

СОВРЕМЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОНКОЛОГИИ

Щепановская Е.М.

Щепановская Елена Михайловна
кандидат философских наук.
E-mail: semiravet@yandex.ru

Аннотация

В статье рассмотрены проблемы, связанные с онкологией, когда само лечение, разрушающее организм, все глубже погружает человека в болезнь. Это проблемы изоляции, связанные с табуированием смерти и самоизоляции, вины, а также с психотерапевтической помощью, реабилитацией при лечении и вниманием к индивидуальности больного.

Данные проблемы усугубляет дискурс власти в медицине (М. Фуко) и всё более бюрократизируемый конвейер медобеспечения, производящий болезнь как продукт (А. Секацкий) и направленный, по преимуществу, на финансовую систему. Ориентация на человека — как путь к выходу из сложившейся критической ситуации — сотрудничество врача и пациента.

Ключевые слова: онкология; рак; онкопсихология; психотерапия; реабилитация; медицинский дискурс; философия медицины.

УДК 159.1:615.851:616-006

Библиографическая ссылка

Щепановская Е.М. Современный медицинский дискурс и психотерапевтические аспекты онкологии // Медицинская психология в России. – 2018. – Т. 10, № 4. – С. 8. doi: 10.24411/2219-8245-2018-14080

Поступила в редакцию: 08.12.2017 Прошла рецензирование: 20.06.2018 Опубликовано: 29.08.2018

По эффективности среди развитых стран российская медицина занимает последнее место — такова недавняя статистика, приводимая в СМИ. Если в Израиле лечится 95% случаев рака груди (пятилетняя выживаемость), то у нас другие цифры (по статистике официального плаката онкодиспансера на проспекте Ветеранов в Санкт-Петербурге): за год к врачам обратилось 50 тысяч женщин с этой проблемой, а умерли 22 тысячи (т.е. около половины)! Хотя и лекарства такие же. И компетентность врачей не хуже. Очевидно, причина лишних 42% смертей — в стандартизированном лечении (отход от медицинских схем и индивидуальный подход к пациенту сегодня официально запрещены), а также в отношении к людям, порождающем отсутствие медицинской реабилитации и даже общих рекомендаций (организм сам справится. Когда же организм не справляется, лечить прекращают — пока анализы не улучшатся. Но сами они зачастую не улучшаются, и человек умирает).

Все люди разные, а под словом «рак» сегодня понимается большой комплекс болезней разрастания ткани, вызванных самыми разными причинами. И потому неудивительно, что при отсутствии индивидуального подхода к лечению никак не удастся найти универсальное средство от рака. Принятые медицинские модели могут не сработать, это признают сами врачи. А потому для пациента тут необходим собственный поиск, внимание к собственной **индивидуальности**. Коль скоро оно сегодня запретно для медицины, лечащей тело, оно полностью вытесняется в сферу психологии и психотерапии. И хотя сегодня онкопациенты практически лишены психологической помощи, оставаясь один на один со своей проблемой, эта помощь по-человечески необходима. Поэтому статья во многом посвящена перспективе, но надо надеяться, что она станет реальностью.

Здесь пациенту и психотерапевту необходимо понимание того, что нельзя слепо доверять официальному конвейеру, и для этого в статье дается философская критика медицинского дискурса. Больному от него психологически надо изолироваться и стараться общаться с врачами не как с функциями, а лично. В существующей медицинской системе это сложно, но это важный шаг к ее изменению. И это важный ракурс первой психотерапевтической рекомендации при онкологии — **быть с людьми**.

Это то, чему в данной ситуации пациенту приходится учиться заново. Главная психологическая проблема здесь — это **самоизоляция**: мысли о смерти заставляют человека покинуть мир живых, не дожидаясь её. Онкологический диагноз выбрасывает человека из этого мира в безвоздушное пространство собственного «Я» — в ту особую изолированную реальность, где все уже совершилось, — не оставляя ему места во внешнем мире. Порождает эту подсознательную отстраненность от мира здоровых людей, во-первых, непреодолимая граница в нашем сознании между жизнью и смертью, а во-вторых, официальный медицинский дискурс, усугубляющий психологические проблемы при онкологии.

Дискурс власти, по Мишелю Фуко [8; 9], заставляет человека счесть себя «больным», хотя до постановки диагноза и начала лечения онкопациент чувствует себя вполне здоровым, и, если бы лечение сопровождалось необходимой реабилитацией, он бы продолжал чувствовать себя нормально, не выпадая из руслу своей и общей жизни. А быть больным — значит, чувствовать себя частично невменяемым, несамостоятельным, слепо подчиняющимся процедуре, в которой он ничего не понимает, навсегда попадающим в «процент» риска смерти и покидающим радостную жизнь с её обычными перспективами. Такое ощущение «больного» психологически ненормально и мешает лечению. Но «больными» легче управлять, чем здоровыми, так как они не сопротивляются и не задают вопросов.

