

ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Профессор Д.С. ЧЕРНАВСКИЙ, доцент М.В. ВОРОНОВ,
профессор С.О. ГРИМБЛАТ, И.В. РОДШТАТ

*Физический институт им. П.Н. Лебедева РАН, Москва, Российская Федерация,
Харьковский институт Межрегиональной академии управления персоналом*

Изложена точка зрения авторов на некоторые возможные механизмы психотерапевтического воздействия, в частности в комплексной терапии онкопатологии. Приводятся условия, необходимые для эффективного влияния психотерапевта на ход репаративных процессов при лечении больных со злокачественными новообразованиями. Представлен краткий анализ клинического наблюдения из практики одного из авторов.

Излечение, т.е. возвращение человека в нормальное соматическое и психическое состояние, возможно либо за счет внешних воздействий (терапевтических, хирургических и др.), либо за счет мобилизации внутренних ресурсов организма. Последнее играет роль на начальных стадиях заболевания, но на поздних происходит сравнительно редко. Тем не менее, сейчас уже зарегистрировано много таких случаев, так что эффект спонтанного исцеления можно считать существующим.

Большую роль психическое состояние играет и в демографии. И.А. Гундаревым [1] на большом статистическом материале показано, что смертность четко коррелирует с такими показателями психического состояния населения, как частота самоубийств и уровень преступности. Важен при этом и фактор надежды на лучшее будущее. Во время Отечественной войны смертность среди мирного населения резко возрастала до середины 1943 г., а затем существенно сократилась, несмотря на то, что материальные условия в 1943–1945 гг. не улучшились. Автор относит этот эффект за счет улучшения духовного (психического) состояния общества — после победы под Сталинградом появилась надежда на лучшее будущее.

В медицине хорошо известен эффект плацебо, когда сама надежда на то, что новое лекарство должно помочь, уже оказывает положительное терапевтическое воздействие. Такой же эффект может вызвать и разговор с врачом, если он вселяет надежду, — психотерапия.

Сегодня психотерапия является общепризнанным методом лечебного воздействия при многих психических и психосоматических расстройствах. Однако молекулярные, биохимические и биофизические механизмы психотерапии изучены недостаточно, и это препятствует ее более широкому использованию в медицине.

Ниже мы обсудим возможные механизмы психотерапии и эффекта спонтанного исцеления на молекулярном и клеточном уровнях, уделяя основное внимание онкологическим заболеваниям.

Согласно официальной статистике смертность от онкологических заболеваний стоит на втором месте после сердечно-сосудистой патологии. Важен, однако, не столько уровень смертности, сколько ее характер.

Дело в том, что рак на последних стадиях не излечим. Больной знает, что он приговорен, знает даже, когда примерно приговор будет исполнен, и понимает, что изменить его никто не может — медицина бессильна. Это обстоятельство оказывает психологическое давление на каждого человека и на общество в целом.

В настоящее время благодаря развитию хирургии, химио-, радио- и иммунотерапии многие больные, ранее считавшиеся безнадежными, успешно излечиваются, точнее, достигается многолетняя ремиссия, иногда продолжающаяся всю оставшуюся жизнь. Тем не менее, эффект безнадежности на поздних, а иногда и на ранних стадиях сохраняется. На этом фоне особенно ярко выделяются редкие пока случаи спонтанного исцеления безнадежно больных. Каков же механизм спонтанного излечения и можно ли эти исключительные случаи сделать правилом?

Напомним основные сведения о причинах заболевания. Сейчас обсуждается несколько возможных причин: вирусная трансформация клетки (онковирус), генетическая трансформация (мутагенез), химический канцерогенез и эпигенетическая трансформация (экспрессия заблокированных генов) [2]. Каждая из этих причин действительно может иметь место. Более того, каждая из них и все они вместе обеспечивают возникновение в организме трансформированных клеток с очень большой частотой. Поэтому возникает вопрос: почему человечество до сих пор не погибло от этой болезни? Ответ тоже известен: опухолевые онкоклетки удаляются из организма благодаря иммунным реакциям, в которых участвуют макрофаги, нормальные и специфические киллеры и т.п. Опухоль начинает развиваться только в том случае, если возникает популяция из 10^4 – 10^6 раковых клеток [3]. С этого момента уже неважно, какая именно причина вызвала первичное перерождение клетки. Возникает так называемый эффект воронки — многие причины приводят к одинаковому результату [2].

