

ТЕМАТИЧЕСКИЕ СООБЩЕНИЯ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

М.С. КОВЯЗИНА, Н.А. ВАРАКО, Е.И. РАСКАЗОВА

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова

Статья посвящена актуальной проблеме реабилитации больных с нарушениями психических функций после повреждения головного мозга. Обсуждаются понятие «реабилитация» и связанные с ним понятия, подчеркивается сложность проблемы реабилитации, обусловленная многообразием мнений по очень многим ее вопросам. Противоречивость большого числа определений объясняется нечеткой трактовкой взаимоотношений медико-социальных мероприятий и недооценкой психологических аспектов реабилитации. Ряд авторов исходят из целей процесса, а другие – выделяют системную организацию реабилитации и делают акцент на ее результате. Остается дискуссионным вопрос о содержании и задачах реабилитации. Сопоставляются понятия «психологическая реабилитация» и «психология реабилитации (реабилитационная психология)».

В статье подчеркивается, что внимание к психологическим аспектам реабилитации обусловлено поворотом различных наук к человеку, т.е. гуманизацией наук, в первую очередь, логикой развития медицинского мышления. Дается характеристика трем важным психологическим аспектам: направленности реабилитационного процесса на важные для пациента проблемы, активному участию в реабилитации самого пациента и его близких, командному подходу к реабилитации. Признание психологических аспектов реабилитации ставит перед клинической психологией ряд вопросов, связанных с разработкой конкретных принципов и методов работы, с преодолением «разрыва» между теорией и практикой, с разработкой критериев и методов оценки ее эффективности.

Рассматриваются два основных подхода к реабилитации – функциональный и социальный, в котором сравниваются два взаимодополняющих направления. В первом из них главная роль реабилитации отводится восстановлению нарушенных функций, а во втором – реабилитация понимается как ресоциализация больного, как возможно более полное восстановление его индивидуальной и общественной ценности. Отмечается, что в современной психологии реабилитации эти подходы нередко объединены.

Заключительная часть статьи посвящена когнитивной реабилитации и связанной с ней современной терминологии, а именно понятиям «нейропсихологическая реабилитация», «восстановление высших психических функций».

Ключевые слова: реабилитация, психологическая реабилитация, когнитивная реабилитация, нейропсихологическая реабилитация, ресоциализация, биопсихосоциальный подход.

В последние годы реабилитации больных и инвалидов стало уделяться особое внимание. В связи с этим не только расширяется практическое применение психологии в клинике, но и возрастает влияние психологических взглядов на общемедицинские и социальные проблемы, одной из которых является реабилитация. Актуальность этой проблемы объясняется ростом числа сердечно-сосудистых, нервно-психических, психосоматических

заболеваний, связанных с комплексным и стойким нарушением функций, сопровождающимся длительной утратой трудоспособности, снижением активности в бытовой, социальной и профессиональной сферах. Кроме того, предъявляются все более высокие требования к возможностям человека, что делает значимой потерю трудоспособного члена общества.

Проблему реабилитации разрабатывают самые различные специалисты, поэто-

му до настоящего времени не существует единого мнения по очень многим ее вопросам. До сих пор обсуждаются: определение реабилитации (ее содержание, задачи), терминология и критерии оценки ее качества и эффективности. Противоречивость большого числа определений связана прежде всего с нечеткой трактовкой взаимоотношений медико-социальных мероприятий — лечения, профилактики и реабилитации. Кто-то исходит из целей процесса реабилитации, кто-то выделяет системную организацию или акцентирует результат этого процесса (Неретин, Николаев, 1986; Коган, Найдин, 1988; McLellan, 1991; Prigatano, 1999; Маккавейский, Шестаков, Каменков, 2000; Цубер, Вейс, Кох, 2002; Юнусов и др., 2008). Объединяет большую часть существующих определений внимание не только к лечебным воздействиям (физиотерапевтическим, медикаментозным и др.), но и к восстановлению трудоспособности, возвращению человека в прежнюю социальную среду, что невозможно осуществить без медицинского психолога (Kennedy, 2012a).

Тем не менее психологические аспекты реабилитации больных остаются недостаточно исследованными. И хотя в ряде стран психология реабилитации (реабилитационная психология) получила статус самостоятельной дисциплины, ее теоретические основы требуют дальнейшего анализа (Цубер, Вейс, Кох, 2002; Kennedy, 2012a,b).