С позиции медика ситуация ясна: врач — наемный работник государства, он только исполняет его предписания. Человеком быть он не обязан, на это нет времени. Причина здесь — даже не врачи. В том, что врачи все чаще не могут помочь больному, виновата бюрократия с ворохом писанины, количество больных на врача, недофинансирование лекарств и т.д. Лечение — все более вторичный вопрос, а первый — бумажный. Медицинская система делает шестерёнками и врачей, и их пациентов. Шестерёнки должны крутиться. Врачи должны писать отчётность. А больные — обеспечивать циркулирование документов. Так создается иллюзия работы медицинского конвейера, подчиненного финансовой системе.

Сил на борьбу за своё здоровье пациент тратит меньше, чем на ту борьбу, которую ему приходится вести за своё право на лечение. И, доказывая свою несостоятельность, медицинская бюрократия изживает сама себя вместе с официальной медициной.

Привычный нам медицинский дискурс настроен на операции и отравляющие химические препараты, и это наследие медицины, ориентированной на войну. Здесь надо понимать, что операции в нашей современной медицине финансово выгодны. А то, что хирургия и сопутствующие ей антибиотики на Западе развиты более остальных методов медицины — наследие военных веков. Только в ситуации войны могла возникнуть привычка отрезать поврежденные органы вместо целостного лечения организма, которое развивалось на Востоке. Эта ущербность западного подхода даже симметрию организма побуждает видеть как излишнюю. Это нормально — жить с одной рукой, одной почкой, одним лёгким, и нет понимания, что они исполняют разные функции. Ну зачем женщине в 45 два яичника, она ведь больше рожать не собирается? Но в организме ничего лишнего нет, и удаление чего бы то ни было **всегда** дает дисбаланс эндокринной системы и риск образования рака. Так что в хирургии больше пользы, чем вреда, только в самом экстремальном случае.

Альтернативу этого мы можем найти на Востоке (в Индии и Китае) — более целостный подход, ради лечения одного органа не разрушающий другие. В западных источниках мы тоже уже находим идею, что лечить следует человека в целом: «Наше центральное предположение, что болезнь не является чисто физической проблемой, но, скорее, проблемой личности в целом, которая включает не только тело, но ум и эмоции» [4, с. 10]. Ратуя за холистический подход и внимательное отношение к естественным процессам, Р.Г. Хамер призывает не торопиться с вторичным медицинским вмешательством, указывая, что в фазе восстановления и постонкологической перестройки организма могут возникать процессы, имеющие симптомы воспалительных заболеваний (атака микробов-чистильщиков, фактически освобождающих организм от раковых клеток, при этом токсины и лекарства действуют деструктивно), а также церебральные нарушения и отеки в проблемных местах — что может неверно диагностироваться как рак, ведя к ненужным операциям, «добивающим» пациента. Приходит понимание, что метод «отрезать как можно больше, чтобы застраховаться» может вести к обратному результату: «Ранее принятая максима глубоко внедряться в здоровую ткань, чтобы избежать метастаз, необоснованна и абсурдна» [13]. Это подтверждает и та теория, что причиной рака могут быть травмы и воспаления. С философской точки зрения, само такое понимание радостно — правда, в налаженном конвейере немецкой медсистемы идеи доктора Хамера вызвали неприятие как альтернативная медицина, создающая угрозу на пути привычных финансовых потоков.

Перспективы холистического подхода можно увидеть в лечении духовной энергией (чему посвящен авторский рассказ «Двадцать дней в ашраме: восстановление с помощью духовных процессов» [11]). Но такой подход предполагает, что врач должен уметь чувствовать внутреннее состояние больного (например, диагностика по пульсу).

Сегодня врач не желает идти в телесную глубину пациента, он стремится прежде всего сохранить независимость своей медицинской позиции — может, потому, что она не очень надежна?

Пациенты удивляются: почему доктора их не слушают, не слышат? Может, потому что врач, как обычный человек, боится соприкоснуться со своей собственной телесной глубиной? Потому, что он не является исследователем своего тела — как Парацельс, Гелен или, ранее, Аристотель? Поэтому в современном медицинском дискурсе вопросы пациента врачу и воспринимаются как что-то неприличное.