Таким образом, истинной причиной начала развития опухоли является слабость иммунной системы, допустившей разрастание популяции перерожденных клеток до критических размеров. Иммунная система продолжает бороться с опухолью в течение всех последующих стадий. Фактически раковая болезнь — это история борьбы двух популяций: злокачественных

клеток и лимфоцитов-киллеров. Борьба идет с переменным успехом, так что возможны периодические режимы [4; 5]. Задача терапии — помочь лимфоцитам одолеть опухоль, любое лечение без помощи лимфоцитов бессильно. Поэтому при исследовании возможных механизмов психотерапии в первую очередь следует обратить внимание на влияние психического состояния на иммунную систему.

ВЛИЯНИЕ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ

Психотерапия, включая эффект плацебо, состоит из ряда звеньев. Первое из них — информационное воздействие на пациента другого человека (врача, шамана и др.) или окружения. Возможны речевое воздействие (разговор, уговор и т.д.), визуальная и звуковая символика (музыка, танцы) и имитация действия (плацебо). Во всех случаях эта информация поступает в кору головного мозга, где и обрабатывается. В результате происходят изменения в организме, в частности в иммунной системе. Поступающая извне информация содержит смысловую (семантическую) и коннотативную (интуитивную) части. Оба компонента используются для единой цели: рецептировать и распознать предъявляемый извне образ. Отличие заключается в том, что при смысловом распознавании образы отделены друг от друга более четко, чем при коннотативном. В последнем случае образы частично перекрываются и даже сливаются.

Смысловой компонент информации передается главным образом с помощью речи или четких символических действий (как, например, в случае плацебо). Эмоциональный, или интуитивный, компонент может передаваться с помощью интонации, музыки, запахов и т.п. Смысловая часть обрабатывается преимущественно в левом полушарии мозга [6], а эмоциональная, интуитивно-образная — в правом.

Отсюда возникает первая задача — выяснить регулирующие влияния разных полушарий на иммунную систему.

Корреляция иммунных показателей с доминированием левого или правого полушария отмечается и у здоровых людей. Согласно данным D.H. Kangatal [цит. по 8] у людей с устойчивой праворукостью, но различными показателями энцефалографического доминирования наблюдаются различия в иммунной реакции. При доминировании левой гемисферы отмечается более высокая активность натуральных киллеров, но более низкое содержание иммуноглобулина М в сыворотке крови; когда доминирует правая гемисфера, наблюдается обратная картина. На основании этих данных можно сделать вывод, что на активность натуральных киллеров может воздействовать в первую очередь смысловой компонент информационного воздействия.

Вторая задача — выяснить молекулярные механизмы влияния высшей нервной деятельности на активность натуральных киллеров. Механизм действия клеточных киллеров в общих чертах известен [9], выявлен ряд веществ, способствующих активации цитотоксических свойств натуральных киллеров. Во время контакта киллер вводит в клетку-мишень факторы апоптоза

(запрограммированной гибели клетки) [10]. Среди них присутствуют адренокортикотропный гормон (АКТГ), меланоцитостимулирующий гормон (МСГ) и бета-эндорфин [11]. Важно отметить, что АКТГ и бета-эндорфин являются гуморальными факторами поддержки интереса к жизни. Кроме того, бета-эндорфин устраняет информационную перегрузку и в этом качестве известен клиницистам как эндогенный опиат. Эти гормоны также продуцируются в головном мозге — в гипофизе. С другой стороны, кортикостероидные гормоны, стимулирующие глюконеогенез, угнетают клеточный иммунитет [12].

