
6. Роль смены социальной позиции в перестройке мотивационно-смысловой сферы у онкологических больных*

В последние годы отмечается возрастание интереса к прикладной психологии личности. Этот интерес проявляется в трех тенденциях разработки проблемы личности — методологически-теоретической, профессионально-практической и организационной. В методологически-теоретическом плане выполняются исследования, направленные на создание целостной картины представлений о природе личности [1 — 5]. В профессионально-прикладном плане наблюдается расширение исследований, посвященных вопросам изучения личности в процессе обучения производственной деятельности, в различных сферах общественной практики. Привлекается внимание и к проблеме психического здоровья личности, в сферу которой входят психодиагностика, психологическая коррекция и реабилитация психически и соматически больных [6 — 11]. И, наконец, третий, организационный, план — создание и внедрение различных психологических служб, например, службы семьи, службы школы, службы помощи личности в критических жизненных ситуациях и др. [12, 13].

Необходимость сочетания всех этих трех тенденций прикладной психологии личности отражена и в относительно новой сфере психологического обслуживания, как психокоррекция и реабилитация онкологических больных. Возникновение ее связано с успехами комплексного лечения и ранней диагностики онкологических заболеваний, в частности рака молочной железы. Достижения современной медицины в этой области привели к тому, что все большее и большее число заболевших переживает длительные сроки после начала лечения, а значительный контингент может быть отнесен к категории выздоровевших [14 — 16].

* Опубликовано совместно с Т.Ю.Мариловой (см.: Краткие комментарии)

Хирургическое удаление молочной железы, занимающее ведущее место в лечении рака этой локализации, приводит к возникновению психологических проблем, связанных с косметическими и функциональными последствиями радикальной операции [17]. Из сказанного видно, сколь актуальной является разработка представлений о пути психологической реабилитации больных раком молочной железы. Несмотря на обилие клинической и психологической литературы [18 — 22], так или иначе связанной с изучением онкологических заболеваний, подступы к созданию эффективной системы мероприятий по психологической реабилитации онкологических больных только намечаются. Одна из основных причин недостаточной разработанности этих вопросов заключается в том, что саму практику реабилитации пытаются создать, минуя этап собственно психологических механизмов реабилитации.

В настоящем исследовании использовались два момента, дающих возможность подойти к решению задачи психологической реабилитации онкологических больных. Первый заключается в изучении динамики мотивации личности на разных стадиях заболевания раком молочной железы на основе использования методов психопсихологического обследования. Второй момент включает в себя разработку представлений о природе психологической реабилитации данных больных, представлений, опирающихся на изученные закономерности изменения их мотивационной сферы.

В качестве методологической основы понимания путей коррекции и восстановления мотивационно-смысловой сферы личности выступает системно-деятельностный подход к личности [2]. В контексте последнего дифференцируются понятия «индивид» (биологический индивид), «личность» и «индивидуальность»; дается характеристика личности как системного качества индивида, приобретаемого им в ходе присвоения, общественно-исторического опыта в процессе различных видов совместной деятельности, присущих данному обществу. Предлагается следующая схема детерминации развития (и распада) личности: а) различные свойства и особенности индивида (конституция, генотип, биохимические характеристики организма, темперамент, свойства нервной системы, функциональные и органические поражения и т.п.) понимаются как «безличные» биологические предпосылки развития личности; б) социальная среда (выработанные в данном обществе социальные нормы поведения, понятия, орудия труда, ценности, социальные роли и стереотипы) — «безличные» предпосылки, источник развития личности; в) совместная деятельность и общение — движущая сила и основа развития личности.

Суть системно-деятельностного подхода к личности отражена в одном из высказываний А.Н. Леонтьева [23]: «Мы привыкли думать, что человек представляет собой центр, в котором фокусируются внешние воздействия и из которого расходятся линии его связей, его интеракций с внешним миром, что этот центр, наделенный сознанием и есть его Я. Дело, однако, обстоит вовсе не так... Многообразные деятельности субъекта пересекаются между собой и связываются в узлы объективными, общественными по своей природе отношениями, в которые он необходимо вступает».

