

## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В СВЕТЕ ХОЛИСТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ БОЛЕЗНИ\*

Н.БУСЫГИНА

*В статье анализируется современный холистический подход к болезни, во многом альтернативный господствующей медицинской модели. Выделяются три составляющих холистической модели, каждая из которых дает концептуальные и психотехнические ориентиры для работы психолога с онкологическими больными.*

Обычно практика психотерапевтической работы предполагает хотя бы минимальный запрос со стороны клиента, идущий от сложившихся у него представлений о своих проблемах как обращенных к психологу. Иначе говоря, существует некоторая точка первичной обращенности, откуда начинают разворачиваться психотерапевтические отношения. При работе в соматической клинике зачастую этого не происходит: реальные обращения к психологу отсутствуют, и начинать работу нужно, исходя из своих собственных ориентиров. В подобных обстоятельствах позиция психолога становится в каком-то смысле уязвимой, напоминая ситуацию, когда помощь навязывается тем, кто ее не просит.

Ощущение собственной нужности – великое искушение для любого практика. И подчас так трудно бывает смириться с избыточностью своей профессиональной роли...

В настоящее время довольно популярной стала тема гуманизации медицины. Достаточно открыть «Российский онкологический журнал», чтобы почти в каждой второй статье встретить замечания по поводу необходимости учета «личностного фактора» больного, важности

---

\* Дипломная работа на отделении повышения квалификации Факультета психологического консультирования и психотерапии МГППИ.

коммуникативных аспектов взаимодействия врача и пациента и т.д. Между тем, реальная клиническая практика, как правило, далека от любого «психологизирования» и в своем большинстве остается верной давно сложившейся традиции. Медицинская модель опирается на следующие основные пункты: 1) болезнь есть некоторая дискретная сущность, порождаемая внешними причинами; 2) болезнь выражает себя в специфических симптомах; симптомы должны быть собраны в синдром, подходящий под определенную нозологическую единицу, из которой вытекают предполагаемое течение, лечебные процедуры и прогноз; 3) телесное страдание понимается как натуральное состояние, пассивно испытываемое субъектом (принцип «прозрачности» субъекта).

Представления о целостности человека, диктующие необходимость учитывать психологические факторы, мало вписываются в сложившуюся схему, оставаясь скорее декларацией, лишенной содержательной наполненности, а потому и не побуждающей к действию. Принцип «прозрачности» субъекта делает психологию чем-то внеположным медицинской практике, психологические знания как бы выносятся вовне лечебного процесса. В таком случае на долю психолога выпадает странная роль – либо своего рода декоративного «украшения», либо некоего «третьего» лица, «посредника», на которого можно «сложить» те самые не вполне ясные личностные факторы, которые отвлекают от «объективных» диагностических и лечебных процедур. Следует оговориться, что речь идет именно о сложившейся традиции. Что касается индивидуальных подходов к больному, то они могут весьма отличаться друг от друга.

Клиническое понимание болезни как отдельной сугубо объективной «соматической» данности, существующей вне и помимо субъективности сознания, прочно укоренилось и в обыденных представлениях. Для пациентов их телесный недуг лишь внешним образом связан с процессами душевной жизни. Роль психолога непонятна, ему нечего адресовать.

Таким образом, психолог оказывается включенным туда, где место ему пока не определено. Клиническая реальность структурирована согласно модели лечебного процесса, в которой психологические закономерности не играют существенной роли. Психолог, находясь в пространстве соматической клиники, обречен на то, чтобы одновременно ощущать себя и вне ее. Подобная «вненаходимость» трудна, но в ней, помимо оговоренных минусов – напряжения неопределенности и опасности исполнения «странной» роли, – есть и свои плюсы. Прежде всего, это – меньшая степень рутинности и предписанной функциональной обязательности.

Вместе с тем, само появление психолога в соматической клинике не случайно. Основанием для этого послужило развитие альтернативного господствующей медицинской модели – так называемого холистического подхода. Интерес к психосоматической проблеме существовал давно,

однако концептуальный характер подобные идеи обрели сравнительно недавно (Николаева, 1987). Видимо, с локальными клиническими нуждами это мало связано. Думаю, что за детальной концептуальной разработкой психосоматического подхода, который завоевывает все более глубокий интерес, стоят, по крайней мере, два существенных фактора. Во-первых, это общий культурный контекст – усиление гуманистических тенденций в философском постижении человека и изменение роли гуманитарного знания в познании вообще; во-вторых, это связанная с первым моментом потребность и самих психологов «отвоевывать себе место под солнцем», выстроив для себя оптимальное пространство, внутри которого работа практического психолога с соматическими больными была бы естественной и оправданной.

Я остановлюсь на трех, как мне кажется, важнейших составляющих «психологической» модели онкологических заболеваний, которые условно можно обозначить следующим образом:

- болезнь как следствие дисрегуляций на биологическом, психологическом или социальном уровнях;
- болезнь как кризис;
- имманентная субъективность болезни.

В очерченном контексте для меня важен не столько научный анализ складывающейся холистической парадигмы, сколько выделение тех моментов, которые

(особенно в отсутствие функциональной определенности места психолога в онкологической клинике), во-первых, обосновывают возможность психологической практики с онкологическими больными и, во-вторых, обеспечивают для нее необходимые концептуальные и психотехнические ориентиры.

### БОЛЕЗНЬ КАК СЛЕДСТВИЕ ДИСРЕГУЛЯЦИЙ НА БИОЛОГИЧЕСКОМ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ИЛИ СОЦИАЛЬНОМ УРОВНЯХ

Первые психологические исследования раковых больных, сосредотачивая внимание, в основном, на проблеме возникновения заболевания, находились под влиянием двух популярных направлений психосоматических теорий – теории специфических и теории неспецифических факторов. В рамках первой, берущей свое начало в работах Фрейда, Данбар, Александера и рассматривающей роль специфических внутриспсихических конфликтов и личностных особенностей в патогенезе соматических заболеваний, шел поиск специфической «раковой личности». Отмечались такие ее качества, как инфантильность, реакции детского капитулирования перед трудностями, негибкость поведения, эмоциональная невыразительность и в то же время

импульсивность, склонность к защитным автоматизмам по типу отрицания и т.д. (*Achte*, 1986; *Kissen*, 1967; *Retteet*, 1986).