Отсюда следует, что не любое воздействие на мозг стимулирует клеточный иммунитет, возможен и прямо противоположный эффект. Это значит, что психотерапевтическое воздействие должно быть избирательным, т.е. содержать ценную информацию, выраженную достаточно четко. В свете этого становится понятной роль левого полушария в стимуляции клеточного иммунитета. Вместе с тем роль правого полушария, обслуживающего неосознаваемую часть психики как ведущую в регуляции других видов иммунитета, признается большинством исследователей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Сделаем несколько предварительных замечаний.

Во-первых, результат смыслового и эмоционального воздействия может быть различным и даже противоположным.

Во-вторых, эффект зависит от реакции на воздействие пациента. Иными словами, психотерапия — диалог с пациентом, в результате которого он обучается более эффективно использовать свои внутренние силы, меняя вектор направленности эмоций, возникающих при рецепции информации.

В-третьих, объективные данные об эффективности психотерапии имеются только при использовании плацебо. В других случаях воздействие очень трудно контролировать и приходится полагаться на оценки психологов (и психиатров), часто субъективные.

Психотерапевтический диалог — одна из центральных проблем психотерапии. Целью его является обучение пациента тому, как мобилизовать свои внутренние силы для борьбы с недугом. Процесс обучения здесь очень важен, на что было обращено внимание в [13].

Отметим, что слово «обучение» здесь понимается в несколько ином смысле, чем в теории распознавания. В последнем случае речь идет об обучении информационной (диагностической) подсистемы, в то время как в первом — об обучении эффекторной подсистемы, т.е. обучении ходьбе, письму и т.п., иными словами, об овладении процессом управления собственным организмом. Между этими понятиями есть разница, но есть и общее. Результат обучения при распознавании — идентификация предъявленного образа с эталоном. Результат обучения ходьбе — выбор определенной последовательности сокращения мышц, необходимой для достижения определенной цели. Затем эта последовательность запоминается и принимается как эталон процесса. То же относится и к выбору последовательности синтеза гормонов при стимуляции

иммунитета. Обучающим множеством здесь является набор прецедентов, накапливаемый в результате проб и ошибок. Роль внимания при этом играет ценность сторонней информации, способствующей выбору того или иного варианта. Ценность этой информации выясняется спустя некоторое время путем сравнения ожидаемого (прогнозируемого) результата с реальным. В случае подтверждения результата обучения закрепляется, в противном случае сторонняя информация воспринимается как дезинформация и обучение как несостоявшееся.

В приведенной картине психотерапия играет роль регулятора внимания и, как и при распознавании образа, может как способствовать обучению, так и препятствовать ему. Отсюда видно, сколь важную роль в психотерапии играет ожидание, или, что то же, прогноз результата. При этом важны три фактора: сам прогноз, время прогнозирования (ожидания) и оценка прогноза. Так, если пациент ожидает, что результат будет весьма положительным и будет достигнут за короткое время, то результат сопоставления с реальностью, скорее всего, будет отрицательным и психотерапевтическое воздействие — безуспешным или даже вредным. Напротив, если пациент смиряется с умеренным (или даже слабым) прогнозом, то вероятность положительного результата сопоставления повышается. Очень важен такой элемент слабого прогноза, как предсказание отсутствия реальности некоторых результатов. Например, мы не можем утверждать, что позитивный настрой приведет к 100% результату, но можем с уверенностью утверждать, что негативный настрой к нему не приведет. Для обучения необходимы желание пациента, терпение, упорство и уверенность в успехе.

Итак, положительный успех психотерапии возможен при соблюдении следующих обязательных условий:

1. Пациент должен знать о своем состоянии (нельзя воевать с врагом, как и сотрудничать с другом, не представляя себе, кто это такой).

2. У пациента должна возникать уверенность в том, что ему повезло. Например, как раз вовремя нашли новое лекарство (или процедуру), и он им может воспользоваться, или наконец появилась возможность получить квалифицированную психотерапевтическую помощь. Эта уверенность (возвращение надежды на выздоровление, веры в него) является стимулом для мобилизации внутренних сил организма.