Врач откровенно не доверяет ощущениям больного. И лечение начинается при настолько явных диагнозах, когда вылечить оно уже не может. Пациенту зачастую надо доказать свое право на рецепт — *настаивать*, что он болен. Ему надо *заставить* медика себя обслуживать. Для этого человек вынужден не просто чувствовать себя больным, но утвердиться в своей болезни, доказать её ужасность самому себе. Пациент должен убедить врача, что всё плохо — вместо того, чтобы врач уверил пациента, что всё будет хорошо. И при таком поединке, часто оканчивающемся не в пользу больного, в ответ на недоверие врача пациент не имеет никаких оснований для веры ему.

Среди современных философских работ на эту тему поднятым вопросам посвящена статья Александра Секацкого «Критика медицинского дискурса»: «Спросим, почти по Аристотелю: производит ли врачевание здоровье или, скорее, болезнь?» [6, с. 339]. Вывод философа таков, что современная медицина, наряду с лекарствами и самими медиками, производит «человека болеющего» и его мрачные мысли — она воспроизводит его больным.

С точки зрения философии, болезнь стала в нашем сознании отдельной реальностью, доминирующей над здоровьем и занимающей в жизни все больше места. Как замечает Секацкий, человек подчиняется новому моральному императиву, который можно сформулировать по аналогии с категорическим императивом Канта — даже если ты здоров, поступай так, как если бы ты был болен, потому что это благоразумнее: «Поступай так, как если бы здоровье всегда было целью, а не наличным состоянием» [Там же. С. 350]. Я сформулирую это так: больной должен болеть — у него есть права

больного (не работать), но как будто бы нет морального права вести себя как здоровый человек: полноценно участвовать в жизни, радоваться, быть сильным, жить без боли — ведь медицина не обеспечивает качества жизни. Быть здоровым — непомерная претензия. И от такого угла зрения уже на саму жизнь можно повесить маркер упаковок с лекарствами: «Применять по назначению врача», как говорит Секацкий.

Радостно, что хотя бы на Западе этот императив уже преодолевается, что видно по отношению к инвалидам. Но русского человека это, скорее, раздражает: у нас ведь и не очень больные люди не могут добиться нормального качества жизни, зачем же давать привилегии тем, кто практически не может ими воспользоваться! А в целом, на Западе не лучше: если у нас людей убивает качество медицинского обслуживания, то там — его цены.

Конечно, развитие медицины радикально изменило жизнь — но какова суть этих изменений в последнее время? По мысли А. Секацкого, она сводится к следующему: «Во-первых, острая форма разлаженности, если таковая возникает, всеми силами и средствами переводится в хроническую, которая теперь и предстает как жизнь (но уже не *vita active* — деятельная жизнь). Во-вторых, моменты претерпевания, в принципе присущие состоянию здоровья, изымаются в болезнь. <...> В-третьих, <...> здоровье сводится к тому, что медицина может контролировать, то есть к телесным отправлениям. В результате всех перемен здоровье сжимается как шагреновая кожа, а территория болезни и болезненности, напротив, расширяется до неслыханных пределов» [Там же. С. 352].

Медицина стала бизнесом — производством и обслуживанием болезней, и производимый ею товар — болезнь — схож с другими товарами. Это подтверждают масс-медиа, переполненные передачами о здоровье (вернее, нездоровье), и потоковая реклама лекарств от «постоянных» недомоганий у всех групп населения, начиная с младенцев. Философ предлагает рассмотреть медицину как особую ветвь власти, вслед за Мишелем Фуко (шестую, если четвертой считать СМИ, а пятой — спецслужбы).

Результат доведен до абсурда — и сегодня средний врач воспринимает разнарядку процедур пациента, прежде всего, как фактор, обслуживающий финансовую медсистему. Поэтому врачи и перестали действовать так, как нужно для человека, обратившегося к ним. Без веры в то, что они действительно вылечат больного — последний вопрос вообще не ставится. Но человеку нужен контакт с врачом, который — хотя бы частично, в рамках своих рекомендаций! — принимает на себя ответственность за его здоровье. Так было в прежние века и при советской модели, когда финансовой бюрократии и юридической ответственности было меньше. Сейчас же врачами часто движет желание обезопасить себя от последствий своих рекомендаций, которое нередко выходит на первый план.

Это социально узаконенная система, и начинается она с того, что больной подписывает как согласие на операцию, так и отказ от неё, в любом случае принимая всю ответственность на себя. А также проходит множество вовсе не нужных ему комиссий, где многочасовому сидению в очередях сопутствует трехминутный поверхностный осмотр, зачастую оставляющий ощущение непрофессионализма присутствующих и их полнейшего безразличия к самочувствию пациента, способный добить его последнее здоровье, его веру в правильность рекомендаций врачей и само его выздоровление.