Второй подход, основы которого заложил в своих работах по стрессу Н.Selye, породил немало клинических, лабораторных и культурно-антропологических доказательств мощной роли стресса как неспецифического фактора в развитии онкологических заболеваний (*Retteet*, 1986; *Rosch*, 1986; *Selye*, 1986).

Надо сказать, что в отношении исследований онкологических больных разделение специфических и неспецифических теорий достаточно условно – это скорее дань традиции, чем отражение действительного существа дела. Уже к началу 50-х годов, – а именно к этому времени относится появление большого количества работ в области психологических аспектов возникновения рака, – провести подобное разделение было практически невозможно. Начав свое развитие от несовпадающих точек, оба подхода все больше осмысливали реальность с разных сторон, используя конструкции друг друга. Специфические личностные черты и неспецифический стресс все чаще соединялись в пределах одного теоретического построения – личностные черты могли быть фактором, порождающим стресс либо способствующим его хронизации и т.п.

С 60-х годов просыпается интерес к психосоциальным аспектам целостного жизненного пути. Одна из увлекательных тем, появившихся в это время, – опыт проживания жизненных перемен. В клиническом преломлении особое значение приобрели переживания потери и горя, которые, как оказалось, нередко сопровождали жизнь онкологических пациентов в период, предшествовавший болезни.

G.Engel показал, что начало тяжелого заболевания сопряжено со стрессом потери «ключевой фигуры», причем потеря может быть как реальной, так и символической, либо может иметь место лишь угроза потери (*Былкина*, 1997).

Таким образом, в модель патогенеза соматических заболеваний, помимо интрапсихических, постепенно включаются межличностные аспекты. Теория объектных отношений и self-психология Кохута дают объяснение механизмам, связывающим переживание потери и начало болезни. Речь идет о дефектах зависимой Я-структуры, сформировавшихся в результате патологии ранних отношений с матерью, приуроченных к фазам сепарации-индивидуации. Расколотое Я требует для своего нормального функционирования «архаические Я-объекты» – других людей, которые поддерживали бы неустойчивое чувство душевного равновесия. Потеря таких объектов приводит к нарушению внутреннего гомеостаза, провоцируя сверхсильные чувства беспомощности, безнадежности, тоски, увеличивающие уязвимость организма и риск возникновения болезни (*Былкина*, 1997).

Как видно, не принимая редукционизм традиционной медицины, альтернативные концепции пытались как можно полнее охватить всю целостность человеческого бытия. К настоящему времени сложилась общая структура *биопсихосоциального подхода* в отношении патогенеза онкологических заболеваний. Этот подход связывает основные уровни функционирования человека в единой модели возникновения болезни. Модель, как свидетельствуют авторы, пока во многом остается гипотетичной (*Былкина, 1997; Achte, 1986*). Ее звенья нуждаются в конкретной теоретической и эмпирической разработке. Вместе с тем она задает определенную обобщающую и структурирующую рамку для частных узко специализированных исследований. Находимые связи как бы нанизываются на некоторую гипотетическую целостность. При чтении литературы, на первый взгляд очень разноликой и относящейся к разным областям знания, создается впечатление пошагового продвижения внутри одной обобщающей идеи, внутри пространства, в котором все связано, – хотя бы потенциально.

На научной арене появились новые междисциплинарные области знания – психонейроиммунология и психонейроэндокриноиммунология. Огромное количество физиологических исследований ищут значимые корреляции между началом развития раковой опухоли и внутренними нейроэндокринными и иммунологическими изменениями, имеющими место в моменты эмоционального стресса (*Baltrusch, 1996; Grossarth, 1983; Lear, 1986; Petteet, 1986; Rosch, 1986; Selye, 1986*). Сам стресс в современных концепциях включает в себя как психофизиологические, так и личностные и социальные компоненты. Не вызывает сомнения, что все люди переживают в своей жизни негативные перемены, испытывают немалое количество стрессов. И важен не стресс сам по себе, а его когнитивная и эмоциональная оценка или, другими словами, возможность психоэмоциональной и смысловой саморегуляции, совладающая способность.

Немало психологических исследований посвящены личностной структуре, уязвимой в отношении стрессовых факторов. Речь идет о депрессивной организации личности, в случае невозможности удовлетворения ожиданий легко впадающий в состояние беспомощности и безнадежности (16, 22, 29). Другая важная черта онкологических больных – незначительная выраженность в их личностном профиле истероидного радикала, видимая антиэмоциональность поведения, репрессия агрессивных реакций, «криков помощи», тревоги (22). И третья особенность личности онкологических пациентов, наиболее часто встречающаяся в литературе, – их устойчивая тенденция быть тем, кого подавляют (в психоаналитических терминах – орально-мазохистическая фиксация); выработанный личностный стиль «подавляемого» порождает

сильный стресс, поскольку сдерживает субъективно значимые альтернативные способы поведения (22, 29).

И наконец, межличностные и социальные аспекты жизни онкобольных, их связь с интрапсихическими особенностями и психоэмоциональным стрессом – предмет следующей группы исследований. Сюда входят работы по «экологии» детства и ранней юности, прослеживающие генезис формирования личности с низкими способностями совладания со стрессом (19, 29), а также социально-психологические работы, посвященные роли наиболее важных сфер жизнедеятельности (профессиональной и семейной) в ощущении жизненного благополучия/неблагополучия (19).

Как оказалось, структура семьи онкологических больных нередко отличается рядом особенностей. Злокачественные процессы чаще развиваются у членов семьи «центробежного», «доминантного» типа. Развитие их связывают с «тупиковыми» семейными ситуациями, с невозможностью разрешить назревшие глубинные конфликты. При этом переход семейного несчастья и напряженности в тяжелые соматические нарушения часто способствуют сохранению семейного статуса (18).

Таким образом, упоминаемые работы выстроены вокруг обобщенной идеи, что причины возникновения онкопатологии следует искать в целостной системе биопсихосоциального функционирования человека. Помимо самой по себе включенности психологических факторов в процесс патогенеза злокачественных новообразований мне здесь видится еще одно полезное в целях данной работы обстоятельство: болезнь проистекает не из внешних условий, она не является чем-то извне поражающим индивида, а есть результат внутренних процессов, дисфункциональных нарушений, происходящих на любом уровне живой системы (P.J.Rosch, например, говорит о необходимости в дополнение к эпидемиологии заниматься эндемиологией рака – внутренними изменениями, идущими от генетических влияний, старения, физико-химических факторов, а также от поведенческих и психологических факторов, связанных со стрессом и разрушающих эндокринную и иммунную систему /31/).