3. Уровень ожидания положительного эффекта не должен быть слишком высоким, а время ожидания должно быть достаточно большим. В противном случае стимул исчезает, наступает разочарование, надежда уменьшается и мобилизация сил не происходит.

4. Даже в случае несовпадения положительного прогноза с реальностью должна оставаться надежда на то, что в будущем ожидаемый результат наступит.

Выполнение первого условия зависит в основном от врача, второго и третьего — в большей мере от пациента и его социального окружения.

Перечисленные условия дополнительные (в смысле принципа дополнительности Бора). Так, второе означает, что пациент должен смириться со своим положением, не ожидать скорейшего выздоровления

и не предпринимать для этого активных шагов, а терпеливо продолжать назначенное лечение и обучение новым способам восприятия информации. Третье условие означает, что смирение не должно привести к пассивному ожиданию конца и жажда жизни должна сохраняться на достаточно высоком уровне.

Существуют и дополнительные условия, которые в отдельных случаях становятся необходимыми.

1. Концентрация энергии в виде гнева, необходимая для работы с визуализированным образом опухоли (с возможным в дальнейшем «утончением» эмоции гнева до чувства терпения — обязательное третье условие).

2. В случае, когда у пациента есть высокозначимая проблема потери близкого человека, работы, идеи, веры, необходим возврат надежды на качественную жизнь без потерянного (или возврат потерянного).

3. Умение принимать жизнь в любом ее виде, смирение и благодарение.

СПОНТАННЫЕ РЕМИССИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Зарегистрированных случаев спонтанной ремиссии еще мало, и поэтому о достоверной статистике пока говорить не приходится.

Кроме того, в имеющихся случаях отсутствовало психотерапевтическое воздействие, точнее, оно не было зафиксировано, в действительности воздействие со стороны окружения, разумеется, имело место и могло играть психотерапевтическую роль.

Известны и описаны [15] случаи устойчивой спонтанной ремиссии опухоли Гравитца (гипернефрома — опухоль почек). Эта опухоль развивается очень быстро (в течение примерно года), широко метастазирует, резистентна к химио- и рентгенотерапии и практически не излечима. Иммунотерапия — введение лимфокинин-активированных киллеров и интерлейкина-2 — иногда приводит к уменьшению размеров опухоли более чем вдвое, но добиться устойчивой и долговременной ремиссии этим методом пока не удается [14]. Тем не менее, отмечены случаи спонтанной многолетней ремиссии опухоли Гравитца, достоверно диагностированной путем биопсии метастазов [15]. Поскольку иммунотерапия в этих случаях не проводилась, можно предположить, что ремиссия возникла за счет мобилизации собственных иммунных сил организма по схеме, описанной выше. Хотя внешний источник психотерапии здесь не фиксировался, не исключено, что он все же имел место.

Описаны также отдельные наблюдения спонтанной ремиссии первичной лимфомы головного мозга [17]. Известны случаи спонтанной остановки инфильтративной низкоуровневой астроцитомы головного мозга у детей. Этот список хотелось бы продолжить, но пока он объективно краток. Можно допустить, что и в этих случаях причиной ремиссии была спонтанная мобилизация иммунных сил.

Обсудим, какую роль во всех этих случаях могли играть вышеперечисленные условия.

Следует обратить внимание на факт низкой заболеваемости раком среди больных шизофренией и депрессией [18], а также на увеличение синтеза ин-

терлейкина-2 и повышение активности натуральных киллеров у больных шизофренией. Отметим в связи с этим, что способность прогнозировать развитие событий у больных шизофренией и здоровых людей существенно различна, о чем свидетельствует Шарпантье. Напомним, в чем это различие состоит.