Человеческий фактор здесь исключается полностью. Ведь как могут врачи, увидев пациента впервые и две секунды взглянув на кипу его бумаг, принять более подходящее решение, чем тот, кто уже наблюдал пациента какое-то время или хотя бы предварительно разобрался в ситуации? Медику комиссия помогает окончательно избавиться от юридической ответственности. Но, если взглянуть со стороны, возникает два вопроса: во-первых, что же у нас за врачи, если официально считается, что они не способны назначить лечение сами? И во-вторых, если у медицинской системы нет доверия к врачу, как он научится сам себе доверять?

В идеале, врачу обсуждать процедуру лечения надо с самим пациентом: это помогло бы первому избавиться от сомнений настолько, насколько второй осознает происходящий в теле процесс. И пациенту это тоже помогло бы избавиться от сомнений, насколько эффективным будет для него то средство, которое система медицинского конвейера рекомендует всем подряд. Ведь вера в то, что избранный метод лечения наилучший, для лечения крайне важна.

В США обратившийся к врачу пациент может выбирать из предлагаемых ему вариантов лечения рака — в России сегодня такой официальной возможности нет. Хотя в формальной ситуации, когда врач не имеет шансов детально вникнуть в ситуацию каждого больного, действительно лучше, если в принятии решения участвует также и пациент.

Сотрудничество врача и пациента — переход к иному дискурсу их взаимодействия: в новой, а может, хорошо забытой старой модели *равенства* участвующих в *общем* процессе и стремящихся к *общему* результату. Об этом уже много говорится и пишется — и в философии, и в психологии, и в самой медицине. Вопрос отношений врача и пациента — это вопрос преодоления тотальной зависимости пациента от медицинской системы. Их совместное участие в лечении — вопрос будущего. Но любой мыслящий человек: и врач, и пациент — должен стремиться к тому, чтобы это «завтра» наступило уже сейчас.

Как дискурс власти медицинский дискурс является запрещающим и предписывающим. И потому асоциальным актом выглядит отказ от официального лечения. Большинство официальных медиков, конечно, не преминет упрекнуть пациента в преступном отношении, если он что-то принимает независимо от них или пользуется нетрадиционными методами восстановления организма, даже и вынужденно, поскольку официальная медицина не может ему помочь. Секацкий формулирует это так: «Добрый доктор Айболит почему-то категорически не желает уступать роль посредника-монополиста в вопросах здоровья» [Там же. С. 363]. При этом врачи в госучреждениях обычно ничего не знают о травах, БАДах и других нетрадиционных методах поддержки организма и зачастую не рекомендуют ничего. И это норма, а исключение — найти врача, который действительно поможет, потому что для этого он должен взять на себя ответственность.

Сегодня всё происходит не так, как нужно пациенту, а так, как удобно врачу, обслуживающему медсистему. Желание держать в неизвестности, быть может, бессознательное — самый мощный рычаг власти. Это главное, что не дает больному успокоиться, расслабиться и вылечиться. Сегодня человек имеет право знать всю информацию о своем состоянии, как и том, какое лечение его ожидает и в какие сроки. Однако, врач этого часто не считает нужным говорить наперед, в силу зависимости самого медика от медсистемы, и происходит возврат к норме, чтобы безмолвный и ничего не смыслящий в своем здоровье пациент был отдан в полную власть врача.

Философская причина здесь в том, что медицина являет собой отдельную сферу отношений, модель которых более консервативна, чем современные отношения людей. Она копирует устаревший дискурс власти прошлого. Но, как замечает Секацкий, «власть развращает, а абсолютная власть развращает абсолютно» [Там же. С. 363]. Дискурс власти позволяет врачам раздражаться на больных, даже кричать на них, заставляя себя подолгу ждать, даже тогда, когда можно сначала уделить внимание людям, а потом заниматься бумагами. В тех сферах, где жизнь больного зависит от врача: онкологии, хирургии, — врачу особенно легко забыть, что его роль — служить людям, обслуживать их здоровье.