Цель данной работы — проанализировать место психологических задач в рамках разных подходов к реабилитации и остановиться на задачах когнитивной реабилитации.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ХАРАКТЕР ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

Психологическая реабилитология является частью общей реабилитологии — «междисциплинарной науки (немедицинского профиля) о процессе

восстановления функций человека в условиях ограниченной свободы его действий... [Она] рассматривается как процесс и система восстановления способностей человека с ограниченными возможностями к бытовой, общественной, профессиональной деятельности... [Ее] конечный социальный результат: достигнутый уровень, объем, масштаб независимой жизнедеятельности человека. Предметом... является не только сам человек и его нарушенные возможности, а взаимосвязи... между ним и обществом», а объектами — сопряженные в процессе взаимодействия субъекты и объекты социальной и физической среды. Акцент делается не только на потенциальных возможностях человека, но и на том, чем располагает общество, на действиях со стороны общества и на формах взаимодействия человека и общества. Человек изучается в контексте био-социо-эколого-экономической системы. Реабилитология «направлена на создание качественно более высокого с социальной точки зрения уровня жизни для нуждающихся в реабилитации граждан, на повышение качества жизни отдельных групп населения» (Клиническая психология, 2016, с. 55). В большинстве определений психология реабилитации (реабилитационная психология) представляет область психологии, применяющую психологические знания для понимания и помощи людям с нарушениями и хроническими заболеваниями; нередко уточняется также ряд ее конечных задач — максимизация здоровья и благополучия, самостоятельности и выбора, функциональных возможностей и участия в социальной жизни при минимизации вторичных нарушений здоровья (Kennedy, 2012a; Stiers et al., 2011).

Внимание к психологической реабилитации обусловлено также поворотом различных наук к человеку, т.е. гуманизацией наук, в первую очередь логикой развития медицинского мышления. Р. Конечный, М. Боухал (1983) считают, что только

благодаря принципиальным изменениям медицинского мышления психология стала пользоваться влиянием в медицине и здравоохранении. Развитие медицины идет от нозоцентрической ориентации (направленность на болезнь) к антропоцентрической (направленность на больного человека) и к социоцентрической (направленность на общественные факторы жизни индивида). Иначе говоря, акцент переносится с того, какая болезнь у человека, на то, у какого человека, с какими социальными связями и отношениями эта болезнь. Поэтому в настоящее время при изучении различных заболеваний все большее значение приобретают исследования личности больного и факторов социальной среды, окружающей его. В медицине эта тенденция получила свое развитие в принятой ВОЗ «Международной классификации функционирования, здоровья и ограничений жизнедеятельности» (2001). А в общей методологии науки (в том числе и в клинической психологии) такой сдвиг акцентов обусловлен сопоставлением классической, неклассической и постнеклассической парадигм научного знания (Стёпин, 2003; Зинченко, 2011); при этом разные типы рациональности не отрицают, а дополняют друг друга.

Еще В.Н. Мясищев (1995) обратил внимание на личность больного в системе общественных отношений. По мнению В.В. Николаевой, тяжелое заболевание «существенно изменяет, прежде всего, всю ситуацию развития человека. Оно изменяет уровень его психических возможностей осуществления деятельности, ведет к ограничению круга контактов с окружающими людьми, часто по объективным причинам приводит к ограничению его деятельности, т.е. меняется объективное место, занимаемое человеком в жизни» (Николаева, 1987, с. 23). В условиях болезни человек попадает в новую социальную ситуацию развития, которая «становится предметом активной внутренней работы самого

больного, вследствие которой формируется новая внутренняя позиция человека, содержание и динамика которой отражают основные смысловые изменения в структуре личности...» (Там же, с. 24–25).

Неотъемлемыми составляющими биопсихосоциального подхода (Engel, 1980; Rugulies, Aust, Syme, 2005) к реабилитации являются три важных психологических аспекта, нашедшие свое отражение в ряде ее определений. В книге В.Я. Неретина и Н.К. Николаева (1986) обсуждается ряд исследований, относящихся к первому аспекту. Он связан с направленностью реабилитационного процесса на развитие или улучшение тех способностей больного, которые могут быть использованы для его успешной социальной и трудовой деятельности вне больницы, и на интеграцию индивидуума в общество. На важность системной организации процесса реабилитации, включающего психологический блок, указывали многие специалисты (Маккавейский, Шестаков, Каменков, 2000; Юнусов и др., 2008). В психиатрии активно используется термин «психосоциальная реабилитация», включающая «восстановление или формирование недостаточных или утраченных в условиях болезни» психических функций, навыков и стратегий совладания, препятствующих социальной адаптации пациентов и интеграции в общество (Гурович, Шмуклер, Сторожакова, 2004, с. 37). Особенное значение эти задачи приобретают в третичной реабилитации, направленной на предотвращение рецидивов и последствий болезни (Неретин, Николаев, 1986).

Второй аспект предполагает активное участие в реабилитации самого пациента и его близких (Кабанов, 1985; Pickett, Cook, Razzano, 2006). «Кооперация с клиентом, членами его семьи или людьми из его ближайшего окружения – неотъемлемое условие успешной помощи» (Ключкова, 2014, с. 22). Еще в работах

К. Роджерса есть указания на то, что чем в большей степени опыт пациента в клинике определяется темами болезни и медицинского лечения, тем в большей степени он воспринимает врача как «целителя», «эксперта», становясь пассивным и лишь принимая указания врача. Между тем именно мотивация, самостоятельность и активность пациента определяют долгосрочный эффект реабилитации – и вокруг них должна выстраиваться структура реабилитационного процесса с конкретным больным (Smithson, Kennedy, 2012). Такой подход получил название пациентоцентрированного планирования. Включение же в реабилитационные программы близких способствует не только повышению их эффективности, но и долгосрочной помощи и поддержке, повышающей мотивацию и активность пациента, его веру в свои силы и готовность преодолевать болезнь (Rivera, 2012).

