

ВОЗМОЖНОСТИ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ

МОЖЛИВОСТІ СІМЕЙНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ХВОРИМИ

О. Г. ЛУЦЕНКО, О. С. БАЛАБУХА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Показан взгляд на онкологические заболевания как на психосоматическую патологию и рассмотрены основанные на нем возможности системной семейной психотерапии при лечении онкологических больных.

Ключевые слова: онкологические больные, семейная психотерапия.

Показано погляд на онкологічні захворювання як на психосоматичну патологію і розглянуто засновані на ньому можливості системної сімейної психотерапії при лікуванні онкологічних хворих.

Ключові слова: онкологічні хворі, сімейна психотерапія.

Психосоматический подход в медицине — новая форма мышления, которая предполагает особый взгляд на этиологию, патогенез и, соответственно, лечение заболеваний [1]. Он базируется на аксиоме, которая, в принципе, давно известна и провозглашается в медицине в виде лозунга, но на деле (и в науке, и в практике) не выполняется или выполняется в очень незначительной степени. Эта аксиома: «Лечи не болезнь, а больного».

В настоящее время во всем западном мире медицина сосредоточена почти исключительно на работе с телом больного человека, фактически его рассматривают как машину, как пассивный сломавшийся объект, в котором нужно найти и починить поломку, заменить испорченную деталь [2]. Подробнейшим образом изучаются такие же механические причины развития патологических изменений в организме, исследуются тончайшие физико-химические механизмы заболеваний, на генетическом, клеточном, внутриклеточном и даже молекулярном уровне определяются поломки и разрабатываются тончайшие способы воздействия на тело.

И тем не менее больных не становится меньше. Подавляющее большинство хронических заболеваний медицина не может излечить — в лучшем случае удается лишь достичь ремиссии и какое-то время способствовать ее поддержанию, в худшем — лишь сдерживается быстрое развитие болезни. А нередко болезнь и вовсе не подвластна врачам.

В связи с этим возникает вопрос: возможно, медицинская наука не замечает чего-то концептуально важного? Ведь практика — критерий истины.

Может быть, заблуждением является слишком механистическая парадигма, чрезмерная сосредоточенность на теле и игнорирование тех процессов, которые происходят в психике?

В противовес, вернее в дополнение, такому подходу в XX в. зародилась психосоматическая форма мышления, в соответствии с которой болезнь рассматривается через призму неразрывного единства тела и психики, их взаимного влияния и взаимной обусловленности. При этом человек рассматривается уже не как объект, а как активный субъект, живущий в определенной социальной среде, которая может патогенно воздействовать на него в такой же мере, как и загрязненный воздух или высокий уровень радиации.

Психосоматическому подходу менее 100 лет. За эти годы достигнуты определенные успехи, но они еще несоизмеримо малы в сравнении с тем, насколько продвинулась вперед соматическая медицина.

Психосоматика изучает взаимосвязь между телом и психикой и роль их влияния друг на друга при возникновении заболеваний. В ней самой существуют два направления: соматоцентрическое и психоцентрическое [1]. Первое представляет собой преимущественно изучение того, как соматическое заболевание влияет на психику человека. Исследуются нозогенные реакции — воздействие клинических проявлений и течения болезни на субъективное восприятие пациентом своего заболевания, и особенности психических расстройств, манифестация которых связана с соматическим страданием (соматогении и психогенные со-

стояния, обусловленные комплексом психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием). В этом направлении наука заметно продвинулась вперед.

В рамках второго подхода анализируется влияние на возникновение, клиническое течение и прогноз заболевания острого стресса, а также различных характеристик, связанных с психическим статусом пациента. Здесь поле знаний вспахано еще совсем мало. В настоящее время остаются огромные просторы для научных исследований.

Но все же накопленные данные позволили очертить круг заболеваний, которые назвали психосоматическими. Их семь: бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертензия, нейродермит, ревматоидный артрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и гипертиреоз. Признано, что для их возникновения недостаточно воздействия на человека одних только физических или одних психологических неблагоприятных факторов — они развиваются в случаях сочетания, совместного воздействия. При этом психическая травма нередко является толчком к началу болезни.