Эти узлы, их иерархии и образуют тот таинственный «центр личности», который мы называем Я; иначе говоря, центр этот лежит не в индивидуе, не за поверхностью его кожи, а в его бытии». При дальнейшем развитии этих представлений особый акцент следует поставить на том, что «центром» личности являются не сами «узлы» или иерархии деятельностей, а то, что в деятельности открывается личности в мире и побуждает ее действовать. Выбираемые субъектом социальные роли, приобретение личностного смысла, ценности и идеалы, определяющие устойчивость, направленность личности, мотивационные ориентации и смысловые установки — все эти проявления личности, формируемые в процессе деятельности, составляют ее мотивационно-смысловую сферу, совокупность согласующихся между собой или же, напротив, противоречащих друг другу мотивационно-смысловых отношений субъекта в данной социальной ситуации развития.

Главная особенность мотивационно-смысловых образований личности — это производность мотивов, личностных смыслов и смысловых установок от места человека в системе общественных отношений, от занимаемой им социальной позиции. Эта особенность природы мотивационно-смысловых образований наглядно выступила в исследовании А.Н. Леонтьева и А.В. Запорожца [24], посвященном восстановлению движений у бойцов после ранения во время Великой Отечественной войны. Резкие перестройки личности вплоть до потери Я вследствие резкой смены социальной позиции описаны Е. Erikson [25] на примере возвратившихся с войны американских солдат, оказавшихся не в силах найти свое место в обществе в мирное время и тем самым найти свое Я. Неврозы потери личностью смысла существования, выделенные основателем логотерапии V. Frankl [26], также, как известно, возникают из-за изменения социальной позиции, например, из-за потери работы, ухода на пенсию и т.п. Указанные исследования приводят к выводу, что изменение мотивационно-смысловой сферы личности всегда производно от ее социальной позиции и той деятельности, в процессе которой возникли мотивационно-смысловые отношения к миру, к другим людям, к самому себе. Поэтому только деятельность, в том числе и деятельность общения, побуждаемая теми или иными смыслообразующими мотивами и служащая основой для эмоциональной идентификации с другими людьми, может изменить личностные ориентиры пациента. В связи с этим существенное продвижение в разработке вопросов психологической реабилитации личности произойдет, если в основу реабилитации будет положен методический принцип деятельностного опосредствования мотивационно-смысловых образований личности. Общая идея этого принципа состоит в том, что перестройка и коррекция личности осуществляется через организацию и изменения личностно-значимой деятельности [27]. Во избежание недоразумений заметим, что не стоит отождествлять собой личностно-значимую деятельность и работу, через которую часто ведется процесс трудовой реабилитации. Дело в том, что работа может и не затрагивать мотивов личности, не иметь личностного смысла. Только приобретшая личностный смысл работа психологически становится деятельностью.

Из принципа деятельностного опосредствования мотивационно-смысловых образований вытекает ряд конкретных методических приемов реабилитации — прием «опоры на сохранные смысловые установки личности», прием «включения личности в значимую деятельность», прием «демонстрации последствий поступка личности для других людей», прием «опоры на сохранные трудовые смысловые установки личности» был

использован В.Э. Реньге [28] при изучении роли личностного фактора в восстановлении трудовой деятельности больных шизофренией. На материале психологической реабилитации больных алкоголизмом К.Г. Сурновым [29] было показано, что смысловые установки больных, не изменяющиеся с помощью чисто поведенческих или вербальных методов воздействия, перестраиваются при включении больных в личностно-значимую деятельность. Однако в этих исследованиях, реализующих принцип деятельностного опосредствования мотивационно-смысловых образований, в тени остался вопрос о зависимости мотивов и установок от социальной позиции, задающей весь мотив личности.

Исходной для данного исследования явилась гипотеза о том, что ключ к изменению мотивации онкологических больных следует искать не в соматической сфере индивида и не в процессах его самосознания, а в трансформации объективно-жизненной социальной позиции личности, в системе общественных отношений, которая определяет смену мотивов личности и преобразование ее индивидуального сознания. Из этой гипотезы вытекает подход к пониманию психологической реабилитации, рассматривающей реабилитацию как процесс перестройки социальной позиции личности, которая задается социальной ролью онкологического больного.