Третий аспект заключается в командном подходе к реабилитации, включающем целенаправленную деятельность коллектива специалистов для решения медицинских, психологических, технических, физических, социальных, экономических, педагогических и других задач (Winter, 1973; Коган, Найдин, 1988; Prigatano, 1999; Юнусов и др., 2008). Например, Д.Л. Маклеллан (McLellan, 1991) считает реабилитацию двусторонним процессом между инвалидизированными в результате повреждения или болезни людьми, сотрудниками системы здравоохранения и членами широкой общественности.

Таким образом, важность психологических аспектов реабилитации общепризнана и обоснована необходимостью понимания сущности и механизмов компенсаторных процессов (Глозман, 1990); изучения возможности направленного воздействия на больных с целью оптимизации и укрепления компенсаторного потенциала личности; работы с родственниками и ближайшим окружением больного,

а также с проблемами, возникающими между специалистами внутри самой реабилитационной бригады.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО И СОЦИАЛЬНОГО ПОДХОДОВ К РЕАБИЛИТАЦИИ

Можно говорить о двух подходах к реабилитации – функциональном и социальном. Для функционального подхода главной целью реабилитации является не столько ликвидация болезни и ее симптомов, сколько минимизация функциональных последствий болезни после ее стабилизации, т.е. максимальное восстановление социального функционирования больного: уменьшение степени зависимости его от других людей и возвращение трудоспособности. Однако независимость больного очень часто понимается как функциональная (преимущественно двигательная) или экономическая независимость от других людей и не учитываются социальные функции больного по отношению к окружающим его людям, которые он выполнял до болезни (Цубер, Вейс, Кох, 2002). Задачами медицинского психолога в рамках этого подхода являются работа над отношением пациента к болезни, травме и/или изменившимся возможностям, принятием болезни и постановкой новых целей в реабилитации и в жизни, развитием социальных навыков и системы социальной поддержки, поддержанием сохраненных психических функций.

Сторонники социального подхода делают акцент на восстановлении системы социальных (в том числе семейных) связей и отношений больного, его престижа в собственных глазах и глазах окружающих при учете также степени трудовой и когнитивной реабилитации (Ben-Yishay, Diller, 2011; Wilson et al., 2009). В социальном подходе можно выделить два взаимодополняющих направления. В первом главная роль реабилитации отводится восстановлению

нарушенных функций (например, высших психических функций (ВПФ)). Это позволяет приблизиться к достижению конечной цели – реабилитации больного, восстановлению его личного и социального статуса. Так, Л.С. Цветкова (1985) подходит к вопросам реабилитации с позиций неврологических и нейрохирургических больных, т.е. людей в целом с сохранной личностью, но не способных говорить, читать, ориентироваться в пространстве, запоминать и т.д. Очевидно, что люди с подобными нарушениями не могут полноценно взаимодействовать с другими людьми. Кроме того, отмечающиеся личностные нарушения у таких больных не имеют эндогенной природы и связаны с поражениями мозга и реакцией на свою болезнь. Поэтому и реабилитация таких больных направлена как на восстановление нарушенных ВПФ, так и на восстановление личного и социального статуса больного человека путем апелляции к его личности, к окружающей его среде, к общению с его ближайшим окружением, к различным видам деятельности. Психологические и социальные проблемы, возникающие у больных с поражениями головного мозга, могут мешать жить пациенту гораздо сильнее, чем каждое из отдельных когнитивных расстройств. Вполне понятно, что, сколько бы мы ни воздействовали на личность больного, ни помещали его в благоприятную среду, мы не сможем без специальных нейропсихологических занятий по восстановлению ВПФ вернуть ему речь, память и другие психические функции или научить его жить со стойким дефектом, минимизируя нарушения ВПФ с помощью различных внешних и внутренних средств. Верно и обратное, что процесс восстановления ВПФ, как и весь процесс реабилитации, должен апеллировать к личности больного человека, к его эмоционально-волевой сфере. Больной не просто приспосабливается к дефекту, он преодолевает его. Важнейшей задачей психологической реабилитации в этом случае считается если не устранение

когнитивного дефицита, то помощь в преодолении проблем, появившихся у человека в связи с ухудшением его ВПФ.