Так, например, Франц Александер, один из основателей психосоматической медицины, рассматривая психологическую составляющую этиологических факторов бронхиальной астмы, указывает на наличие у больных неосознаваемого внутриличностного конфликта, состоящего в неразрешенной зависимости от матери [3]. По его мнению, «все, что угрожает отделению пациента от защищающей матери или от замещающего ее человека, может спровоцировать астматический приступ». При этом он ссылается на Э. Вейса, который выдвинул теорию о том, что приступ астмы представляет собой подавленный плач, вызывающий к матери. Эта теория была подтверждена данными о том, что подавляющему большинству больных с таким заболеванием трудно плакать, а в тех случаях, когда пациент может дать выход своим чувствам через плач, приступ астмы прекращается.

Благодаря накопленным в медицинской психологии новым данным, сторонники психосоматического подхода стали все больше говорить о том, что в качестве психосоматических следует рассматривать значительно более широкий круг заболеваний. Н. Пезешкиан, А. Менегетти, И. Малкина-Пых, Г. Аммон, Ф. Александер, Р. Штайнер, Дж. Браун и другие исследователи в настоящее время причисляют к ним ишемическую болезнь сердца, гипотиреоз, сахарный диабет, ожирение и нервную анорексию, многие кожные болезни, мигрень и даже такие инфекционные заболевания, как ангина или туберкулез. И этим круг психосоматических заболеваний далеко не ограничивается [1–7].

По мнению указанных авторов, к числу психосоматических следует относить и онкологические заболевания. Такая точка зрения не является случайной или необоснованной. В последние годы психологическими и психосоматическими аспектами рака активно занимаются ученые во многих странах мира. Имеется множество данных, указывающих на взаимосвязь между психическими травмами, пережитыми человеком накануне заболевания, и возникновением у него злокачественного новообразования или метастазированием опухоли после успешного лечения, а также рецидивированием заболевания. Изучены некоторые индивидуально-психологические особенности онкологических больных. Например, К. Саймонтон, С. Саймонтон [8] обращают внимание на то, что многие из этих больных накануне клинической манифестации заболевания довольно долгое время переживали депрессию и им, хотя далеко не все из них осознавали это, легче было умереть, чем решить проблему, которая казалась для них совершенно неразрешимой [8].

В ряде случаев для некоторых людей смерть является выходом из сложной ситуации, вернее, так это воспринимается ими на бессознательном уровне. Н. Пезешкиан, И. Малкина-Пых, Р. Дилтс говорят о «вторичной выгоде» онкологического заболевания для человека, которая, конечно же, им не осознается [1, 2, 8, 9]. К. Саймонтон приводит даже случаи развития депрессии у больных после сообщения им о том, что болезнь отступила.

А. Менегетти [4] утверждает, что причина возникновения злокачественной опухоли находится исключительно в области психики. Он пишет: «За всю мою клиническую, психотерапевтическую практику неизменно присутствовало волевое — отчасти осознанное, отчасти бессознательное — стремление объекта, приводящее его к болезни», и указывает на то, что человек, столкнувшись с объективно сложной ситуацией, может либо адаптироваться к ней через изменение самого себя посредством личностного роста, либо уйти. В тех случаях, когда он приспособливается лишь внешне, не меняя себя, он расплачивается болезнью.

По мнению А. Менегетти, характерной установкой онкологического больного является решение: «Или я буду таким, каким должен, или умру! Не желаю ничего менять!». Ученый обращает внимание на то, что в некоторых случаях окружающая среда изменяется сама собой, в силу стечения обстоятельств, и подчеркивает, что тщательный анализ необъяснимых случаев излечения от опухоли показывает, что либо субъект поменял среду, либо среда изменилась сама.

Таким образом, А. Менегетти в своих работах обращает внимание на то, что избежать смерти

можно путем изменения либо индивидуально-психологических особенностей личности онкологического больного, либо социальной среды, в которой он живет. Мы добавляем: возможен еще и третий вариант, заключающийся в сочетании двух первых.

Такие преобразования иногда возникают сами собой. Столкновение с реальностью собственной надвигающейся смерти, осознание собственной конечности в ряде случаев приводит человека к коренной переоценке ценностей, к серьезным внутренним изменениям, заставляет уйти из неблагоприятной среды [10]. Но с онкологическими больными в большинстве случаев это не происходит в силу их психологической ригидности [1, 10, 11].

В связи с этим очерчиваются задачи психотерапии онкологических больных. Это, во-первых, коррекция индивидуально-психологических особенностей личности, во-вторых, — влияние на социальную среду, в которой живет больной человек. Такой средой в первую очередь является семья.