Испытуемому предлагают одновременно поднять два цилиндра из одинакового материала, но разного объема и по собственным ощущениям определить, какой из них легче. В действительности цилиндры имеют одинаковую массу, но у большого внутри полость, о которой испытуемый не знает. Здоровый человек дает ответ: малый цилиндр тяжелее. Этот ответ не верен, но именно он является тестом нормального психического состояния. Больной шизофренией отвечает, что цилиндры — одинаковой массы, и именно этот правильный ответ служит признаком ненормального состояния психики. Тот же эффект проявляется и в известном анекдоте, когда у человека спрашивают: «Что тяжелее — килограмм пуха или килограмм чугуна?». Правильный ответ заключен уже в самом вопросе: килограмм того и другого весит одинаково по определению, однако часто здоровый человек сразу отвечает, что пух, конечно, легче.

Интерпретация эффекта в следующем. Человек с нормальной психикой, совершая какое-либо действие, распознает объект воздействия и на этом основании прогнозирует его качества, а также свою ответную реакцию. При этом он рецептирует признаки объекта, в частности его объем. Последнему испытуемый уделяет больше внимания и на его основе использует решающее правило, которое в данном случае гласит: большой цилиндр должен быть тяжелее. В соответствии с этим прогнозом человек сильнее напрягает ту руку, в которой находится большой цилиндр. В результате именно эта рука поднимается выше и у человека создается впечатление, что большой цилиндр легче.

Источник ошибки человека со здоровой психикой в следующем. Во-первых, он переоценивает значимость предшествующей или сторонней информации о размерах цилиндров. Иными словами, он обращает на них больше внимания, которое в данном случае не адекватно реальности. Во-вторых, он прогнозирует свою реакцию на основании решающего правила до окончательного распознавания объекта (и даже вместо него). Иными словами, человек с нормальной психикой использует логическое распознавание, основанное на прецедентах и стереотипах, и пренебрегает интуитивным распознаванием, основанным на собственных ощущениях.

Больной шизофренией не обращает внимания на информацию о размерах цилиндров, поскольку она не имеет прямого отношения к задаче. Он не использует решающее правило, основанное на стереотипах, не прогнозирует заранее свою ответную реакцию, а выносит суждение на основании своих ощущений, т.е. интуитивно.

В обыденной жизни мы чаще всего встречаемся со стандартными ситуациями. В них использование внимания и основанного на нем логического распознавания вполне оправдано. Это позволяет быстрее распознать ситуацию и прореагировать на нее. Такое поведение считается адекватным. У больного шизофренией рас-

познавание объекта и прогноз его качеств замедлены порой настолько, что собственная реакция не успевает реализоваться. Такое поведение в стандартных ситуациях воспринимается как неадекватное и даже патологическое. Однако в нестандартных ситуациях психически здоровый человек, будучи в плену стереотипов и штампов, часто принимает неверное решение, в то время как больной шизофренией, освобожденный от стереотипов, — верное. В некоторых случаях это воспринимается как признак гениальности.

Таким образом, второе условие у больных шизофренией выполнено. Первое условие для них заведомо выполняется, поскольку они часто общаются с психиатром, который подкрепляет в них надежду на ремиссию и выздоровление. Третье условие, вообще говоря, для этих людей может и не выполняться. Напротив, больные шизофренией часто пребывают в состоянии безнадежности. Однако если среди них находятся такие, у которых и третье условие выполняется, то они составляют особую группу. Известный психиатр А. Маслоу [19] назвал подобную группу здоровых праведниками. По его мнению, эти люди относятся к окружающему миру как к дарованной святости, умеют с благодарностью воспринимать его проявления, сами проявляют смирение и вместе с тем «новаторство». Под последним А. Маслоу понимал ожидание в будущем чего-то нового и хорошего, т.е. фактически выполнение третьего условия.

Все сказанное будет иметь значение тогда, когда на базе этих рассуждений будут предложены, освоены и тиражированы эффективные технологии психотерапевтического воздействия. Необходимо произвести «разметку» психического пространства и времени, найти те зоны (структуры) и те моменты (последовательности), целенаправленное вмешательство в которые даст необходимый эффект.