Во втором направлении социального подхода реабилитация понимается как ресоциализация больного, как возможно более полное восстановление его индивидуальной и общественной ценности (Кабанов, 1985). По мнению М.М. Кабанова, «во всех реабилитационных мероприятиях, во всех методах воздействия стержневым является апелляция к личности больного. Это положение любой реабилитационной программы отличает ее от лечения в обычном смысле этого слова» (Там же, с. 51). Раз реабилитация понимается как ресоциализация, значит, необходимо включение больного в лечебно-восстановительный процесс. Этот принцип называется принципом партнерства. «Ресоциализация больного без его активного участия невозможна» (Там же, с. 52). Так как в развитии и течении болезни большую или меньшую роль играют нарушения отношений личности, их коррекция представляется существенным аспектом реабилитации. В связи с этим другим принципом реабилитации является разносторонность усилий и воздействий, направленных на разные стороны жизнедеятельности больного. «Восстановление престижа в собственных глазах и глазах окружающих тесно связано с изменением отношения к себе, своей болезни, семье, другим близким и знакомым людям, работе, образованию, досугу, различного рода увлечениям (хобби), обществу в целом, и все это представляет сферу приложения реабилитационной программы» (Кабанов, 1977, с. 56). Третий принцип, предложенный М.М. Кабановым, – единство психосоциальных и биологических методов воздействия. И наконец, четвертый принцип – принцип ступенчатости проводимых воздействий и мероприятий (Там же). Важность ресоциализации больных особенно очевидна в психиатрии, где снижение

симптоматики рассматривается как одна из задач, тогда как центральные задачи реабилитации — помочь больному жить в обществе, улучшить его качество жизни и предотвратить ненужные госпитализации (Pickett, Cook, Razzano, 2006).

Следует отметить, что в современной психологии реабилитации эти подходы нередко объединены (Varako et al., 2016). Восстанавливая ВПФ, насколько это возможно, специалист пытается уделить внимание житейским навыкам пациента, его социальной интеграции и функционированию, в том числе за счет сохранных функций (так называемые специфические тренинги навыков) (Gillen, 2009).

Итак, важнейшей частью в комплексной системе реабилитации является психологическая реабилитация, решающая проблемы, связанные с психикой и поведением как больного человека, так и его ближайшего окружения. Это понимание отражено в Федеральном законе № 323-ФЗ от 21.11.2011 (ред. от 26.04.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», согласно которому «медицинская реабилитация — комплекс мероприятий медицинского и психологического характера (курсив наш. — М.К., Н.В., Е.Р.), направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество» (Федеральный закон..., ст. 40, п. 1).

В психологической реабилитации выделяется несколько направлений, в частности,

когнитивная реабилитация, направленная на работу с ВПФ, т.е. когнитивными (познавательными) процессами больного человека.

КОГНИТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Сегодня распространено понимание нейропсихологической реабилитации как системы клиничко-психологических восстановительных мероприятий в неврологических и нейрохирургических клиниках. В таком случае по аналогии с нейропсихологической реабилитацией можно говорить о кардиопсихологической, онкопсихологической и других видах психологической реабилитации в соматической или психиатрической клиниках. Пользуясь словами Й. Цубера с коллегами (2002), в таком понимании специфичны не «рабочие техники» психолога, а «адресаты помощи» с их уникальными ситуацией и потребностями. Нейропсихологическая реабилитация сегодня — это партнерство между пациентами с повреждениями мозга, их семьей и сотрудниками системы здравоохранения. Когнитивные, эмоциональные, психологические и поведенческие проблемы взаимосвязаны, и нейропсихологические реабилитационные программы должны быть адресованы ко всем этим проблемам (Wilson, 2003b). Соглашаясь с тем, что клиничко-психологическая реабилитация должна быть направлена на решение всех этих задач, важно отметить, что при таком подходе размываются границы компетенции разных специалистов в клинической психологии. Так, в этом случае психолог, работающий в неврологии, будет считаться «нейропсихологом», независимо от задач, которые решает (например, восстановление ВПФ или решение конфликтов в реабилитационной бригаде и др.). В связи с этим мы предлагаем сохранить традиционное понимание нейропсихологической реабилитации как системы клиничко-психологических восстановительных мероприятий, направленных

на когнитивную сферу больного (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова).

В нашей стране основоположником особого направления нейропсихологии, связанного с восстановлением ВПФ, является Александр Романович Лурия, использующий в одном из своих первых трудов «Восстановление функций мозга после военной травмы» (1948) термин «длительное сознательное обучение»; такое обучение начинается с того, что «сами дефектные операции, никогда раньше не осознававшиеся в полной мере, становятся предметом осознания больного, который начинает вовлекать в этот процесс новые средства, все время продолжая сознавать применяемую им систему приемов» (Там же, с. 71), или «восстановительное обучение», «делавшее предметом сознательной работы перестройку дефектных компонентов» (Там же, с. 74), иными словами – восстановление ВПФ у людей с поражениями головного мозга путем перестройки функциональных систем через совокупность специальных приемов.

Сегодня на смену термину «сознательное восстановительное обучение» приходят термины «восстановление ВПФ» или «восстановление/реабилитация когнитивных функций». Связано это с необходимостью разграничения сфер профессиональной деятельности медицинских психологов и специалистов смежных профессий (логопедов, неврологов, инструкторов по лечебной физкультуре). Говоря о восстановительном обучении, А.Р. Лурия прежде всего имел в виду сложный процесс совместной деятельности пациента и психолога по перестройке нарушенных функциональных систем психики, а не педагогический процесс в классическом его понимании.