Психологическая коррекция индивидуальных особенностей личности онкологического больного, предрасполагающих к развитию болезни, — важная сторона психотерапевтического процесса. Но в данной статье мы остановимся на других моментах: во-первых, на том, как возникновение заболевания, его дальнейшее прогрессирование или, наоборот, ремиссия, зависят от семьи больного, во-вторых, на потенциальных возможностях его семейной психотерапии.

Безусловно, для каждого человека, столкнувшегося с заболеванием, приводящим к смерти, калечащим, ограничивающим свободу и привычный образ жизни, психологическая и всякая иная поддержка близких людей, семьи чрезвычайно важна. Ему крайне необходимы внимание, любовь, забота близких. Нередко именно благодаря родственникам и ради них онкологический больной преодолевает свой страх, соглашается на лечение, борется за жизнь. Они поддерживают (или нет) его веру в выздоровление, надежду на то, что он будет жить. При этом дети, родители, супруги, братья и сестры в подавляющем большинстве случаев сами нуждаются в психологической помощи (хотя в нашей стране при таких обстоятельствах крайне редко за ней обращаются). Семейная психотерапия и психотерапия членов семьи онкологического больного — идеальная ситуация, к которой, безусловно, следует стремиться, поскольку это способствует лечению. Но мы хотим обратить внимание на семью как на систему, в которой действуют следующие закономерности: 1) в каждой системе целое больше, чем сумма отдельных элементов; 2) нечто, затрагивающее систему в целом, влияет на каждый отдельный элемент внутри ее; 3) расстройство или измене-

ние в одной ее части ведет к изменению других частей и системы в целом [12].

На этих положениях базируется системная семейная психотерапия, являющаяся с экономической и терапевтической точек зрения одним из наиболее перспективных направлений. При таком подходе отдельный человек не является клиентом или объектом воздействия, клиентом является вся семья в своем единстве. В ней все взаимосвязано, она — единое целое, единый биологический и психологический организм.

Одно из важнейших достижений системного подхода — то, что он позволил определить системный характер поведения и сформировать целостный взгляд на имеющуюся клиническую ситуацию, организовать систему психотерапевтических интервенций, связанных с воздействием на разные уровни организации — индивидуальный, семейный, групповой и социальный [12].

Эффективным методом системной семейной психотерапии является метод семейных расстановок Б. Хеллингера [12]. Он сделал целый ряд важнейших открытий, касающихся бессознательных мотивов поведения, чувств, мыслей и болезней человека — члена своей семейной системы, своего рода. Этот метод, а также созданный позже метод рефлексивных расстановок с помощью игрушек, позволяют пациенту, обратившемуся к психотерапевту, быстро и легко увидеть и осознать ранее неосознававшиеся источники его проблем, что дает возможность многое изменить.

Б. Хеллингер, анализируя опыт работы с онкологическими больными, пишет о том, что для многих из них характерно бессознательное стремление к смерти, это же утверждают и авторы [1, 4, 8, 13]. С точки зрения Б. Хеллингера, одними из наиболее частых причин такого стремления являются любовь и преданность — родителей по отношению к умершим детям, детей — по отношению к родителям, мужа — по отношению к жене, жены — по отношению к мужу, любовь между братьями и сестрами, бабушками, дедушками и внуками. Б. Хеллингер отмечает, что осознание больным психологической причины своего заболевания позволяет изменить ситуацию так, что стремление к смерти исчезает, и у больного значительно возрастает шанс выздороветь. Он предлагает ключевые разрешающие фразы, которые дают возможность продлить человеку жизнь [цит. по 13].

В своей психотерапевтической практике мы неоднократно наблюдали подтверждение идей Б. Хеллингера. В качестве примера приведем один из недавних случаев работы с онкологическими больными.

К нам обратился больной Ш., 55 лет, с диагнозом рак языка. Попытка выяснить, какую психическую

травму он перенес (за 1,5–2 года и ранее) до появления первых симптомов заболевания, не дала никаких результатов: болезнь возникла, со слов больного, на фоне полного физического и психологического благополучия. Выяснение семейного анамнеза позволило обнаружить следующие факты.

Пациент состоит во втором браке. Отношения с женой и ее дочерью великолепные. От первого брака есть двое взрослых дочерей и трое внуков. Отношения с ними он также характеризует как прекрасные. Первая жена, которую он очень любил, умерла в 1992 г. от рака молочной железы. В то время он «хотел уйти за ней», но нужно было поставить детей на ноги. На вопрос: «Сейчас дети уже встали на ноги. Теперь можно и уйти?» — больной ответил: «Похоже, что так». Через год после смерти жены уехал на заработки на Камчатку. Новая жизнь, новые впечатления помогли ему вернуться к жизни. Женился во второй раз.