Подобное понимание природы личности отличается от клинической и традиционной психологической ориентаций изучения динамики личности больных раком. Работы первой ориентации, принадлежащие прежде всего психиатрам [30—32], позволили ярко описать феноменологию изменений личности при онкологических заболеваниях. И в этом сильная сторона клинических описаний, имеющих своим источником наблюдение реальных изменений личности, а не лабораторный эксперимент. Но отсюда же проистекает уязвимая сторона чисто клинической ориентации в исследовании личности, когда ограничиваются исключительно констатацией хода динамики личности, обходя лежащие за этой динамикой собственно психологические механизмы происходящих изменений. Представители же психологической ориентации, опирающиеся на модернизированные варианты психоанализа [33, 34], предлагают для объяснения динамики личности описания картины осознания ее конфликтов и средств психологической защиты.

И для психиатров, и для идущих в своем анализе от медицины клинических психологов реальные детерминанты мотивации личности онкологических больных остаются скрытыми. Совершенно иное видение механизмов смены

мотивов у онкологических больных и природы психологической реабилитации возникает, когда фундаментом исследования, его конкретно-научной методологии является системно-деятельностный подход к личности.

Нами предпринята попытка раскрыть зависимость изменения мотивации от социальной позиции личности на дооперационном, послеоперационном и отдаленном ка-тамнестическом периоде заболевания онкологических больных.

В нашем исследовании с помощью методик прямого и опосредованного изучения мотивации личности* у 125 больных раком молочной железы было установлено, что смена социальной позиции лежит в основе перестройки мотивов и соответственно видов ведущей деятельности этих больных. Так, на диагностическом этапе уже сам факт обращения к онкологу вырывает личность из системы сложившихся межличностных отношений и приводит к появлению объективной социальной позиции «онкологического больного». Зачастую эта позиция психологически выступает для больного как позиция «смертника», обреченного, поскольку понятие «рак» в популяции нередко ассоциируется с представлением о неминуемой смерти. Социальная позиция онкологического больного приводит к актуализации такого доминирующего смыслообразующего мотива, как мотив подготовки к смерти. Основной смыслообразующий мотив, определяясь страхом смерти, побуждает к деятельности, придавая ей особый личностный смысл, оттесняет существовавшие ранее ведущие мотивы. У ряда больных при этом возникает поведение по завершению личных дел, благоустройству детей. В эту деятельность вовлекаются знакомые, родственники, друзья больных. В случае, если эта деятельность наталкивается на препятствия (желание кого-либо из близких доказать ненужность подобных попыток), то личностный смысл от этого не меняется. Напротив, возникает лишь негативная эмоция с тенденцией к разрыву отношений с близкими. Этот момент необходимо учитывать при проведении психокоррекционных мероприятий на диагностическом этапе. Личностные смыслы больного на данном этапе не могут быть изменены

* Использовались следующие методики: клиническая беседа, модифицированные варианты методик незаконченных предложений и самооценки, наблюдения за поведением больных в клинике, беседы с родственниками.

чисто вербальными способами, не поддаются воздействию рациональной психокоррекции.

Более благоприятная почва для психокоррекционной работы закладывается тогда, когда стационарирование больного в клинику и его встречи с излеченными людьми начинают расшатывать позицию «смертника».

В первые дни поступления в онкологическую клинику у больных отмечается некоторое улучшение психического статуса, вызванное определенностью своего положения, надеждой на успех лечения. Находясь в клинике, больные наблюдают не умирающих, а излеченных больных. Они беседуют с оперированными женщинами (специально приглашенными с этой целью психологом), которые уже пользуются хорошо изготовленными протезами молочной железы. Психологи на сеансах психокоррекции организуют встречи и беседы больных, готовящихся к операции, с больными, оперированными несколько лет назад. Последние под руководством психолога охотно рассказывают вновь поступившим больным о своем восстановительном периоде болезни. В результате комплекса психокоррекционных мероприятий у больных изменяется отношение к заболеванию, появляется осознание себя человеком, способным выжить. Таким образом закладывается основа к смене социальной позиции «смертника». Ведущим смыслообразующим мотивом становится мотив выживания, который побуждает ведущую деятельность по сохранению здоровья. При этом эмоциональное состояние больного значительно улучшается.

В послеоперационном периоде вновь изменяется социальная позиция личности. Происходит некоторая дезактуализация мотива выживания, поскольку реальная угроза смерти миновала. Страх смерти, доминировавший на диагностическом этапе, трансформировавшийся в надежду на благополучный исход операции в предоперационном периоде, практически исчезает после операции. В то же время после нее у больных наступает реальное осознание последствий калечащей операции (косметический дефект). Появляется новое чувство, ранее только предполагавшееся, но окончательно не осознававшееся больными — чувство собственной неполноценности, ущербности, потери женственности, утрата социального «статуса жены». Формируется новая объективная позиция — позиция социальной неполноценности. На фоне послеоперационной астении

эта позиция нередко приводит к появлению у больных реактивной депрессии разной степени выраженности. В психическом состоянии главенствующими становятся тревога, депрессия, чувство безнадежности, отчаяния.