Первым этапом любой реакции является рецепция информации и ее оценка. При онкопатологии, по нашим наблюдениям, это информация о существенных и необратимых потерях (человека, дела, идеи). В этом случае теряется надежда как способ прогнозирования желаемого состояния. На потерю надежды возможны реакции разного рода: гнев, смирение и (чаще всего) страх — одиночества, нищеты, болезни и смерти (своей и других людей), наказания (посмертного в том числе).

Страх в широком смысле слова — это способность системы сокращаться, сжиматься, занимать меньше места. Эта способность присутствует на всех уровнях тела (клетки, органа, системы, организма) и психики (в сознании и неосознаваемых ее структурах). Поэтому адекватный (дозированный и управляемый) страх есть необходимая структура и процесс, обеспечиваемые специальными механизмами. Страху противостоят надежда на лучшее будущее и вера в лучшее будущее. Эти структуры также имеют свои механизмы обеспечения в виде увеличения продукции АКТГ, бета-эндорфина, серотонина, дофамина и норадреналина в различных их сочетаниях. Гармоничное взаимодействие страха и веры обеспечивает адекватное чередование процессов сужения и расширения систем в физиологическом, психическом и социальном функционировании.

При установлении диагноза онкозаболевания на первичную потерю надежды наслаивается вторичная — страх смерти (он же часто и страх наказания), приобретающий реальные временные рамки. В таком случае появляется вполне реальная структура, требующая воздействия на нее, и это — страх. С глубинных уровней страх вырывается на поверхность, в системе иерархий психических структур занимает ведущее место и, не встречая противодействия надежды и веры, полностью завладевает системой. Результатом этого является «сужение» во всех сферах деятельности, в том числе жизнедеятельности. Гормоны страха, набор которых включает кортикостероиды, вызывают паралич иммунных реакций. Процесс стремительно развивается. Возвращение хотя бы первичной надежды (появление другого человека или дела взамен утерянного) замедляет развитие процесса. Вместе с тем обратное развитие, т.е. резкая активация иммунитета, возможно, по нашему мнению, при возвращении надежды и первого, и второго рода, соблюдении первого, второго условий (основных) и второго дополнительного.

Вот как описывает свое состояние находившаяся под нашим наблюдением больная со злокачественной опухолью легких с метастазами в мозг после того, как она окончательно убедилась в диагнозе:

Как сломанная кукла «неваляш»,
Валось на жесткий пол.
Разбилась вдребезги!
Не в силах осознать,
Где мысли, в чем опора.

Внизу бы надо припать свинец,
Который правит ось,
И перестать душе искать воздушных ям.
К чему ей перегрузки?

Безысходность, потеря надежды как потеря опоры, желание вернуть опору («припать свинец»).

План терапевтических интервенций в данном случае выглядел следующим образом:

1. Создать общий язык.
2. Показать возможность выздоровления (возврат надежды, обязательное второе условие).
3. Переформировать страх смерти, изменив пространственное ощущение страха с внешнего (доминирующего — «я охвачена страхом») на внутреннее (управляемое — «у меня есть страх»).
4. Изменить вектор отношения к страху с негативного («я хочу избавиться от него») на позитивное («я могу и хочу принять его, так как он необходим мне в виде осторожности, осмотрительности, ответственности»).
5. Активизировать гнев, утончив его впоследствии до терпения (дополнительное первое условие).
6. Помочь сформировать состояние благодарности-праведности (дополнительное третье условие).

Необходимость создания общего языка пациента с психотерапевтом обуславливается наличием препятствия для обоюдного понимания. Это препятствие — следствие врожденной индивидуальности и личного неповторимого опыта. Психические структуры каждого настолько индивидуальны, что слова, их описывающие, воспринимаются каждым по-своему.