Сегодня практически каждое посещение медицинских заведений грозит обернуться стрессом. «Официозная» медицина берёт в оборот человека полностью, свободное волеизъявление, собственный ритм жизни больного тут не подразумеваются. Быть может, это наследие полицейского государства, как и комиссии, которые не

столько для пользы дела, сколько для надзора за врачами. Если назвать вещи своими именами, это унижение врачей, которое они автоматически сбрасывают на пациента. Медицинская система такова, что больной не имеет времени в процессе лечения отключаться от него на восстановление (что необходимо раковым больным), тратя на достижение результата, хотя бы призрачного, все свои силы. А что цель работы при таком подходе не может быть достигнута принципиально (речь не только об отсутствии, а даже и о невозможности реабилитации, необходимой для здоровья), это мало кого волнует. Шестеренки крутятся. Финансовая система работает. А человек... А что человек? Он в мире странник.

В своей работе А. Секацкий подытоживает, что медицинский дискурс «фальшив, лицемерен и скрыто циничен» [Там же. С. 340]. Дискурс власти заставляет забыть, что капля в копилку унижения и горя другого человека делает более горькой всю социальную атмосферу, в которой мы живём. Эта капля несчастья и злобы понижает в конечном итоге тонус жизни самого врача, который тоже к ней психически принадлежит. Вот поэтому, сколь бы утопично это сегодня ни звучало, но для врача, как и для пациента, важно делать общее дело, с равной включенностью и со всей возможной верой в его благоприятный исход.

Можно выделить десять актуальных для онкологии психотерапевтических проблем.

1. Первая из них — это право на смерть. Если говорить о причинах рака, заслуживает внимания самая простая и материалистическая гипотеза, что рак — это аналог грибковых заболеваний разных видов, развивающихся в ослабленном организме (раковые клетки есть у всех людей, но обычно организм с ними справляется). Доказано, что онкологию вызывают: 1) стрессы (первое описание стрессовых реакций было дано в 1930-х годах канадским физиологом Селье, а в 1960-х немецкий доктор Р.Г. Хамер изучал корреляцию между появлением опухолей и перенесенными трагедиями [14]); 2) гормональный дисбаланс; 3) травмы, ушибы и воспаления (в 19-м веке немецкий врач Р. Вирхов высказал гипотезу, что рак — ошибочно работающий механизм заживления ран [16, с. 248]); 4) недостаток энергии и иммунитета. Последний связан с ухудшающейся экологией (сегодня двадцатилетний пациент — не исключение, из беременных и кормящих каждая 8-я женщина имеет рак), а также с неестественным социальным образом жизни (рабочий день в фирмах, превышающий рабочее время советских лет; вставание затемно; поздний сон, провоцируемый телепередачами; переизбыток негативной информации, которой бравирует СМИ, и превышение уровня допустимой в социуме эмоциональной агрессии, то есть дозволенное повышение тона в социнститутах до крика, неуважение к личности и т.д.).

Человеку нашей культуры прежде всего важно, чтобы тело ему подчинялось и без перебоев служило его делам. Оно не вправе бунтовать. И всё же оно бунтует — коль скоро болезнь считается социальной нормой. Здесь налицо экологическая проблема: невнимание к потребностям человеческого организма. Лучше бы, чтобы нормой была профилактика заболеваний, прежде всего, устранение напряженного ритма жизни (то есть законодательный запрет на чрезмерно длинный рабочий день; нормализация сна, а именно сокращение периодов вставания затемно — официальный сдвиг начала работы и учебного дня зимой для школьников и студентов, как это делается, например, в Индии, хотя там световой день длиннее; контроль за ТВ-каналами, чтобы содержательные фильмы шли в удобное вечернее время отдыха и т.д.) и негатива взаимоотношений (допускаемая агрессия при социальных контактах, стрессовый тон в СМИ и т.д.).

Болезнь проявляет потребности тела. Тем не менее, в общественном сознании присутствует идея, что онкология — мистическое заболевание, и общество до сих пор имеет табу на прикосновение к глубинным ракурсам данной темы. Вся мистика вокруг рака связана со страхом смерти, все более усиливающимся в культуре, поскольку современное общество, по сравнению с более древним, отстраняется от этой темы. Это

табу не исчезает, поскольку табуируется смерть. Её сакральный смысл (духовный) и уважительное отношение к процессам умирания почти утрачены. Как пишет философ Борис Марков, мы разучились общаться со смертью, и она одичала [2, с. 284]. Лишь на Востоке, в странах индуизма и буддизма, к смерти остается радостное, светлое и легкое отношение.