Следует сказать, что в рамках рассматриваемой парадигмы идет поиск тех психологических и социальных факторов, которые, как оказалось, влияют не только на начало заболевания, но также на его течение и исход. Увеличивается количество работ, исследующих зависимость продолжительности жизни онкологических больных от тех или иных особенностей их психологического и социального бытия (16, 19, 29).

В целом человек предстает как открытая саморегулируемая система. Онкологическое заболевание есть следствие специфических нарушений саморегуляции, происходящих на любом из трех уровней.

Если болезнь не является чем-то отдельным, чуждым, как бы привнесенным извне («вселившимся врагом»), а закономерно проистекает из внутренних дисрегуляций, то важнейшей частью лечебного процесса

должна стать коррекция – в том числе психологическая – имеющихся регуляторных сбоев, восполнение недостатков саморегуляции. Модель обосновывает включение психотерапии в работу с сущностью болезни, где обобщенной целью психотерапии становится излечение (психотерапия, исходящая из идеи болезни как кризиса, будет преследовать несколько иную цель – достижение психологического благополучия, включаясь в основном в работу не с сущностью болезни, а с феноменологией ее переживания).

Психотерапевтическая работа с дисфункциями психологического уровня как с причинами болезни развернулась еще со времен Александера. Поначалу простая вера в то, что эмоциональные конфликты, не получившие вербального выражения, находят выход в соматических симптомах, привела к достаточной распространенности вскрывающей динамической ориентации в психотерапевтической работе с соматическими (в т.ч. с онкологическими) пациентами. Путь к выздоровлению лежал через внутренние изменения, разрешение проблемных тупиков, и вскрывающие техники казались наилучшим средством их достижения.

Однако динамически ориентированная психотерапия, сосредоточенная на инсайте и разрешении проблем, требует от пациентов тех способностей, которые как раз могут быть развиты слабо – способностей воображать, вербализовать свои чувства, рефлексировать и т.д. Поставленные перед необходимостью делать это, многие онкологические больные становятся только еще более тревожными и фрустрированными. Они покидают психотерапию, чтобы избежать опасных осложнений.

Во многих случаях наиболее приемлемой является поддерживающая терапия. Ее базовый принцип состоит в стремлении к пониманию терапевтом психодинамики и психопатологии пациента (и использовании соответствующих стратегий для того, чтобы сделать это понимание как можно более точным и полным), при этом не требуя, чтобы пациент сам осознал его собственную динамику. Индивидуальные и групповые психотерапевтические интервенции строятся таким образом, чтобы сдерживать высокий уровень тревожности. Помимо психотропной поддержки они могут включать прямое активное успокаивание, медитативные и релаксационные техники, обучение различным социальным навыкам, поведенческие модификации. Одна из успешных психотерапевтических техник состоит в направленном обучении человека наблюдать за своими чувствами на протяжении консультации и пытаться правильно их вербализовать (33).

Предлагаемые рядом авторов (13, 34) комплексные психотерапевтические методы работы с раковыми больными относятся к типу поддерживающей терапии. В основном они построены на простой идее, идущей от Н. Selye, что стресс связан с физиологическими последствиями, в т.ч. с генезисом

рака. Исходная модель крайне незатейлива и весьма поверхностна: от стресса к развитию злокачественной опухоли и от психологических интервенций через редукцию стресса к регрессу опухоли. Подобные представления относятся больше к популяристскому уровню. Однако это нисколько не умаляет достоинства собранных несложных упражнений. Даже напротив – это уровень представлений, понятный самим пациентам, рассчитанный на их отклик и усиление мотивационного фактора. Например, пациента просят определить наиболее стрессовые обстоятельства его жизни, обучают его техникам релаксации и визуализации процессов в организме, физическим и мысленным упражнениям, которые ослабляют стресс и улучшают настроение. Можно предложить пациентам психодраматически разыграть их визуализации и рисунки, а также страхи предстоящего лечения, операций, боли, потери части тела. Вместе с пациентом можно составить список реалистичных целей, дающих жизненный смысл, для того чтобы усилить желание жить в противовес ожиданию смерти.

Подобные упражнения не уводят далеко от традиционных представлений о лечении, и в то же время они вводят пациента в истинный психотерапевтический дискурс – делают необходимым личностное участие в лечебных процессах. Пациент, получающий обычное медицинское лечение (а для онкологических больных, предающих себя в руки хирургов и комнаты лучевой терапии, это особенно характерно), может чувствовать всепоглощающий страх полного разрушения, ведь человек теряет любую возможность полагания на себя, собственного контроля и выбора. Предлагаемая активная роль в каком-то смысле компенсирует эти страхи, возвращая чувство влияния на качество собственной жизни, а возможно, и на ход самой болезни. Однако такая роль имеет и обратную сторону: обретая долю собственной ответственности за происходящее, человек теряет магическую защиту полагания целиком на медицинский персонал, на то, что неизмеримо больше, лучше, что сделает все необходимое, поможет, спасет. Поэтому даже минимальное вхождение в психотерапевтические границы связано с дискомфортом, через который нужно пройти.

Любая болезнь ставит человека в сложные жизненные обстоятельства. В этом смысле можно говорить о некоторой единой составляющей опыта болезни вообще. С другой стороны, каждая серьезная болезнь в чем-то специфична и создаваемые ею условия характерны именно для нее самой.

Рак – наиболее пугающее заболевание. Его причина неизвестна, лечение сопровождается сильнейшим дискомфортом или даже дефектами, а его прогноз почти всегда неопределен. Трудно перечислить все то, что вынужден терпеть онкологический пациент, – к сожалению, это должен быть слишком длинный список. Боль, тошнота, слабость, немощность, калечащие операции, нарушения жизненных функций, чудовищные



дефекты внешности, потеря социального статуса, инвалидность, существование в новой идентичности «пациента» или даже «умирающего», чувство отчужденности, отделенности, осложненное еще и страхом быть обузой для других... И наконец, – глубокое переживание обреченности больных, их страх рецидива, предвосхищаемых мучений, увечий и в конечном счете смерти, существование с ощущением того, что их жизнь уже взяла курс на смерть. Это то, о чем пациенты редко говорят, но что неизбежно присутствует в их переживаниях, подчас принимая форму психопатологических симптомов. Существует немало свидетельств тех, кто вот уже долгие годы находился в добром здравии после пережитого лечения по поводу рака, что им понадобилось длительное время, прежде чем они снова смогли принять жизнь как нечто само собой разумеющееся.