Между людьми существует «перемешивающийся слой», для преодоления которого необходимы по крайней мере три условия: 1) соответствующая энергия; 2) когерентность («кумулятивное жало»); 3) наличие по обе стороны «перемешивающегося слоя» общих или схожих элементов информации — выборов возможных действий. Последнее условие — самое трудное, и именно оно требует, чтобы обозначаемые терапевтом внутренние действия вызвали у пациента те же образы, что и у него. В связи с тем что эта работа идет на уровне неосознаваемого, абстрактные, предметно не воспринимаемые понятия (надежда, вера, благодарность, терпение, страх, гнев) необходимо облечь в образы, суть которых воспринимается терапевтом и пациентом однозначно. Совместная работа с этими образами идет только в процессе обучения, а затем пациент регулярно работает с ними сам. Для этой цели при работе с указанной пациенткой использовались образы времен года, цвета и другие признаки элементов пентаграммы «У Син», причем последовательность образов характеризовала «разметку» во времени процессов преодоления препятствий. У пациентки это чередование ассоциировалось с приобретением опоры:

Под музыку китайских медитаций
Вращать цветной kaleidoscope «У Син»,
И босиком сквозь пятки заземляться
В ось лета, весен, осени и зим.

Для «разметки» в пространстве использовались 7 уровней человека (модель «матрешки»), где на уровень «минерала» пациентка помещала предмет, символизирующий страх [20]. В результате этого мысленного действия он переходил из внешнего пространства (среды) во внутреннее. При наблюдении за этим предметом в «месте покоя» (в том месте в воспоминаниях пациентки, где она испытывала наибольший комфорт) этот предмет начинал в ее фантазиях преобразоваться, одухотворяясь на уровне «растения», а затем «животного» и т.д. В таком виде страх уже можно было принимать. Кроме того, пациентка была обучена технике «управляемых снов», в которых она негативные образы, рожденные в подсознании, преображала сознательно в позитив. Вот что она пишет по этому поводу:

Зачем мне сны? Я их могу придумать,
По своему желанию исправлять,
Убрать сомнения, боязнь, угрюмость
И подсознание в сознание не пускать.
Хочу я снов, придуманных не мною,
Спускающихся вниз по облакам,
Сияя золотистой пеленою
Глядящим изнутри меня глазам.

Возможность выздоровления демонстрировалась путем ознакомления пациентки с историями болезни людей, практически излеченных при схожей патологии. Случаи самоизлечения также были доведены до сведения пациентки, но на них акцент не делался, чтобы не отвлекать ее от активной работы.

Для активизации гнева намеренно вызывались соответствующие воспоминания, вслед за которыми больной предлагалось визуализировать опухоль и ее элементы, а также лимфоциты-киллеры. При этом

образы киллеров должны были быть намного агрессивнее образов опухоли. Пациентка представляла опухоль в виде медузы, метастазы — в виде оторвавшихся кусочков ее щупалец, а клетки киллеров — в виде крошечных, но невероятно злых зубастых акул, отрывающих куски опухоли, съедающих их и без остатка переваривающих.

Особенно сложно выполнение задачи формирования состояния благодарности. Нам представляется, что благодарность проявляется, т.е. присутствует изначально на духовном уровне, в том месте, где на животном присутствует эмоция радости. Радость осознается и становится чувством, чувство «утончается» и становится состоянием благодарности. По всей видимости, в системообразующей триаде нравственной личности [21] долг (эмоция) — призвание (материя) — любовь (информация) следует долг заменить на благодарность. Или сделать эту фигуру объемной, превратив ее в пирамиду, основание которой — триада Р.Г. Баранцева, а вершина — благодарность. Семантика понятия благодарность — «подаренное благо». Но кто испытывает

в этом благе нужду? Тот, кому дарят, или тот, кто дарит? Придется признать, что это благо (состояние), которое получает дарящий. Вместо этих сложных рассуждений пациентам нужен конкретный образ. Они же этот образ и нашли: у многих людей было обнаружено, что образы, которые появляются при ассоциациях с благодарностью, золотого цвета («столб золотого цвета», «золотистые облака» или «золотистая пелена», как в описываемом случае).

Пациентка получила полный курс химиотерапии и лучевую терапию, эффект лечения можно назвать очень хорошим, обычные осложнения терапии она переносила очень легко. Каков здесь вклад психотерапии, оценить не представляется возможным. Статистически правильно оценить его вообще сложно, поскольку хороший онколог почти наверняка выступает как «стихийный» психотерапевт, внушая пациенту веру в излечение, демонстрируя для этого подходящие случаи.