В современный социальный стандарт молодости, здоровья и успешности не вписывается внимание к больным, старым и умирающим людям. И поэтому человек с диагнозом «рак» имеет большой шанс выпасть из социума и оказаться во внутренней изоляции. Из-за дикого подсознательного страха смерти, который ныне является социальной нормой, у окружающих к нему возникает совершенно особое отношение, которое не только не поддерживает здоровье человека, но и крайне вредно. Не очень хорош даже термин «раковый больной» — ведь сам человек до постановки диагноза обычно чувствует себя здоровым. Если бы не медицинская волокита, отнимающая уйму времени и сил, и не отсутствие информации о поддерживающих средствах в периоды лечения, «больной» мог бы ещё долго и легко вести здоровый образ жизни. А так за это приходится бороться. Понятие здоровья здесь можно определить как качество жизни (уровень которого зависит от общественного сознания).

Кроме того, общественное сознание на всякого человека — здоров он или болен — возлагает до боли всем знакомое чувство вины, коренящееся в христианском мирозерцании. Восточные религии не обвиняют человека, если он умирает. Может, в силу концепции перевоплощений — но проблемы в смерти нет. А для христианского мировоззрения человек должен жить, ведь он живет только раз. Если умирает, да ещё бросая близких, — кто ж ему это простит? Но на человека с онкологией нельзя наваливать груз ответственности и вины. При интоксикации и сидении в очередях он и так несет такую тяжесть депрессии, что *всякий* груз надо снять. Человек невиновен, если его брэнное тело отказывается жить в неэкологических для него условиях. Есть коллективная карма, с которой индивидуальное тело может не справиться.

О праве на смерть пишут Карл и Стефани Саймонтон в книгах «Возвращение к здоровью» и «Психотерапия рака» [4; 5]. Это труды врача-онколога, который сам перенёс болезнь, и его супруги-психолога — почему книги и заслуживают доверия. Чета Саймонтон, рассуждая об ответственности человека за свое здоровье, говорит, что вина саморазрушения «никоим образом не относится к людям, у которых физическое заболевание развилось как реакция на стресс». Реакции такого рода слишком глубоки, чтобы их можно было сегодня считать доступными для прямого волевого управления. Хотя человек может способствовать своему выздоровлению с помощью визуализации желаемого результата лечения [5, с. 6–7].

А к решению проблемы смерти приближает высшая духовная планка, которую можно также выразить словами Ницше: «В вашей смерти должны ещё гореть ваш дух и ваша добродетель, как вечерняя заря горит на земле, — или смерть плохо удалась вам» [3, с. 75].

2. Во-вторых, вызывает настороженность ныне распространенный среди психологов миф, что рак возникает из-за того, что человек чего-то по жизни не сделал (не исполняет своего предназначения). Это, возможно, профанирование идеи Райка Хамера о том, что ощущение своей «бесполезности» у онкологического больного может провоцировать метастазы в костях [14]. Здесь следствие принимается за причину, что типично для бытового (философски не развитого) сознания. На самом деле, онкологические пациенты — это обычно люди уже в возрасте, которые по жизни напрягались и перенапрягались, делая не меньше, а больше требуемого. И проще всего понять, что рак, как и любая болезнь, возникает, когда человек устает, истощив себя в напряжении жизни. Но выполнять обычные обязанности в период лечения рака действительно трудно.

3. Психологическая помощь при раке сложна, ведь психолог редко сам стоял на грани жизни и смерти и проживал то, что чувствует раковый больной в медучреждении. И потому беседы психологов ему могут казаться наивными. И это третья проблема. Здесь прежде всего следует просто выслушать: на волне доброжелательности и сочувствия (лишенного излишней трагедийности) человек сам расскажет свои проблемы, спровоцировавшие рак. Он ведь видит ситуацию намного глубже любого психолога.

Здесь следует обратить внимание на то, что психолог обычно стремится обратить внимание человека на него самого. Человек же, перед которым разверзлась бездна несвоевременного конца, и так чрезмерно поглощен собой на фоне этого факта. И нужно не погружаться в психологические проблемы, но ловить моменты лёгкости и света бытия. Как говорил философ Ницше, которому с юности пришлось справляться с тяжелой болезнью: «Просто не уставай, ни за что не уставай! Дух тяжести не должен властвовать над тобой ни минуты» [3].

В книгах Саймонтонов доказывается роль положительных эмоций. Ведь их позитив лимбическая система передаёт гипоталамусу, а тот приводит в действие иммунную систему, до того не справляющуюся с атипичными клетками. Негатив страха и безнадежности (в том числе и со стороны близких) угнетает иммунную систему, и она перестает им сопротивляться. Позитивные эмоции — показатели витальности.