Конечно, люди по-разному уязвимы в отношении перечисленных стрессов. Но именно последний – тревога смерти и тотальная неопределенность при мысли о будущем – составляет сердцевину переживаний онкологического больного и придает им специфическую «экзистенциальную» окрашенность. Думаю, что на этом стоит остановиться поподробнее.

«Рак» – это особое смысловое пространство. Пациенты вспоминают нечто похожее на дереализацию и оцепенение, следующие за внезапным осознанием диагноза, – чувство характерной оглушенности, как если бы они получили «сильный удар по голове». При слове «рак» сознание погружается в реальность зловещего мифа, несмотря на, казалось бы, знаемые продвижения современной онкологии и возрастающее число длительно живущих онкологических больных. «Рак» и «смерть» по-прежнему тесно сопряжены друг с другом.

Мы все знаем, что жизнь наша не будет вечной и что когда-нибудь ей должен прийти конец. Но это знание всегда отодвинуто куда-то в необозримую будущую даль. Наша временная перспектива растянута вперед, и «знаемый» конец ее не насыщен чувственной тканью, а потому почти не реален. Парадоксально, но будущее получает свою определенность благодаря неопределенности конца.

И вдруг бесконечная длительность изнутри переживаемого опыта должна оборваться в какой-то по-прежнему неопределенной, но чувственной фиксированной точке... Для современного состояния «перевернутой» «неприрученной» (Ф.Арьес) смерти напряженное осознание подобной ситуации почти невозможно. Секуляризованная традиция не дает достаточных символических средств для постижения реальности собственного конца. И нашим наиболее распространенным способом обращения со смертью становится ее отрицание. На смерть переносится табу и заговор молчания. Мы молчим о смертельной опасности заболевания, потому что не умеем об этом говорить. Вокруг умирающего нередко возводится завеса лжи, от него скрывают его

состояние, чтобы не сделать его несчастным, не причинить ему большей боли. То, что раньше считалось несчастьем и проклятием, – смерть «легкая», внезапная, по сути, смерть, к которой человек не успел подготовиться, – оказывается для современной ментальности наиболее приемлемым исходом (1). Есть какое-то глубоко усвоенное представление, что в присутствии смерти нельзя жить, в присутствии смерти можно только «трудно» умирать.

В моих встречах с онкологическими пациентами, чье заболевание протекало относительно благопрятно, мне доводилось наблюдать случаи длительного «оплакивания» себя: казалось, возвращение из безнадежности «царства мертвых» было практически нереальным...

На культивировании отрицания построены многие программы психологической помощи онкологическим больным. Все обыгрывается так, будто с этими людьми ничего особенного не происходит. Им внушается, что они – те же, что и были, просто без груди или без желудка. Ситуация опасности осталась позади (или останется позади), их вылечили (или вылечат), а впереди их ждет активная, деятельная жизнь, в идеале мало чем отличающаяся от предыдущей. Экзистенциальная подоплека поставленного диагноза игнорируется (хотя она существовала и будет существовать до тех пор, пока консервативное сознание живет представлениями о неизбежной фатальности раковых заболеваний). Конечно, отрицание не делает ситуацию совсем обыденной, но по крайней мере позволяет достаточно эффективно справляться с повседневными делами и действительно возвращаться к более или менее нормальной жизни.

И все-таки есть во всем этом привкус слишком наивного оптимизма, доходящего до фальши. Так ли уж всецело верим мы сами – не профессионально, а по-человечески – в то, что хотим проповедовать, и не владеет ли нашим собственным сознанием тот же самый зловещий миф?

Излюбленный прием групповых занятий, проводимых в русле рассматриваемых представлений, – включение в группу волонтеров, которым пришлось пройти тот же путь: подозрение на злокачественность процесса, диагноз, ужасы тяжелого лечения, семейные и профессиональные трудности, но кто сумел все это с успехом преодолеть и ныне бодр, активен, счастлив (или, по крайней мере, играет такого). В целом, наверное, полезная находка, но, доходя до своей крайности, она начинает напоминать комичную ситуацию под девизом «Смотри на меня, делай, как я». К сожалению, не всегда человек идентифицируется с позитивными примерами, он может и противопоставлять себя им – противопоставлять не в свою пользу. Мне представляется, как страдающий от непоправимости происшедшего, с глубоким чувством обреченности участник группы совсем съеживается на своем стуле, вконец раздавленный

плюс ко всему еще и собственной неполноценностью на фоне предлагаемых «блестящих» примеров.

Для экзистенциально настроенных психотерапевтов, усвоивших опыт философского преодоления смерти, игнорирование значимости происходящих перемен немислимо. Онкологическое заболевание высвечивает то важное, что вообще характерно для человеческого бытия, но что зачастую скрыто от глаз. Конфронтация со смертью – ни с чем не сравнимая «пограничная» или «предельная» ситуация, способная привести к радикальной личностной трансформации. Сознание предстоящей «моей смерти» побуждает к переходу на более высокий «модус существования», согласно М.Хайдеггеру, от состояния «забвения бытия» к состоянию «сознавания бытия».

И.Ялом отмечает поразительные сдвиги, происходящие с больными раком на терминальной стадии. Эти внутренние изменения нельзя назвать иначе, чем «личностный рост». Среди перечисляемых перемен – уменьшение значения жизненных тривиальностей, чувство освобожденности, обостренное переживание жизни в настоящем, более глубокий контакт с близкими и др. (15).

Сам Ялом неоднократно повторяет идею, к которой приходили в своих размышлениях многие большие мыслители: «вещественность смерти разрушает человека, идея смерти спасает его». Отсюда вместо вытеснения опыта смерти, свойственного сложившейся ментальности, должна быть его серьезная проработка.

Однако не стоит забывать, что в условиях опасного заболевания прорыв к спасительной идее смерти – лишь возможность. Для того чтобы она состоялась, необходима глубочайшая внутренняя сосредоточенность, основанная на опыте философского проживания действительности. Я имею в виду «философского» не в профессиональном, а скорее в личностном ценностно-смысловом плане. Нужна особая внутренняя цельность, чтобы стала возможна философская «деконструкция неприятия собственной смерти» (С.Хоружий) – его обуздание, окультуривание, своего рода умственный трюк, попытка заговорить, уговорить, изменить на противоположное, что удается сугубо философским натурам. Экзистенциалистским описаниям опыта онкологических больных присуща некоторая романтическая восторженность (как она свойственна подчас и описаниям шизофренического переживания). За правило порой выдается то, чего способен достичь далеко не каждый.