В зарубежных работах второй половины XX в. используется термин «когнитивная реабилитация» (Stuve, Erikson, Spaulding, 1991), который, на наш взгляд, по своему значению шире термина «восстановление ВПФ». Ряд современных за-

рубежных авторов используют термины «когнитивная реабилитация» и «нейропсихологическая реабилитация» как синонимы (Sohlberg, Mateer, 2001).

В современных работах по когнитивной реабилитации акцент делается на улучшении когнитивных функциональных возможностей больных разных клиник в их повседневной жизни. Такая задача может быть решена как путем восстановления нарушенных ВПФ, так и с помощью использования больным компенсаторных замещающих поведенческих стратегий или устройств, когда восстановление ВПФ невозможно (Cicerone et al., 2000). Таким образом, когнитивная (нейропсихологическая) реабилитация является важной частью психологической реабилитации, особенно в неврологической клинике.

К настоящему времени становится очевидным, что невозможно игнорировать психологический и социальный аспекты реабилитации, так как больной человек переживает свое состояние, утрату части своего Я, нарушаются межличностные взаимодействия, в том числе и семейные. Кроме того, человек продолжает жить в обществе, и ему приходится решать вопросы социального взаимодействия в новом статусе и с новыми, ограниченными, возможностями. Признание блока психологической реабилитации ставит перед клинической психологией ряд дальнейших вопросов. Во-первых, если в одних областях предложены конкретные принципы и методы работы (в частности, в нейропсихологической реабилитации), то в других они лишь разрабатываются (например, во многих областях соматической клиники), и нередко под другими названиями (психокоррекции, психотерапии, социальных программ, пациент-центрированных интервенций) (Вассерман, Трифонова, Щелкова, 2011; Schwarzer, Lippke, Luszczynska, 2011; McAndrew et al., 2008; Martin, Haskard-Zolnieriek, DiMatteo, 2010). Особую актуальность приобретают моде-

ли, описывающие иерархию и реципрокное взаимодействие различных факторов (Kennedy, 2012b). Во-вторых, важной задачей психологической реабилитации является преодоление разрыва между теорией и практикой (Там же), при котором эмпирически обоснованные модели нередко не находят своего практического воплощения, а действительная помощь оказывается стихийно и интуитивно. В-третьих, вопросы активности больного в преодолении своих дефектов, а не пассивного приспособления к ним, места больного человека в сложной системе реабилитации являются наиболее трудными и во многом остаются открытыми. Наконец, дискуссионными остаются вопросы принципов и методов оценки эффективности реабилитации (Merbitz, Merbitz, Ripsch, 2012). Биопсихосоциальный подход к здоровью и болезни, являясь в первую очередь скорее методологическим и этическим ориентиром, нежели конкретной научной моделью (Рассказова, Тхостов, 2015), указывает на важность учета при реабилитации индивидуальных целей пациента, уровня его функционирования, социальной системы и качества жизни – но не предлагает четких способов интеграции их в оценку эффективности. Междисциплинарный подход к реабилитации дополнительно ставит задачи сравнительной экономичности интервенций (Kennedy, 2012b) и как можно более широкого охвата нуждающихся в помощи людей (Gielen, McDonald, 2002; Glasgow, 2002; Prochaska, Wright, Velicer, 2008). Конкретное воплощение этих задач при планировании и оценке эффективности психологической реабилитации должно осуществляться через оценку достижения целей реабилитации с помощью доменов МКФ¹, шкалы достижения целей GAS (Goal Attainment Scale) и других аналогичных инструментов (Wilson, 2003a).

¹ МКФ – международная классификация функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья.

1. *Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Шелкова О.Ю.* Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. Практическое руководство. СПб.: Речь, 2011. .
Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Yu. Psihologicheskaya diagnostika i korekciya v somaticheskoy klinike. Prakticheskoe rukovodstvo [Psychological diagnostics and correction in the somatic hospital. A Practical Guide]. SPb.: Rech', 2011.
2. *Глозман Ж.М.* Социальная реабилитация нейрохирургических больных: проблема и методика оценки // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 14. Психология. 1990. № 1. С. 13–24.
Glozman Zh.M. Social'naya reabilitaciya neyrohirurgicheskikh bolnyh: problema i metodika ocenki [Social rehabilitation of neurosurgical Boltnev: the problem and the method of estimation] // Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14. Psihologiya. 1990. N 1. S. 13–24.
3. *Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004.
Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Psihosocial'naya terapiya i psihosocial'naya reabilitaciya v psixiatrii [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry]. M.: ID Medpraktika-M, 2004.
4. *Зинченко Ю.П.* Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований // Нац. психол. журн. 2011. № 1 (5). С. 42–49.
Zinchenko Yu.P. Metodologicheskie problemy fundamental'nyh i prikladnyh psihologicheskikh issledovanij [Methodological problems of fundamental and applied psychological research] // Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal. 2011. N 1 (5). S. 42–49.
5. *Кабанов М.М.* Больной и среда в процессе реабилитации // Вестн. АМН СССР. 1977. № 4. С. 55–60.
Kabanov M.M. Bol'noj i sreda v processe reabilitacii [The patient and the environment in the process of rehabilitation] // Vestnik AMN SSR. 1977. N 4. S. 55–60.
6. *Кабанов М.М.* Реабилитация психически больных. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985.
Kabanov M.M. Reabilitaciya psihicheski bol'nyh. 2-e izd., dop. i pererab. [The rehabilitation of the mentally ill] L.: Medicina, 1985.
7. *Клиническая психология: энциклопедический словарь / Под общ. ред. Н.Д. Твороговой. М.: Практическая медицина, 2016.*
Klinicheskaya psihologiya: ehnciklopedicheskij slovar' [Clinical Psychology: Encyclopedic Dictionary] / Pod obshej red. N.D. Tvorogovoj. M.: Prakticheskaya medicina, 2016.

