Условные термины «религиозная психология», «религиозная медицина» должны все шире наполняться научным содержанием, так как все большее число пациентов нуждаются в душевной и духовной поддержке в своей вере (И.В.Дунаевский, Д.Г.Беляев, 1996).

До настоящего времени не разработаны междисциплинарные подходы к конструированию лечебно-реабилитационных программ терапии и реабилитации искусством, а опыт применения творческих методов терапии больных представлен, в основном, в работах зарубежных исследователей.

В двадцать первый век психологи и клинические (медицинские психологи) вступают с достаточно четко разработанными и очерченными для каждой из них теоретико-методологическими базами, в которых достаточно глубоко разграничены модули проблем изучения личности и ее развития, становления профессиональных характеристик личности и современных акмеологических парадигм, лежащих в основе формирования профессиональных способностей, профессионального творчества и роста.

В междисциплинарных исследованиях и мультидисциплинарной практической сфере паллиативной деятельности (этно-культурной, духовной, юридической направленности) должны стать приоритетными научно-практические разработки концептуальных основ проблем ментальности «как области объединения различных наук о человеке» [5,6,7]; современных технологий и новых границ социокультурной детерминации нормы и патологии [57,58] при реализации их в паллиативной помощи и медицине.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абульханова-Славская К.А. О субъекте психической деятельности. М. 1973.
2. Абульханова-Славская К.А. Стратегия человеческой жизни. М. 1991.
3. Абульханова-Славская К.А. Проблема личности в психологии // Психологическая наука в России XX столетия: проблемы теории и истории. М. 1997.
4. Агамов А.Г., Луппов В.И., Поздняков С.К. Ярославская модель службы «Хоспис» // Паллиативная медицина и реабилитация. - 1997. - № 2.
5. Акопов Г.В., Иванова Т.В. Ментальность: провинциальная ментальность современной России (опыт междисциплинарных исследований) // Мир психологии. 2002. № 1.
6. Акопов Г.В., Иванова Т.В. Понятие и междисциплинарное значение ментальности в современной психологии // Психология и её приложения. Ежегодник РПО. М. 2002. т.9.
7. Акопов Г.В. Феномен ментальности как проблема сознания // Проблема сознания в психологии. Самара. 2002.
8. Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозр. психиат. и мед. психол. - 1992. - №2.
9. Анцыферова Л.И. К психологии личности как развивающейся системы // Психология формирования и развития личности. М. 1981.
10. Анцыферова Л.И. К проблеме личности // Психологическая наука в России XX столетия: проблемы теории и истории. М.1997.
11. Асеев А.В., Васютков В.Я., Бала Л.Н. Качество жизни больных раком молочной железы до и после операции // Российский онколог. журн. 1997. №1.
12. Асмолов А.Г. Психология личности. М.1990.
13. Асмолов А.Г., Марилова Т.Ю. Роль смены социальной позиции в перестройке мотивационно-смысловой сферы у онкологических больных // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1985. - Вып.12. - С.1846-1851.
14. Бажин Е.Ф., Вerezкин Д.П., Гнездилов А.П. и др. Психологические компенсаторные реакции онкологических больных // Совершенствование методов реабилитации онкологических больных: Тез. Всесоюз. симпозиума. Л. 1978.

15. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., Цейтина Г.П. Труд и проблема социально-психологической адаптации онкологических больных // IV Всесоюз. съезд онкологов. - Л., 1986.
16. Биктимиров Т.З., Наумова О.Д. Объективный мир «Человек и здоровье» // Тезисы докладов Первой конференции по исторической психологии Российского сознания. Самара.1994.
17. Биктимиров Т.З. Паллиативное лечение детского и взрослого населения Ульяновской области с позиции ВОЗ // Новое, прогрессивное в практику здравоохранения. Ульяновск. 1994.
18. Биктимиров Т.З., Модников О.П. Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине. Ульяновск.1998.
19. Биктимиров Т.З., Модников О.П. Медико-психологическое обеспечение онкологических больных // Ежегодник Российского Психологического Общества. Ярославль.1998.
20. Биктимиров Т.З., Модников О.П., Семенихин Д.Г. Психологические проблемы персонала, работающего с онкологическими больными // Ежегодник Российского Психологического Общества.1998.
21. Биктимиров Т.З., Якимова Н.Н. Социальная деятельность в системе паллиативной медицины и хосписах // Теория и практика социальной работы: опыт и перспективы. Ульяновск. 1999
22. Биктимиров Т.З., Модников О.П. Клиническая психология и психотерапия в онкологии, паллиативной помощи и паллиативной медицине // Материалы Российской конференции «Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике».Санкт-Пб.-Иваново. 2000.
23. Биктимиров Т.З. Профессиональные дизонтогении и деформации в онкологической клинике и паллиативной медицине // Современная психология: состояние и перспективы. Тезисы докладов на юбилейной научной конференции ИП РАН. М.2002.
24. Биктимиров Т.З. Психоонкология - новое направление в развитии отечественной клинической (медицинской) психологии и паллиативной медицины. Самарский научный Центр РАН. 2002.
25. Бодалев А.А. Личность и общение. М.1983.
26. Бодалев А.А. Психология личности. М.1988.
27. Брушлинский А.В. Исходные основания психологии субъекта и его деятельности // Психологическая наука в России XX столетия: проблемы теории и истории. М.1997.
28. Брушлинский А.В. Целостность субъекта-основание для системности всех его качеств// Психологическая наука в России XX столетия: проблемы теории и истории. М.1997.
29. Брушлинский А.В. Психология субъекта: индивида и группы (часть I) // Психологический журнал. 2002. № 1.
30. Володин Б.Ю., Куликов Е.П., Савин А.И., Володина Л.Н. Значение психологической реабилитации в онкологии // Проблема паллиативной помощи в онкологии. Антология научных публикаций, М.2002, т. I-II.
31. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш., Артющенко Ю.В. К вопросу о психологической реабилитации онкологических больных // Вестник АМН СССР. 1981. № 8 .
32. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш. Реабилитация онкологических больных. М.:1988.
33. Гнездилов А.В. Проблемы хосписной службы в России // Обозр. психиат. и мед. психол. 1994. №1.
34. Гнездилов А.В. Пятилетний опыт работы хосписа №1 // Обозр. психиат. и мед. психол. 1995. №1.
35. Гнездилов А.В. Психологические аспекты онкологии в условиях хосписа: Дис. в виде научн. докл. ... д-ра мед. наук. С.-Пб. 1996.
36. Гнездилов А.В. Некоторые социальные проблемы в хосписной службе среди онкологических больных // Паллиативная медицина и реабилитация.1997. №3.
37. Егоров В.В. Районный территориальный гериатрический центр как современная форма организации медико-

- социальной помощи населения в возрасте 60 лет и старше // Паллиативная медицина и реабилитации. 1997. №3.
38. Журавлев А.Л. Особенности междисциплинарных исследований в психологической науке // Психология: Современные направления междисциплинарных исследований: Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корреспондента РАН А.В.Брушлинского. М. ИП РАН. 2003.
39. Зимняя И.А. Социология личности - наука о социальной работе (К постановке проблемы формирования новой отрасли научного значения) // Российский журнал социальной работы. - 1992. №5.
40. Знаков В.В. Понимание субъектом мира как проблема психологии человеческого бытия // Проблема субъекта в психологической науке. М. 2000.
41. Корнетов Н.А. Клиническая антропология психических расстройств // Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов. 2-ое издание. М. Медицина. 1997.
42. Ломов Б.Ф. О системном подходе в психологии // Вопросы психологии. 1975. № 2.
43. Ломов Б.Ф. Личность как продукт и субъект общественных отношений // Психология личности в социалистическом обществе. М. 1989.
44. Марилова Т.Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных (рак молочной железы) // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 1989.
45. Мельченко Н.И. Психосоматическое направление в терапии и онкологии // Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине. - Ульяновск. 1998.
46. Мельченко Н.И. Медико-психологическая помощь в онкологии // Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии. - Самара, 1999. - С.38-47.
47. Менделевич В.Д. Психологические особенности больных с различными соматическими заболеваниями. Онкологическая патология // Клиническая медицинская психология. М. Медпресс, 1998.
48. Модников О.П., Биктимиров Т.З., Шмелева Н.Б., Якимова Н.Н. История, социальные и культурные условия развития системы паллиативного лечения и хосписов в Ульяновском регионе России // Вісник Вінницького Державного медичного університету. Квітень. 1998.
49. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания // Автореф. ... докт. психол. наук. М. 1991.
50. Николаева В.В., Арина Г.А., Кешелова Т.Г. Перспектива исследования социокультурных стереотипов отношения к здоровью и болезни // Материалы III съезда РПО. Санкт-Пб. 2003., т. 6.
51. Новиков Г.А., Плавунов Н.Ф., Сдвижков А.И., Прохоров Б.М. Концепция организации специализированных центров паллиативной медицины и реабилитации // Паллиативная медицина и реабилитация. 1997. №2.
52. Новиков Г.А., Чиссов В.И., Осипова Н.А., Старинский В.В., Прохоров Б.М. Современное состояние проблемы паллиативной медицины, перспективы развития и совершенствования: Сб. науч. работ 11 конгресса с международным участием // Паллиативная медицина и реабилитация. 1998. №2.
53. Панов А.М. Ассоциации работников социальных служб-5 лет // Российский журнал социальной работы. 1997. №1/5.
54. Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс: междисциплинарные аспекты изучения // Психология: Современные направления междисциплинарных исследований. Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корреспондента РАН А.В.Брушлинского. М. ИП РАН. 2003.
55. Тхостов А.Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях // Автореф. ... канд. психол. наук, М. 1980.
56. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины

- болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни. Л.1990.
57. Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г. Современные технологии и новые границы социокультурной детерминации нормы и патологии // Психология: Современные направления междисциплинарных исследований. Материалы научной конференции, посвященной памяти члена-корреспондента РАН А.В.Брушлинского. М. ИП РАН. 2003.
58. Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г. Технологические детерминанты определения границ нормы и патологии // Материалы III съезда РПО. Санкт-Пб.2003.,т.7.
59. Холланд Дж., Леско Л., Фрейдин Н.Е., Шкловский-Корди М.Е. Опыт введения в современную психоонкологию // Независимый психиатрический журнал. 1995. № 4.
60. Холмогорова А.Б. Клиническая психология и психиатрия: соотношение предметов и общие методологические модели исследований // Психология: Современные направления междисциплинарных исследований. Материалы научной конференции ИП РАН. М. 2002.
61. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Петрова Г.А. Социальная поддержка и психическое здоровье // Психология: Современные направления междисциплинарных исследований. Материалы научной конференции ИП РАН. М. 2002.
62. Чиссов В.И., Новиков Г.А. Резолюция II Конгресса с международным участием «Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении» // Паллиативная медицина и реабилитация. 1998. №5.
63. Шмелева Н.Б. Социальная работа: личность и профессия. Ульяновск. 1999.
64. Шмелева Н.Б., Биктимиров Т.З., Модников О.П., Якимова Н.Н. Транскультурный характер социальной работы в паллиативной медицине // Труды международного симпозиума «Социальная психология - XXI век». Ярославль.1999. Т.2.
65. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. С.-Пб., 1999.
66. Ahmedzai S. Cost-benefit evaluations with emphasis on methodologies of performing health economy evaluations which are relevant to palliative care services // European Journal of Palliative Care. Abstracts of the fourth Congress of EAPC. Barcelona. 1995.
67. Biktimirov T.Z. Psycho-social and medical psychological problem in the palliative care system for oncological // Fifth Congress of the European Association for Palliative Care.London. 1997.
68. Biktimirov T.Z. Psychogenias in the course of oncological serdical personnel work // VI Congress of the European Association for Palliative Care «Time-100 days before the year 2000». Geneva. 1999.
69. Biktimirov T.Z. Comparative clinico-psychology stady of patients with tumors of different localization // European Journal of Palliative Care. Lyon (France). 2002.
70. Kelly M.P., Field D. Medical sociology, chronic illness and the body // Sociol. Health and Ill. - 1996. V.18. N2.

**MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO INTEGRATION
OF PSYCHOLOGICAL, PSYCHOTHERAPEUTIC AND SOCIAL
ACTIVITY IN CLINICAL PSYCHOLOGY AND PALLIATIVE MEDICINE**

©2003 T.Z. Biktimirov

Samara Institute of General and Clinical Psychology and Psychotherapy,
Ulyanovsk State University

Modern conditions of the development of psychological science, its “supplements”, trends and structural constituents have been forming on the frontier of XX-XXI centuries in their interdisciplinary co-supplement, multilevel intra- and extra-psychological co-subordination and integral mutual enrichment. Practically the same, both psychologists in scientific pretence remember about the extent of V.M. Bekhterev’s participation in psychology, medicine, physiology and his other spheres of scientific-practical activity, and former medical psychologists (according to his scientific vocation), suddenly having become “clinical” in Russia nowadays, cannot, at present time, be formed with physicians-psychotherapists in the sphere of influence on human psychics – who is given psychodiagnostics and psychocorrection, but who – psychodiagnostics, psychocorrection and psychotherapy. Leaving non-conflict solution of conflict situation for future, we are establishing – the progress in interdisciplinary intra-psychological scientific-practical unity of all the representatives of different psychological fields.

Extra-psychological conjugation of multiple scientific trends of clinical (medical) psychology, aimed at a personality, subject, Man, is perspective in the development of multidisciplinary approaches to perception of its psychosociality – vital functions, passionarity – spirituality, viability – dying away, vital energy – emotional experience of grief and loss in the spectrum of “psychology of health – psychology of illness – psychology of dying and revival of a spirit”.

The aforesaid is taking on special significance in palliative approach (facilitating, protective) to the problems of the subject in palliative medicine; palliative aid to “doomed” patients with incurable chronic, diseases, including oncological, AIDS and HIV-infection; working out of scientific-theoretic methodological base of palliativity in clinic and medical psychology, medicine and social activity; widening of research at “the turn” of multidisciplinary and scientific-practical activity, aimed at providing doomed patients as well as their family with the better quality of life, and maintenance of psychological, physical well-being of hospice and palliative medicine system personnel.