Клинико-психологический взгляд обычно фиксирован на дефекте, на тупиках развития, на недостатках используемых защит. А между тем то, что видится тупиком, может быть неплохим способом адаптации, конечно, в чем-то ограниченным, но к другому человек просто не готов. Способность к осознанию, как и к внутренним инсайтам перед лицом высших ценностей, у каждого имеет свои пределы, превышение которых

только снижает защищенность, ничего не давая взамен. В литературе описывается тенденция онкологических больных к анозогнозии, их намеренное нежелание знать степень угрожающей им опасности. Нередко это поведение поддерживается медицинским персоналом и родственниками, которые убеждены, что нужно отрицать все, кроме надежды. Однако пациенты противоречивы: например, говоря о своей убежденности в доброкачественности процесса или в том, что у них идет улучшение (при явном прогрессировании заболевания), больные вместе с тем напряжены, тревожны, подозрительно относятся к любому обследованию. Видимо, в глубине души больные «знают» больше, чем говорят. Реальность никогда не исчезает. Но она как бы отходит на второй план, определенным образом перерабатывается. Семантико-перцептивная защита повышает степень неопределенности угрожающих стимулов, переводя их в разряд непонятных, неясных. Неопределенность приобретает адаптивные функции (6).

Табуированные темы лишь фоном звучат на периферии сознания. И скорее всего, вербально затрагивать их нужно настолько, насколько к этому готов сам пациент.

В психотерапии можно касаться тревоги смерти, фиксируясь на смысловых точках жизни. В критический период жестокой болезни «времен связующая нить», кажется, рвется непоправимо и навсегда. Неопределенность прогноза резко сужает временную перспективу, нарушая нормальный ход жизни в будущее. Появляется ощущение фатальности, обесмысливающее любую активность. И нужны особые усилия, чтобы хотя бы отчасти овладеть жизненным целым и тем самым усмирить захлестывающую тревогу будущего.

На консультациях хорошим приемом является обращение к автобиографии. Автобиография как метод переживания объединяет отдельные, разрозненные, самодовлеющие моменты в единую целостную структуру. «Застарелая, невысказанная обида, неотрагированный гнев, зажатое, непережитое горе, утаиваемый проступок включаются в осознанный широкий контекст жизни и раскрываются в их связях и отношениях друг к другу, обретая в этом новый смысл» (4). В рассказе о неразрешенных трудностях хотя бы отчасти разряжается накопленное напряжение. Кроме того, жизнь, ставшая текстом, начинает подчиняться законам «эстетики словесного творчества» – происходит разделение лирического героя и автора, эстетически преодолевается прагматическая жизненная направленность, бывшее ужасным превращается в наполненную смыслом трагедию (4).

Я в общих словах коснулась тех бед, которые обрушиваются на онкологических пациентов. Следующие за ними реакции обычно клинически квалифицируются как психогенные или ситуативные. Чаще

всего речь идет об астено-тревожно-депрессивных расстройствах (2, 7, 23, 27).

A.D.Weisman объединяет эмоциональные симптомы термином «психоэмоциональная уязвимость» (36). Описания эмоциональных айтемов, входящих в диагностический индекс психоэмоциональной уязвимости, дают хорошую категориальную сетку для понимания того, что происходит с пациентом. Я пользуюсь 4-мя основными факторами, каждый из которых включает в себя определенные эмоциональные состояния. Отрицание (denial) – это то, куда входит чувство беспомощности и апатия. Аннигиляция (annihilation) включает безнадежность, тревогу и страхи, депрессию, укороченную временную перспективу, – эта совокупность симптомов известна под именем «экзистенциального отчаяния». Отчуждение (alienation) означает отвержение значимых других вместе с чувством собственной отвергнутости, дополненные ощущением своей беспомощности и никчемности. Деструктивная дисфория (destructive dysphoria) описывает гневливого, злобного, разочарованного пациента, чувствующего себя обманутой жертвой; сюда входят смятение, злобность, фрустрированность и депрессия.

Уже с самых первых шагов пациента на диагностическом этапе в простой консультативной беседе можно увидеть предвестники будущих душевных проблем. Как это ни странно, но такие симптомы, как потеря веса, бессонница и т.п., а также медицинские показатели стадии заболевания и его прогноза не являются свидетельством эмоциональной уязвимости. Настораживающими признаками, видимо, можно назвать факт оттягивания прихода к врачу, а также огромное количество жалоб, говорящее о гиперфиксированности на своем здоровье. Наблюдаемое отсрочивание обращения к врачу вряд ли объяснимо только незнанием, которое можно преодолеть путем большего распространения информации. Само по себе подозрение на серьезность происходящего не ускоряет и не замедляет посещение медицинской консультации. Но подозрение на рак у человека, испытывающего особый ужас по отношению к этому диагнозу – ужас, встречу с которым невозможно пережить, – действительно приводит к длительному отсрочиванию. Одновременная фиксированность на болезненных симптомах свидетельствует о недостаточной способности конструктивного совладания с тревогой. Диагностическим дополнением может служить склонность к использованию примитивных защит.

Настораживать должны сообщаемые семейные проблемы и дисгармония в родительском доме, травмы, пережитые в детстве. На мой взгляд, не менее важную информацию несет за собой чувство отверженности, затрудняющее открытость и возможность принятия помощи от других. Все это так или иначе высвечивается во фразах пациентов и их поведении с врачом или психологом. Наконец, особую значимость в отношении диагностики эмоциональной уязвимости имеют рассказы о прошлых

неудачах, сожаление о том, что было сделано или, напротив, не сделано, общий пессимизм, депрессивные тенденции в прошлом, легкость возникновения чувства собственной неполноценности и ненужности. В настоящее время к этому списку все чаще добавляется еще один показатель – низкий социально-экономический уровень.

По моим ощущениям, не так-то просто найти внутри себя оптимальную позицию по отношению к наиболее часто встречающимся у раковых больных депрессивным состояниям. Страх, тревога и депрессия являются естественным ответом человека на угрозу жизни.