8. *Клочкова Е.В.* Введение в физическую терапию: реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями неврологической природы. М.: Теревинф, 2014.
Klochkova E.V. Vvedenie v fizicheskuyu terapiyu: reabilitaciya detej s cerebral'nyh paralichom i drugimi dvigatel'nymi narusheniyami neurologicheskoj prirody [Introduction to physical therapy: rehabilitation of children with cerebral palsy and other motor disorders of neurological nature]. М.: Terevinf, 2014.
9. *Коган О.Г., Найдин В.Л.* Медицинская реабилитация в неврологии и нейрохирургии. М.: Медицина, 1988.
Kogan O.G., Najdin V.L. Medicinskaya reabilitaciya v neurologii i nejrohirurgii [Medical rehabilitation in neurology and neurosurgery]. М.: Medicina, 1988.
10. *Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине. Прага: Авицenum, 1983.
Konechnyj R., Bouhal M. Psihologiya v medicine [Psychology in medicine]. Praga: Avicenum, 1983.
11. *Лурия А.Р.* Восстановление функций мозга после военной травмы. М.: Изд-во Академии мед. наук СССР, 1948.
Luriya A.R. Vosstanovlenie funkcij mozga posle voennoj travmy [Recovery of brain function after a war injury]. М.: Izdatel'stvo Akademii Medicinskih nauk SSSR, 1948.
12. *Маккавейский П.А., Шестаков В.П., Каменков К.А.* Об определении понятия «Реабилитация больных и инвалидов» // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2000. № 4. С. 27–32.
Makkavejskij P.A., Shestakov V.P., Kamenkov K.A. Ob opredelenii ponyatiya «Reabilitaciya bol'nyh i invalidov» [On the definition of «Rehabilitation of sick and disabled people»] // Mediko-social'naya ehkspertiza i reabilitaciya. 2000. N 4. S. 27–32.
13. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Geneva: WHO, 2001. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85930/1/9241545445_rus.pdf
Mezhdunarodnaya klassifikaciya funkcionirovaniya, ogranichenij zhiznedeyatel'nosti i zdorov'ya [The International Classification of Functioning, Disability and Health]. Geneva: WHO, 2001. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85930/1/9241545445_rus.pdf
14. *Мясищев В.Н.* Психология отношений. М.: Ин-т практической психологии; Воронеж: НПО МОДЭК, 1995.
Mjasischev V.N. Psihologiya otnoshenij [Psychology of relations]. М.: Institut prakticheskoj psihologii, Voronezh: NPO MODEK, 1995.
15. *Неретин В.Я., Николаев Н.К.* Реабилитация больных с цереброваскулярными нарушениями. М.: Медицина, 1986.
Neretin V.Ya., Nikolaev N.K. Reabilitaciya bol'nyh s cerebrovaskulyarnymi narusheniyami [Rehabilitation of patients with cerebrovascular disorders]. М.: Medicina, 1986.
16. *Николаева В.В.* Влияние хронической болезни на психику М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. 168 с.
Nikolaeva V.V. Vliyaniye hronicheskoy bolezni na psihiku [The impact of chronic disease on the psyche]. М.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta, 1987.
17. *Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш.* Биопсихосоциальный подход к пониманию здоровья и болезни // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2015. № 2. С. 17–21.
Rasskazova E.I., Thostov A.Sh. Biopsichosocial'nyj podhod k ponimaniyu zdorov'ya i bolezni [Biopsychosocial approach to understanding health and disease] // Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva. 2015. N 2. S. 17–21.
18. *Стёпин В.С.* Саморазвивающиеся системы и постнеклассическая рациональность // Вопр. филос. 2003. № 8. С. 5–17.
Stypin V.S. Samorazvivayushchiesya sistemy i postneklassicheskaya racional'nost' [Self-developing system and postnonclassical rationality] // Voprosy filosofii. 2003. N 8. S. 5–17.
19. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-ot-21-noyabrya-2011-g-323-fz-ob-osnovah-ohrany-zdorovya-grazhdan-v-rossiyskoj-federatsii>
Federal'nyj zakon ot 21 noyabrya 2011 g. N 323-FZ «Ob osnovah ohrany zdorov'ya grazhdan v Rossijskoj Federacii» [Federal Law of 21 November 2011. № 323-FZ “On the basis of public health protection in the Russian Federation”] <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-ot-21-noyabrya-2011-g-323-fz-ob-osnovah-ohrany-zdorovya-grazhdan-v-rossiyskoj-federatsii>
20. *Цветкова Л.С.* Нейропсихологическая реабилитация больных. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985.
Tsvetkova L.S. Nejropsihologicheskaya reabilitaciya bol'nyh [Neuropsychological rehabilitation of patients]. М.: Izd-vo Mosk. un-ta, 1985.
21. *Цубер Й., Веис Й., Кох У.* Психологические аспекты реабилитации // Клиническая психология / Под ред. М. Пере, У. Бауманна. СПб.: Питер, 2002. С. 611–636.