Но можно утверждать, что к самоисцелению способны только праведники.

Л и т е р а т у р а

1. Гундаров И.А. Почему умирают в России, как нам выжить? — М.: Политиздат, 1995.— 194 с.
2. Шапот В.С. Биохимические аспекты опухолевого роста.— М.: Медицина, 1975.— 176 с.
3. Зедгинидзе М.С. Взаимодействие нормальных киллеров и опухолевых клеток // Иммунология опухолей.— М., 1983.— 102–108 с.
4. Романовский Ю.М., Степанова Н.В., Чернавский Д.С. Математическая биофизика.— М.: Наука, 1984.— 216 с.
5. Степанова Н.В. Динамика иммунной реакции при злокачественном росте // Биофизика.— 1979.— Т. 24, 5.— 897 с.
6. Дамазиу А.П., Дамазиу А. Мозг и речь // В мире науки.— 1992.— 11–12.— С. 55–61
7. Лисяный Н.И., Горобец Д.Б. Асимметричная регуляция корой головного мозга клеточного и гуморального иммунитета у мышей // Взаимодействие нервной и иммунной системы: Тез. докл. V Всесоюз. симпозиума.— Л.; Ростовна-Дону, 1990.— С. 15–16.
8. Абрамов В.В., Абрамова Т.Я. Асимметрия нервной, эндокринной и иммунной систем.— Новосибирск: Наука, 1996.— 168 с.
9. Брондз В.Д., Дризлих Г.И. Иммунология опухолей // Молекул. биология.— 1977.— Т. 11, 2.— С. 253–285.
10. Warren H.S., Smyth M.J. NK cells and apoptosis // Immunol. and Cell Biol.— 1999.— V.77, 1.— P. 64–75.
11. Angeli A., Masera R.G., Gript G. Stress, ritmi circadiani e attivita NK // Gerontol.— 1994.— V. 42, 9.— P. 663–666.
12. Кендыш И.Н. О роли глюкокортикоидов в регуляции углеводного обмена в печени // Успехи совр. биологии — 1972 — Т. 74, 3(6). С. 781–799.
13. Родитат И.В. Плацебо как мотивированная форма обучения в контексте КВЧ-терапии // Миллиметровые волны в медицине.— 1991.— Т. 1.— С. 166–174.
14. Ройт А. Основы иммунологии.— М.: Мир, 1991.— 416 с.
15. Вуд М.Е., Банн П.А. Секреты гематологии и онкологии.— М.: Бином.— 1997.— 286 с.
16. Герман Э., Прусиньски А. Неврологические синдромы в клинике внутренних болезней: — Варшава: Польск. гос. мед. изд-во.— 1969.— 190 с.
17. Rubin M. et al. Spontaneous temporary remission in primary CNS lymphoma // J. Neurol Sci.— 1987.— V. 14, 2.— P. 175–177.
18. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Пер. с англ.— ГЭОТАР-медицина, 1999.— 360 с.
19. Фрейдджер Р., Фрейдимен Дж. Личность: теории, эксперименты, упражнения: Энциклопедия: Пер. с англ.— С. Пб.: Нева; М.: ОЛМА-пресс, 2001.— 387 с.
20. Воронов М.В. Психологические основы успеха — К.: НИКА-центр, 2003.— 265 с.
21. Баранцев Р.Г. Синергетика в современном естествознании.— М.: УЭРСС, 2003.— 142

Поступила 05. 09. 2003

PSYCHOTHERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF CANCER PATHOLOGY

D.S. Chernavsky, M.V. Voronov, S.O. Grimblat, I.V. Rodstat

S u m m a r y

The authors' opinion about some possible mechanisms of psychotherapy, in particular in complex treatment of cancer pathology, is given. The conditions necessary for effective influence of a psychotherapist on the course of reparative processes at treatment of patients with malignant tumors are described. Clinical observations of one of the authors are analyzed.