В то же время понимание веской причины для депрессии не может быть причиной невнимания к самой депрессии. Но что значит в данном контексте «внимание» к происходящим душевным страданиям? В глубоко усвоенном сценарии «хорошей» жизни боли места нет. Боль и страдания воспринимаются скорее как помехи жизни, нежели ее внутренняя необходимая часть. Поэтому почти инстинктивной реакцией на переживаемую человеком душевную «плохость» становятся попытки остановить, исправить, нормализовать, сделать снова внутренний мир спокойным и безмятежным. При этом ускользает из виду процессуальность происходящего, внутреннее движение переживания, уходит понимание его стадийной динамики.

Внешне одинаковые эмоциональные симптомы могут быть неоднородны по своей сути. За фасадом феноменологии страдания сокрыта особая работа – она способна производить реальные жизненно значимые изменения сознания человека или, напротив, уводить его в «никуда», в непроходимые дебри серьезной психопатологии. Быть действительно эмпатичным означает не только давать пациенту возможность выразить свою тревогу и депрессию, разделив с ним его чувства и мысли, но и прежде всего проникать за поверхность видимого, понимать целостность протекаемого процесса, его опасности и изгибы. Я имею в виду, что недостаточно отдавать себе отчет в осознании временной динамики описанного еще Э.Линдемманом процесса горевания по поводу утраты – человека, органа, функции или заветного идеала, – где боль, упадок и поглощенность потерянными объектами – одна из последовательных стадий переживания. В наблюдаемых состояниях улавливаются признаки симптомообразования мотивационно-личностных изменений, характерных для развития личности в условиях ситуационно обусловленного кризиса, когда происходит сужение круга актуальных мотивов, превращение ситуационных мотивов, характеризующих не столько личность, сколько обстоятельства, в которых она оказалась по ходу жизни, в устойчивые личностные образования, например, переподчинение ранее действовавших мотивов единственному ведущему мотиву «заботы о здоровье» (6, 8, 10). Аутизация, замкнутость, отчужденность, обеднение эмоциональной сферы, пассивность, стремление к стереотипному выполнению работы,

мелочность, желание опеки, ограничительное поведение – все это может быть результатом обеднения мотивационной сферы. Поэтому динамика внутренних изменений стоит самого пристального внимания.

До сих пор, говоря о реакциях онкологических пациентов на кризисную ситуацию болезни, я имела в виду их клиническую оценку. Ничего не было сказано о тех усилиях, которые предпринимают больные, чтобы справиться с жестокими невзгодами. Именно этот аспект подчеркивается в ставшем достаточно популярным в западной психологии понятии «совладания с болезнью». Под совладанием понимается вся «когнитивная и моторная активность, которую использует больной человек для сохранения своей телесной и психической целостности, для восстановления обратимых нарушений функций и компенсации ограничений в случае необратимых нарушений» (26). Болезнь как кризис ставит человека перед необходимостью решения основных задач адаптации, для каждой из которых должны быть найдены свои способы совладания (28).

Как видно, фокус рассмотрения при таком подходе переносится в плоскость когнитивно-поведенческой активности больного, занятого решением определенных жизненных задач. Вне зависимости от отношения психотерапевта к бихевиоризму в этих представлениях содержится очень ценный момент – акцент на позитивном характере совладания. Мне самой пришлось на опыте убедиться в том, что фиксировать внимание на позитивных аспектах бывает гораздо труднее, чем видеть дефекты. Для последнего наработан соответствующий понятийный аппарат, позволяющий облекать наблюдаемое в адекватную словесную форму. Кроме того, сказывается тренируемая со студенческой скамьи привычка выхватывать из целостности человеческого облика черты диагнозов – клинических или психологических. В ситуации диагностики это чаще всего оправдано. Но в ситуации психотерапии подобная установка резко ограничивает возможности понимания происходящего. Для психотерапии помимо клинической оценки важен внутренний смысл наблюдаемого, акцентирование позитивных процессов – позитивных не в морализаторском плане движения к высшим ценностям, личностному росту и т.п., а в плане внутренних необходимостей данной конкретной жизни и способностей данной конкретной личностной организации.

К первой категории стратегий совладания можно отнести те, которые базируются на отрицании либо преуменьшении степени серьезности кризиса (23, 28). Я уже касалась темы отрицания у онкологических больных. Здесь хотелось бы обратить внимание на его возможную конструктивную функцию. Отрицание обычно рассматривают как примитивный защитный механизм. Однако использование примитивных мифов, основанных на отрицании, в ряде случаев сохраняет силы, необходимые человеку для других свершений или просто для нормальной повседневной адаптации.

Другая группа стратегий совладания включает те из них, которые связаны с поиском соответствующей информации или, более обще, с эффективным использованием интеллектуальных источников (23, 28). Адекватная информация зачастую уменьшает тревогу, вызываемую неопределенностью или неполным знанием. Как-то так исторически сложилось, что поиск информации со стороны пациентов слабо поддерживается врачами, поэтому пациенты редко проявляют инициативу, хотя и имеют при этом внутреннюю нужду в достаточной информации. Уметь показать свою заинтересованность в коммуникации с врачом и строить с ним адекватные для себя отношения – насущная задача для многих пациентов.

Важнейшую группу совладающих стратегий составляют те, которые направлены на поиск утешения и эмоциональной поддержки со стороны семьи, друзей, медицинского персонала (23, 28). Поддержка больше выполняет роль «стрессового буфера» в период острого кризиса начала болезни и во время лечения. Несмотря на чувство глубокого одиночества, характерное для человека в критические моменты жизни, поддержка служит как бы эхом реальности, давая пациенту уверенность, что он все еще находится в контакте с ней. Однако всецело положительный взгляд на поддержку слишком наивен. Видимо, никогда не стоит забывать о минусах чересчур добросовестного усердия и о том, что поддержка может быть как поддерживающей, так и, напротив, разрушающей, источником «secondary victimization», когда жертв тяжелой болезни делают вторичными жертвами неумелых попыток помочь им (20). Социальное взаимодействие с раковыми пациентами нередко окрашивается в тона амбивалентности – жалости и фальшивого оптимизма (или воспринимается таковым самими пациентами). В таком случае позитивные действия могут нести негативный смысл.