- Cuber J., Vejs J., Koh U.* Psihologicheskie aspekty rehabilitacii [Psychological aspects of rehabilitation] // Klinicheskaya psihologiya. Pod red. M. Perre, U. Baumann. SPb.: Piter, 2002. S. 611–636.
22. *Юнусов Ф.А.* и др. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом / Юнусов Ф.А., Гайгер Г., Микус Э., Манувальд О. М.: Общероссийский общественный фонд «Социальное развитие России», 2008.
- Yunusov F.A., Gajger G., Mikus E.H., Manuval'd O.* Organizaciya mediko-social'noj rehabilitacii za rubezhom [Organization of medical and social rehabilitation abroad.] M.: Obshcherossijskij obshchestvennyj fond «Social'noe razvitie Rossii», 2008.
23. *Ben-Yishay Y., Diller L.* Handbook of holistic neuropsychological rehabilitation: outpatient rehabilitation of traumatic brain injury. Oxford: Oxford Univ. Press, 2011.
24. *Cicerone K.D.* et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice / Cicerone K.D., Dahlberg C., Kalmar K., Langenbahn D.M., Malec J.F., Bergquist T.F., Felicetti T., Giacino J.T., Harley J.P., Harrington D.E., Herzog J., Kneipp S., Laatsch L., Morse P.A. // Arch. Physical Med. Rehab. 2000. V. 81. N 12. P. 1596–1615.
25. *Engel G.L.* The clinical application of the biopsychosocial model // Am. J. Psychiat. 1980. V. 137. N 5. P. 535–544.
26. *Gielen A.C., McDonald E.M.* Using PRECEDE-PROCEED planning model to apply health behavior theories / Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. (eds). Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 409–436.
27. *Gillen G.* Cognitive and perceptual rehabilitation: optimizing functioning. St Louis, MO: Mosby Elsevier, 2009.
28. *Glasgow R.E.* Evaluation of theory-based interventions: The RE-AIM model / Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. (eds). Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2002. P. 530–544.
29. *Kennedy P.* Rehabilitation psychology: Introduction, review, and background // Kennedy P. (ed.). Oxford handbook of rehabilitation psychology. Oxford: Oxford Univ. Press, 2012a. P. 3–9.
30. *Kennedy P.* Rehabilitation psychology: The continuing challenge // Kennedy P. (ed.). Oxford handbook of rehabilitation psychology. Oxford: Oxford Univ. Press, 2012b. P. 574–575.
31. *Martin L.R., Haskard-Zolnierek K.B., DiMatteo M.R.* Health behavior change and treatment adherence. Evidence-based guidelines for improving healthcare. Oxford: Oxford Univ. Press, 2010.
32. *McAndrew L.M.* et al. Using the common-sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process / McAndrew L.M., Musumeci-Szabo T.J., Mora P.A., Vilekyte L., Burns E., Halm E.A., Leventhal E.A., Leventhal H. // Brit. J. Health Psychol. 2008. V. 13. P. 195–204.
33. *McLellan D.L.* Functional recovery and the principles of disability medicine // Swash M., Oxbury J. (eds). Clinical neurology. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1991. P. 768–790.
34. *Merbitz N.H., Merbitz C.T., Ripsch J.P.* Rehabilitation outcomes and assessment: toward a model of complex adaptive rehabilitation // Kennedy P. (ed.). Oxford handbook of rehabilitation psychology. Oxford: Oxford Univ. Press, 2012. P. 96–127.
35. *Pickett S.A., Cook J.A., Razzano L.* Psychiatric rehabilitation services and outcomes: an overview // Horwitz A.V., Scheid T.L. (eds). A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2006. P. 484–492.
36. *Prigatano G.P.* Principles of neuropsychological rehabilitation. N.Y.: Oxford Univ. Press, 1999.
37. *Prochaska J.O., Wright J.A., Velicer W.F.* Evaluating theories of health behavior change: A hierarchy of criteria applied to the transtheoretical model // Appl. Psychol. 2008. V. 57. N 4. P. 561–588.
38. *Rivera P.A.* Families in rehabilitation // Kennedy P. (ed.). Oxford handbook of rehabilitation psychology. Oxford: Oxford Univ. Press, 2012. P. 160–170.
39. *Rugulies R., Aust B., Syme S.L.* Epidemiology of health and illness: socio-psycho-physiological perspective // Sutton S., Baum A., Johnston M. (eds). The SAGE handbook of health psychology. L.; Thousand Oaks CA; New Delhi: The SAGE Publications, 2005. P. 27–68.
40. *Schwarzer R., Lippke S., Luszczynska A.* Mechanisms of health behavior change in persons with chronic illness or disability: The health action process approach // Rehab. Psychol. 2011. V. 56. N 3. P. 161–170.
41. *Smithson E.F., Kennedy P.* Organization and planning in person-centered hospital-based rehabilitation services // Kennedy P. (ed.). Oxford handbook of rehabilitation psychology. Oxford: Oxford Univ. Press, 2012. P. 128–142.
42. *Stiers W.* et al. Rehabilitation psychology / Stiers W., Perry K.N., Kennedy P., Scherer M.J. // Martin P.R., Cheung F.M., Knowles M.C., Kyrios M., Overmier J.B., Prieto J.B. (eds). IAAP handbook of applied psychology. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011. P. 573–587.
43. *Sohlberg M.M., Mateer C.A.* Cognitive rehabilitation: An integrated neuropsychological approach. N.Y.: Guilford Press, 2001.
44. *Stuve P., Erikson R., Spaulding W.* Neuropsychology: The next step in psychiatric rehabilitation // Psychosoc. Rehab. J. 1991. V. 15. N 1. P. 9–26.