4. В-четвертых, психологическая помощь часто настраивает человека на то, чтобы он справился с ситуацией сам. Но со смертельными болезнями дело обстоит иначе. Здесь человеку должны помочь именно другие, преодолев его обиду на мир и восстановив его веру в людей и в их будущие возможности. Обычно цель психологии — доказать человеку, что опыт его не случаен, он вплетен в копилку человеческого опыта, он может возвыситься до уровня вневременного. Но для ракового пациента важно знать, что его лечение, непоправимо разрушающее его здоровье, — это временный и случайный опыт, это ошибка человечества, которая будет преодолена. Только веруя в это, зная это на практике, можно дальше нормально жить.

Правильное понимание ситуации дает книга доктора медицинских наук, психотерапевта А.В. Гнездилова, основателя первого в России онкологического хосписа, много лет облегчавшего участь раковых больных, в частности, методами звукотерапии и сказкотерапии. «Как ни парадоксально это звучит, — пишет он, — наши больные нередко поддерживают нас и нашу веру больше, нежели мы их.< ...> То особое состояние людей, с которыми мы общаемся, создает атмосферу, в которой нет места лжи, лицемерию, играм взрослых людей, <...> и, наверное, для нас самое ценное, что мы стоим здесь все вместе перед лицом Вечности и что наша цель, взявшись за руки людей, реально поддерживает каждого» [1, с. 10–11].

5. Пятая важная тема — внимание к индивидуальности, когда она ставится под удар общественного формализма. Конечно, защита личности нужна прежде всего при ее становлении, в юности [10]. Но длительная болезнь — тоже пограничная ситуация, и, каким бы зрелым и мудрым ни был человек, ему тоже требуется самозащита и отстаивание своего взгляда на жизнь — хотя бы для возможности оценивать себя без формализма, к которому все давно привыкли. Для этого необходимо иметь своё личное пространство.

Человеку с онкологией, чтобы поправиться или чтобы достойно умереть, важно жить в собственном ритме. Если есть такая возможность, иметь отдельную комнату, где он может в своём ритме отдыхать и заниматься тем, чем хочется. Психологический мост контакта должен строиться от него и согласно его потребностям, как пишет об этом Андрей Гнездилов: «Наша задача — слушать и, по возможности, исполнять желания больного. В этом случае он — архитектор и инженер [своего нового, лучшего мира взамен прежнего, уходящего из-под ног], а врач [близкий человек] — лишь исполнитель (прораб)» [1, с. 94–95].

С точки зрения философии, психолог здесь играет роль альтер эго, зеркала, помогающего увидеть свое отражение. Тут полезно применить сократовский метод: «Я знаю, что я ничего не знаю» — это освобождает от онтологизации зла и страхов. И, осуществляя этот метод в себе, нужно найти такую позицию, с которой естественен вход в мир души другого. Для психолога высшая задача — приблизить человека к самому себе, соединить его в позитивном отношении к миру, показав место усилия, где можно поменять отношение к происходящему. Для онкопациентов, в связи с уродующими и калечащими операциями, характерна проблема нехватки любви к себе, и актуально осуществление античной «заботы о себе». Должен быть пройден путь очищения от внутреннего понуждения воли, корнящегося в прошлом («Воля — так называется освободитель и вестник радости. Было — так называется скрежет зубовой и сокровенное горе воли» [3, с. 147]).

Для регенерации очень полезна реализация неосуществленных желаний. Саймонтоны считают, что в позитиве болезнь заставляет обратить внимание на такие неудовлетворенные потребности, которые не видны самому человеку и его близким: «больше внимания уделять бессознательному «Я», а не тому, чего ждут окружающие». Психоаналитически, для связи с ресурсами бессознательного здесь возможна работа со снами и беседа с внутренним наставником — сказочным мудрым старцем Юнга.

6. Психологическая помощь наиболее актуальна при постановке диагноза (снять шок), по окончании лечения (ответить на вопрос, как жить дальше) и перед первой химией (убрать страхи, и здесь главный психотерапевтический эффект имеет ясная информация по всем вопросам. Операция и облучение вызывают меньше страхов, чем яд, так как последствия от них более предсказуемы). В авторской работе [12] химиотерапия сравнивается с мертвой водой, которую должна дополнить живая.

Здесь требуется тонкая работа различения, а также формулирование большей конкретности, конкретики ситуации. Обычно психический дисбаланс связан с тем, что проблема вырастает в несоответствующие ей габариты. Бессознательные блоки и зажимы связаны с недостаточностью ясной, разумной интерпретации.