Когда жизнь становится особо невыносимой, как это бывает в случае тяжелого недуга, многие люди мучаются вопросом: «Почему я?» Они могут обвинять свои прошлые ошибки, свою наследственность, врача и т.д. и тем самым находить мишень для выливания гнева. Для того чтобы принять случившееся, очень важно бывает суметь найти главную цель или смысл в течении событий. Усилия, предпринимаемые в этом направлении, составляют еще одну группу совладающих стратегий (23). Сюда относятся все попытки поместить свой собственный опыт в более длительную или осмысленную перспективу, с религиозной ориентацией или без нее. У некоторых пациентов есть какая-то особая внутренняя потребность к знаково-символическим инсайтам, к опосредованию своего нелегкого опыта очень простыми и емкими словесными формулами. От психотерапевта они ждут того же уровня понимания, способного разделить смысл их душевных смятений.



Как будет человек переживать поставленный ему диагноз рака со всеми вытекающими отсюда последствиями, зависит от многих особенностей – прежде всего его личности, уровня интеллекта, возраста, социального и физического окружения. Это звучит банально, но пациента не нужно никуда тащить, пытаясь в запальчивости раз и навсегда покончить с психопатологическими симптомами или, еще круче, способствуя его «развитию» и «личностному росту», понимаемым, как правило, по-американски однобоко. В психотерапевтическом процессе действительно необходимо понимание, но понимание не в его «женском» варианте «веры, надежды и любви», а вполне рациональное, основанное на вменяемом взгляде и способное вследствие этого к постижению целостности происходящего. Важно уметь соразмерять множество факторов, анализируя процесс переживания пациента, особенности терапевтического взаимодействия и собственные реакции. В эпоху излюбленного подчеркивания Я-Ты отношений с клиентом, участного мышления появляется естественное желание «реабилитации» оности как необходимого результата части профессиональной активности психолога. Я говорю о вполне понятных и известных вещах, но в реальной работе всегда есть сильное искушение уйти от напряжения усилий действительного осознания, облегчить свою профессиональную жизнь женским «я с тобой». Оправданием вне-интеллектуальным способам работы могут служить, в частности, излишний гуманистический пафос и верность идее (тоже гуманистической) о самодовлеющем значении эмоционального отношения психотерапевта к клиенту. Вряд ли стоит уповать и на особую способность интуитивных прозрений. Интуиция как доверие собственному опыту отнюдь не упраздняет задач психологического анализа, более того, она непосредственно связана с ними, поскольку, тренируемая профессиональной культурой, попадает в совершенно иной контекст.

## ИММАНЕНТНАЯ СУБЪЕКТИВНОСТЬ БОЛЕЗНИ

Необходимость изучения субъективной стороны заболевания многократно подчеркивалась целым рядом авторов как у нас в стране, так и за рубежом. Существует огромное число терминов, определяющих отражение болезни в психике человека: аутопластическая картина болезни, переживание болезни, реакция адаптации, позиция к болезни, отношение к болезни и др. (8). Каждое понятие по-своему раскрывает субъективную сторону болезни, как правило, фиксируясь на каком-то ее отдельном аспекте.

В нашей литературе популярность приобрело понятие внутренней картины болезни (ВКБ) как наиболее интегральное, включающее в себя несколько уровней субъективного отражения болезни в психике. Как

правило, выделяют чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный уровни (8, 10).

Телесность при таком абстрактно-уровневом подходе сохраняет свою организмическую натуральность. Знаковое опосредствование остается прерогативой интеллектуального уровня, в то время как чувственные ощущения преподносят себя в непосредственном, неозначенном виде.

Подобные представления – дань традиции разделения объективного и субъективного бытия, в которой наиглавнейшей проблемой оставалось решение вопроса первичности. Болезнь как некоторая истинная, незамутненная, «сырая» объективность вторично преломляется – отражается с большей или меньшей долей помех – в субъективных категориях. Соответственно мы получаем некоторое подобие «разделения труда»: манипуляции с натурально-организованной болезненной телесностью – дело врача, а анализирование надстроенных над нею акций субъекта – психолога.

В действительности с рождением сознания рождается новое – семиотическое – измерение вещей мира: бытие, событие бытия в его целостности преобразуется – «камень, оставаясь каменным, а солнце – солнечным, вместе с тем меняются, поскольку начинают осознаваться свидетелем и судьей» (М.Бахтин). Происшедшее непоправимо, и ход назад к непосредственной неосвидетельствованной данности невозможен.

«Событийность» болезни наличествует только в своей категориальной опосредствованности. Согласно А.Тхостову, болезненные ощущения представляют собой сложную текстовую знаково-символическую структуру (11, 12). Чувственная ткань означает не только в категориях соматоперцепции, ощущения означают не только себя, но и то, что им внеположно, – болезнь. Применительно к болезни может быть использована та же схема, которую предлагает Барт для описания классических мифов: знак (означенное телесное ощущение), являющийся ассоциацией чувственной ткани и телесного конструкта, становится означающим в мифологической схеме болезни и, разворачиваясь вовне, превращается в симптом (12).

Содержательная наполненность ощущения обедняется, в то же время обогащаясь нудительными фигурами мифа. Мифологизация или вторичное означение чувственных данных вытекает из преломленных в индивидуальном сознании культурных взглядов на болезнь, ее причины, динамику и методы лечения.

Интересно, что мифологизированное или вторично означенное телесное страдание (болезнь) получает свое существование, будучи опосредованным еще одним элементом структуры индивидуального сознания – личностным смыслом. Жизненное значение болезни или смысл может быть самым разным. Например, Z.J.Lipowski говорит о болезни-угрозе, болезни-утрате, болезни-выигрыше и болезни-наказании (8). Будучи

выстроенной позитивным (условие, способствующее достижению мотива), негативным (условие, препятствующее достижению мотива) или конфликтным (условие, способствующее достижению одних мотивов и препятствующее достижению других) смыслом (11), болезнь приобретает разное лицо.

Таким образом, болезнь существует только в своем означенном и осмысленном виде. Ориентация на натуральность организмического бытия, свойственная сложившейся медицинской практике, резко сужает область прилагаемого лечения.

Если в рамках первых двух условно выделенных составляющих разбираемой модели (болезнь как следствие дисрегуляции на биологическом, психологическом или социальном уровне и болезнь как кризис) психологические знания встраиваются в психологическую практику, которая в принципе может быть отделена от медицинских вмешательств и существовать как бы параллельно с ними, то представления об имманентной субъективности болезни интегрирует психологические знания в саму медицинскую практику.