45. *Varako N.* et al. Interdisciplinary rehabilitation of a patient with right brain injury and recurrent depression / *Varako N.*, *Dobrushina O.*, *Zinchenko Y.*, *Martynov S.*, *Kovyazina M.* // *Eur. Psychiat.* 2016, V. 33. P. S243–S243.
46. *Wilson B.A.* Goal planning rather than neuropsychological tests should be used to structure and evaluate cognitive rehabilitation // *Brain Impair.* 2003a. V. 4. N. 01. P. 25–30.
47. *Wilson B.A.* The theory and practice of neuropsychological rehabilitation: An overview // *Wilson B.A.*, *Zangwill O.L.* (eds). *Neuropsychological rehabilitation: Theory and practice.* Exton, PA: Swets & Zeitlinger, 2003b. P. 1–10.
48. *Wilson B.A.* et al. *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome* / *Wilson B.A.*, *Gracey F.*, *Evans J.J.*, *Bateman A.* N.Y.: Cambridge Univ. Press, 2009.
59. *Winter K.* The physician and the human psyche // *Z. Arztl Fortbild (Jena).* 1973. V. 67. N 7. Ph305–307.

Поступила в редакцию 12. VII 2016 г.

ЦЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ КИТАЙСКИХ И РОССИЙСКИХ СТУДЕНТОВ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИОРИТЕТОВ

О.И. ДАНИЛЕНКО, Ц. ЛИ, И. СЮЙ

Санкт-Петербургский государственный университет (СПбГУ)

В статье представлены результаты сравнительного анализа ценностных приоритетов китайских и российских студентов. В исследовании участвовали 487 студентов (в том числе 300 китайских и 187 российских), обучающихся на разных курсах высших учебных заведений по техническим специальностям. Средний возраст испытуемых 21 год. Для сбора данных использовался «Опросник ценностей» Ш. Шварца, адаптированный в России В.Н. Карандышевым, а в Китае Л. Счжонминь. В качестве методов математической статистики были использованы описательные статистики, а также коэффициент ранговой корреляции *r*-Спирмена. По результатам проведенного исследования была обнаружена высокая степень сходства в иерархии ценностных ориентаций российских и китайских студентов. В число приоритетных в обеих выборках входят ценности, мотивирующие на достижение личного успеха и проявление самостоятельности, на заботу о благополучии близких людей. Выявлены различия в ценностных иерархиях: ценность «безопасность», мотивационная цель которой состоит в обеспечении безопасности общества и самого себя, занимает первое место по значимости у российских студентов и шестое – у китайских; ценность «гедонизм» находится в числе наименее значимых у китайских студентов, у российских студентов она находится в середине иерархии личностных ценностей. Выявленное сходство ценностных приоритетов объясняется близостью «культурных профилей», определяемых на основании сравнения ценностей культуры России и Китая (Ш. Шварц); подобием процессов, происходивших в XX в. при реализации задачи построения социализма; тем, что в последние десятилетия в наших странах происходит реформирование экономики и политического устройства. Предпосылки различий коренятся в особенностях проведения реформ в России и Китае, в специфических обстоятельствах социализации российской и китайской молодежи. Соответствие ценностных приоритетов студентов задачам их становления как субъектов