С нашей точки зрения, в дооперационном периоде удаление молочной железы имело в структуре деятельности больных, побуждаемой мотивом выживания, смысл неизбежного средства сохранения жизни. В послеоперационном периоде возникающая новая позиция социальной неполноценности привела к появлению личностного смысла последствий операции как барьера, непреодолимой преграды, стоящей на пути восстановления социального «статуса жены», «статуса женщины», что и выступило в индивидуальном сознании в виде тяжелых субъективных переживаний, депрессии и т.п.

Необходимо отметить, что в послеоперационном периоде, несмотря на психокоррекционные мероприятия, направленные на осознание больными того, что потеря молочной железы не исключает женственности, показатели депрессии и тревоги не снижаются. Тем не менее коррекционные мероприятия на этом этапе уже становятся первой ступенью реабилитации больных. Только с помощью психологической коррекции, направленной на изменение отношения больных к заболеванию и его последствиям, через осознание того, что потеря молочной железы не изменяет социальной роли, мы можем подойти ко второму этапу восстановительных мероприятий — изменению социальной позиции личности.

Для изменения социальной позиции необходимо ее вовлечь в ту или иную значимую для нее деятельность, которая бы дала возможность ей перейти на новую социальную позицию — позицию социальной адаптации. В свою очередь последняя приводит к актуализации мотива социальной выживаемости. Необходимым условием появления нового мотива деятельности на послеоперационном этапе (и в этом особенность его «зарождения») является обостренное сознание больными своего дефекта. Только на пике такой кризисной ситуации, как заболевание раком, при мыслях больных об их «социальной неполноценности», на депрессивном фоне и при астенической симптоматике, обусловленной хирургическим вмешательством, у них возникает мотив «социальной выживаемости».

Этот мотив является побудителем деятельности, кото-

рая после операции направлена на компенсацию своего физического дефекта и лишь на отдаленных этапах восстановительных мероприятий обуславливает характер социальной адаптации личности. Смысл этой деятельности состоит в том, чтобы утвердить себя как личность в новой социальной роли. И, наконец, в отдаленный после операции период позиция социальной адаптации оконкречивается в тех или иных выбираемых личностью социальных ролях, выполнение которых подчиняется мотиву самоутверждения, например, самоутверждение себя в работе, общественной жизни и т.п. Характерной чертой этой новой деятельности является ее опосредованный характер, зависящий от ближайшего социального окружения. Чем более неадекватным, отрицательным по отношению к больным становится отношение этого окружения, тем более гипертрофированный характер принимает деятельность больных.

Таким образом, только в результате включения больного в значимую для него деятельность (опосредованную положительным влиянием ближайшего социального окружения) возможны изменение его самосознания и перестройка мотивационно-смысловой сферы. В результате этого на отдаленных этапах заболевания трансформируется само понятие «онкологический больной», которое уже не ассоциируется больным с угрозой жизни.

У больных катamnестического периода соотношение болезнь — здоровье заменяется соотношением болезнь — ее социальные последствия и проблемы. Подобная замена приводит к появлению феномена «социальной ипохондрии». Как ее следствие у больных в отдаленные сроки лечения актуализируется значимость межличностных отношений, поскольку осознание и переживание болезни, своего физического дефекта происходят опосредованно через отношение к ним окружающих. Больная будет чувствовать себя здоровой настолько, насколько здоровой ее будут считать окружающие. Больным на этом этапе уже недостаточно одного соматического здоровья (как было ранее), им необходимо «социальное выживание».

Обследование больных в катamnезе показало постепенное восстановление их социального статуса, сохранение и актуализацию у них трудовой установки, во многом зависящей от отношения к ним со стороны ближайшего социального окружения. Психокоррекция на этом этапе должна быть направлена на профилактику возможных психо-

генных реакций. Она обязательно должна включать в себя и работу с ближайшим социальным окружением.

Так выглядит зависимость динамики мотивов личности от смены социальной позиции у больных раком молочной железы.