Мы предложили Ш. расставить фигуры, символизирующие его, детей и обеих жен. Он расположил фигуры так, что сам находился рядом (вплотную) со своей первой женой, а дети и вторая жена со своей дочерью находились от него на большом расстоянии. Это позволило Ш. осознать, что в глубине души он все еще ставит себя рядом с умершей женой. Попытка поставить фигуру, символизирующую ее, на некотором расстоянии от него вызвала протест: «Я хочу быть рядом с ней». Тогда мы предложили поставить фигуры как ему захочется, но так, чтобы он был рядом с живой женой. В итоге получилась троица: вплотную от него справа — вторая жена, слева — первая. Далее дословно приводим его слова: «Это моя мечта. Я хочу быть похороненным так, чтобы рядом со мной были обе женщины». Мы обратили его внимание на эти слова — он стремится не к жизни, а к тому, чтобы умереть.

Затем мы указали пациенту на тот факт, что все шесть расставленных фигур смотрят в прошлое, прикованы к какому-то событию или лицу из прошлого семьи (ориентация фигур лицом к пациенту). После нескольких секунд размышлений больной сказал: «Это мой дед — он уже умер. Я очень любил его. Он очень много значил в моей жизни, был легендой семьи, тем, на кого всегда молились. Я и сейчас мысленно и даже вслух разговариваю с ним, хорошо помню, как он выглядел, хотя уже забыл лица родителей». Это был третий момент в данной расстановке, который на бессознательном уровне препятствовал стремлению к жизни.

Тогда мы предложили добавить в расстановку фигуры внуков. Пациент расположил их непосредственно перед собой лицом к себе и тогда сказал: «А вот теперь я хочу жить».

К сожалению, объем статьи не позволяет приводить детали расстановки. Но можем сказать, что пациентом были произнесены разрешающие фразы, и он ушел с легкой душой и стремлением к жизни. А нам остается ожидать, что те изменения, которые произошли в его душе, повлекут изменения в теле, поскольку, исходя из общей теории систем, в единой системе (в том числе и в человеке как системе) все взаимосвязано, и изменения в одной ее части неизбежно повлекут изменения в другой.

В настоящее время накоплено огромное количество подобных наблюдений. Все они, безусловно, нуждаются в проведении клинических испытаний, серьезной статистической обработки. Такая работа ведется на кафедре реабилитации и психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования.

Л и т е р а т у р а

1. *Малкина-Пых И. Г.* Психосоматика: Новейший справочник.— М.: Эксмо, 2003.— 928 с.
2. *Пезешкиан Н.* Психосоматика и позитивная психотерапия.— М.: Медицина, 1996.— 464 с.
3. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и применение: Пер. с англ.— М.: Ин-т общегуман. исслед., 2004.— 336 с.
4. *Менегетти А.* Психосоматика: Пер. с итал. Онтопсихология.— 2005.— 328 с.
5. *Аммон Г.* Психосоматическая терапия: Пер. с нем.— СПб.: Речь, 2000.— 238 с.
6. *Штайнер Р.* Здоровье и болезни: Основы теории чувственного восприятия.— Ереван: Лонгин, 2006.— 432 с.
7. *Браун Дж.* Психосоматический подход // Психосоматика: Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия.— Минск: Харвест, 1999.— 640 с.
8. *Самойтон К., Самойтон С.* Психотерапия рака: Пер. с англ.— СПб.: Питер, 2001.— 288 с.
9. *Дилтс Р., Халлбом Т., Смит С.* Убеждения: пути к здоровью и благополучию: Пер. с англ.— Екатеринбург: ЭКО ЭНРОФ, 1994.— 184 с.
10. *Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия.— М.: Класс, 1999.— 576 с.
11. *Балабуха О. С.* Анксиозні порушення у онкологічних хворих з неспсихотичними психічними розладами та їх психотерапія: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Харьков, 2004.— 20 с.
12. *Малкина-Пых И. Г.* Семейная терапия.— М.: Эксмо, 2005.— 992 с.
13. *Вебер Г.* Два рода счастья: Пер. с нем. Системно-феноменологическая психотерапия Берта Хеллингера.— М.: Ин-т консулт. и системных решений, 2005.— 332 с.

Поступила 20.11.2006