Вся сложность заключается в том, что изнутри рабочей медицинской модели данные психологической диагностики соматических больных чаще всего излишни. Для того чтобы разумно выполнять то, что от него требуется, лечащему врачу достаточно интересоваться патофизиологией болезненного процесса и предпринимать соответствующие действия. Гуманитарное мышление – это другая культура. В том виде, в каком существует медицина, она вполне самодостаточна. Сомнения возникают на границе, на выходе из ее привычной парадигмы, почти вне ее сформировавшихся устоев. Хотя на западе еще в 50-е гг. предпринимались попытки создать модель психосоматической медицины как активной кооперации врачебной и психологической помощи пациентам (*S.Cobb*, 1952), сейчас, даже по замечаниям зарубежных авторов (не говоря уже о нашей стране), подобную кооперацию специалистов разных областей знания, координирующих свою совместную работу с соматическими больными, встретишь далеко не часто (33). Обычно сталкиваешься с другой картиной – предпринимаются усилия «фрагментарной» помощи, когда каждый специалист занят своими собственными, отделенными от других модальностями лечения. И это вполне понятно, если иметь в виду, что каждый исходит из своей парадигмы.

В онкологической клинике психолог, являясь пока одинокой фигурой, представляет собой слабое дополняющее звено традиционной медицинской модели. Поэтому его критическая позиция оказывается пока недееспособной. И к сожалению, на данный момент необходимость комплексного подхода в лечении онкобольных остается только на уровне идеи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аръес Ф. Человек перед лицом смерти. – М., 1992.
2. Бажин Е.Ф., Березкин Д.П., Гнездилов А.В., Зырянова Н.Г., Шиповников Н.Б. Медико-психологические проблемы онкологической клиники // Психология и медицина / Под ред. В.М.Банщикова. – Л., 1978.
3. Былкина Н.Д. Развитие зарубежных психосоматических теорий // Психологический журнал. – 1997. – № 2.
4. Василюк Ф.Е. Автобиография и личность // Наука и техника. – 1984. – № 2.
5. Василюк Ф.Е. От психологической практики к психотехнической теории // Московский психотерапевтический журнал. – 1992. – № 1.
6. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш. Психологические и деонтологические аспекты реабилитации онкологических больных // Реабилитация онкологических больных / Под ред. В.Н.Герасименко. – М., 1988.
7. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу. – СПб., 1995.
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М., 1987.
9. Николаева В.В. О психосоматической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования / Под ред. В.В.Николаевой, П.Д.Тищенко. – М., 1991.
10. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: Дис. ... д-ра психол. наук. – М., 1992.
11. Тхостов А.Ш. Интрацепция в структуре внутренней картины болезни: Дис. ... д-ра психол. наук. – М., 1991.
12. Тхостов А.Ш. Семантика телесности и мифология болезни // Телесность человека: междисциплинарные исследования / Под ред. В.В.Николаевой, П.Д.Тищенко. – М., 1991.
13. Шутценбергер А.А. Тяжелобольной пациент // Вопросы психологии. – 1990. – № 5.
14. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. – М., 1996.
15. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М., 1999.
16. Achte K., Vauhkonen M.-L., Lindfors O., Salokari M. Progress in Biopsychosocial approaches to cancer in Northern Europe (Finland) // Cancer, stress and death / ed.by Day S.B. – N.Y. – London, 1986.
17. Aragona M., Muscatello M.R.A., Mesiti M. Depressiv mood disorders in patients with operable breast cancer // Journal of experimental and clinical cancer researches. – 1997. – V.16. – № 1.
18. Bahnson C.B. Families as producers of and sufferers from malignant disease: Therapeutic goals // New trends of experiential and clinical psychiatry. – 1996. – V.12. – № 2.
19. Baltrusch H.-J., Waltz M. Early family attitudes and the stress process – a life-span and personological model of host-tumor relationships // Cancer, stress and death / ed.by Day S.B. – N.Y.-London, 1986.

20. Briekman P., Rabinowitz V.C., Karusa J., Coates D., Cohen E., Kidder L. Models of helping and coping // American psychologist. – 1982. – V.37.
21. Cox B.J. The cancer patient as educator and counselor // Cancer, stress and death / ed.by Day S.B. – N.Y.-London, 1986.
22. Grossarth-Maticek R., Kanazir D.T., Vetter H., Schmidt P. Psychosomatic factors involved in the process of cancerogenesis // Psychotherapy and psychosomatics. – 1983. – V.40.
23. Hinton J. Bearing cancer // Coping with physical illness / ed.by Moos. – N.Y.-London, 1979.
24. Kissen D.M. The significance of personality in lung cancer in men aged 55-64 // British journal of medical psychology. – 1967. – V.40.
25. Lear T.E. Self-help and hubris in cancer care // Cancer, stress and death / ed.by Day S.B. – N.Y.-London, 1986.
26. Lipowski Z.J. Physical illness, individual and the coping process // International journal of psychiatry in medicine. – 1970. – V.1.
27. Middelboe T., Ovessen L., Mortensen E.L., Bech P. Depressive symptoms in cancer patients undergoing chemotherapy // Psychotherapy and psychosomatics. – 1994. – V.61. – № 3-4.
28. Moos R.H., Tsu V.D. The crisis of physical illness // Coping with physical illness / ed.by Moos R.H. – N.Y.-London, 1979.
29. Petteet J.R. Psychological factors in the causation and course of cancer // Cancer, stress and death / ed.by Day S.B. – N.Y.-London, 1986.
30. Revenson T.A., Wollman C.A., Felton B.J. Social supports as stress buffers for adult cancer patients // Journal of psychosomatic researches. – 1985. – V.29.
31. Rosch P.J. Some thoughts on the epidemiology of cancer // Cancer, stress and death / ed.by Day S.B. – N.Y.-London, 1986.
32. Selye H. Stress, cancer and the mind // Cancer, stress and death / ed.by Day S.B. – N.Y.-London, 1986.
33. Sifneos P.E. Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients // Psychotherapy and psychosomatics. – 1983. – V.40.
34. Simonton O.C., Matthews-Simonton S., Greighton J. Getting well again. – Los Angeles, 1978.
35. Todarello O., Casamassima A., Marinaccio M. et.al. Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia // Psychotherapy and psychosomatics. – 1994. – V.61. – № 3-4.
36. Weisman A.D. Early diagnosis of vulnerability of cancer patients // The American journal of the medical sciences. – 1976. – V.271. – № 2.