Важно также подчеркнуть, что флюктуация индивидуального сознания больных, их субъективных переживаний оказывается производной как от социальной позиции личности, так и от задаваемых этой социальной ролью ведущих мотивов деятельности. Таким образом раскрывается совершенно особый тип детерминации личности. Ни физический дефект или те или иные соматические изменения сами по себе, как это порой считают представители клинической ориентации, ни сами по себе процессы осознания этого дефекта, как полагают некоторые психологи, не обуславливают мотивацию онкологических больных.

Реальной основой детерминации мотивации личности оказывается социальная позиция и обусловленная этой позицией деятельность.

Выделенная закономерность в будущем может быть использована для целенаправленной разработки приема смены социальной позиции личности. Этот прием, как и другие приемы психологической коррекции, вытекающие из общего методического принципа деятельностного опосредствования мотивационно-смысловой сферы личности, пополняет арсенал методик в появляющейся сфере психологического обслуживания — службе прикладной психологии в онкологической клинике.

1. Анцыферова Л.И. — В кн.: Проблемы психологии личности. М., 1982, с. 140.
2. Асмолов А.Г. Личность как предмет психологического исследования. М., 1984.
3. Кон И.С. В поисках себя: личность и ее самосознание. М., 1984.
4. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М., 1984.
5. Петровский А.В. Личность. Деятельность. Коллектив. М., 1982.
6. Александровский Ю.А. Состояние психической дезадаптации и их компенсация. М., 1976.
7. Зейгарник Б.В., Братусь Б.С. Очерки по психологии аномального развития личности. М., 1980.
8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л., 1978.
9. Кабанов М.М., Личко А.С., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
10. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология. Л., 1982.

11. *Цветкова Л.С.* Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985.
12. *Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А., Боргельсон Л.Л.* — *Вопр. психол.*, 1981, №6, с. 91 — 102.
13. *Бодалев А.А., Обозов Н.Н., Столин В.В.* — *Психолог. журн.*, 1981, т. 2, №4, с. 91 — 99.
14. *Le M.G.* — *Lancet*, 1984, vol. 2, p. 922.
15. *Блохин Н.Н.* Деонтология в онкологии. М., 1977.
16. *Герасименко В.Н.* Реабилитация онкологических больных. М., 1977.
17. *Марилова Т.Ю.* Особенности мотивационной сферы у онкологических больных: (рак молочной железы). Автореф. дис. канд. психол. наук. М., 1984.
18. *Romsdahl M.M.* — *Cancer Bull.*, 1983, vol. 35, p. 51 — 52.
19. *Greer S.* — *Brit. J. Psychiat.*, 1983, vol. 143, p. 535 — 543.
20. *Sklar L.S., Anisman H.* — *Psychol. Bul.*, 1981, vol. 89, p. 369 — 406.
21. *Stavraky K.M. et al.* — *J. psychosom. Res.*, 1968, vol. 12, p. 251—259.
22. *Wirsching M., Stierlin H., Hoffmann F. et al.* — *Ibid.*, 1982, vol. 26, p. 1 — 10.
23. *Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. — 2-е изд. М., 1977.
24. *Леонтьев А.Н., Запорожец А.В.* Восстановление движения. М., 1945.
25. *Erikson E.H.* Identity youth, and Crisis. New York, 1968.
26. *Frankl V.E.* The Doctor and the Soul. Harmondsworth, 1973.
27. *Асмолов А.Г.* Деятельность и установка. М., 1979.
28. *Реньге В.Э.* Роль личностного фактора в восстановлении трудовой деятельности больных шизофренией. Автореф. дис. канд. психол. наук. М., 1978.
29. *Сурнов К.Г.* Изменение установок личности при алкоголизме. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1982.
30. *Попова М.С.* Психические нарушения у больных, оперированных по поводу злокачественного новообразования гортани. Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1975.
31. *Скворцов К.П.* — В кн.: Соматопсихические расстройства. М., 1946, с. 16 — 23.
32. *Ромасенко В.А., Скворцов К.А.* Нервно-психические нарушения при раке. М., 1961.
33. *Renneker R., Cutler M.* — *J.A.M.A.*, 1952, vol. 148, p. 833 — 838.
34. *Bacon C.L., Renneker R., Cutler M.* — *Psychosom. Med.*, 1952, vol. 14, p. 453 — 460.