И если врачебная помощь при онкологическом лечении нужна время от времени, то психологическая помощь разъяснения того, что происходит с телом и психикой при таком лечении, — постоянно. В России с давних времен она носит в основном стихийный характер, так как никакой специализированной сети для психологической помощи онкопациентам нет. Более того, в интеллигентном некогда Санкт-Петербурге пожилые люди стесняются говорить о своих проблемах. Но поскольку люди склонны общаться «по душам», все мы являемся друг для друга стихийными психотерапевтами, и первую помощь обычно оказывают соседи по палате.

На самом деле, психологические консультации в больнице нужны для всех онкологических пациентов, поступающих туда впервые, и уместно было бы проводить их в присутствии родственников, изначально оценивающих ситуацию ещё более трагически, чем сам пациент. Последним соседи по палате психологическую помощь оказать никак не могут, потому что сами пребывают для них уже в разряде жильцов мира иного.

Потом роли меняются: по мере успешного лечения родственники успокаиваются, в случае неуспешного — привыкают, самому же человеку всё хуже, в любом случае — идёт накопление последствий, онкопациент все более становится «больным». Он испытывает постоянно стрессовое состояние ещё и потому, что резкое изменение состава крови вызывает ощущение «чего-то не того» и «не в своей тарелке» — большей частью неосознанное и тем более вредное для организма, которому не успокоиться и не расслабиться — безо всякого видимого для близких повода. И они должны понять, что в течение всего лечения больному нужна поддержка — прежде всего помощь при посещении медучреждений, потому что у него всё более не хватает физических сил «прошибить стенку лбом», то есть добиться реального результата. Но также и как

контакт на животрепещущую тему, понимание его слабости, отсутствие прежних требований, недопущение ругани и негативных эмоций и подтверждение правильности того, что он делает из последних сил. Всё это не очевидно, и в идеале — пока что только в идеале! — это роль психотерапевта — объяснить родственникам ситуацию больного, выступить его адвокатом перед ними и самим собой.

Таким образом, психотерапевтическая помощь нужна на всем протяжении онкологического лечения, и чем дальше, тем больше.

7. Следующая проблема заключается в том, что, с точки зрения психологии, химиотерапевтическое отравление — это «наркомания наоборот». Удовольствия оно не доставляет, но расплата та же: склероз сосудов, нарушение координации, ослабление памяти, повышенная нервная раздражимость, боязнь боли, чрезмерная сентиментальность или апатия. Спонтанно-странные состояния, когда начинаешь не узнавать знакомые места. Настолько глубокие провалы в сон, что, просыпаясь, прилагаешь усилия, чтобы вспомнить, где ты, что было вчера и что нужно сделать сегодня. И колебания от депрессии до эйфории от адреналиновых препаратов в больнице, вызывающих бессонницу, — организм слишком отвыкает от нормальных, лёгких состояний, а эмоциональное торможение ослабевает, поэтому любой стресс производит усиленный эффект, провоцируя рецидив.

Статистика говорит, что распространенность когнитивных нарушений со снижением функции на 10—12% на протяжении от 2 мес. до 3—10 лет по сравнению с контрольной группой составляет от 25 до 33%. Подобные состояния коллегиально обозначили как «химиотерапевтический мозг», или «химиотерапевтический туман» [15, с. 11]. В России, при отсутствии реабилитации, возможно, цифры были бы хуже. Но как-то учитывать и, тем более, менять эту статистику — такая задача даже не ставится.

8. Болезнь связана с болью — как родственны и сами эти слова, поэтому следует сказать и о ней. В небольшом количестве боль будит желание жить, страдание мобилизует. Но ненадолго: месяцами — оно лишает воли к жизни и самого человека, и его близких. Такова реальность, связанная с законами тела. Наша медицина не учитывает её: она рассчитана на страдание месяцами. Миссию борьбы с болью, как и с плохим самочувствием больного в целом, она на себя не берёт: ни после операций (отсутствие каких-либо рекомендаций), ни при метастазах (существенный недостаток лекарств, которые бы реально избавили от боли), ни при более легких недомоганиях (люди взрослые, должны терпеть).

Онкопациенты могут испытывать нечто вроде того, что испытывают люди, перенесшие грубое насилие, пытки или войну. Они уже не способны жить как прежде, как все люди, ничего такого не испытывавшие. Оттого возникает бессознательная растерянность, как они вообще могут жить. Возможно, это одна из причин того, что люди не вылечиваются: бессознательная невозможность жить мешает им.

Чтобы преодолеть внутреннюю изолированность от людей, человек нуждается в таком переживании, которое могло бы перекрыть опыт боли и страдания. Наиболее важную роль здесь может сыграть духовный опыт, и надо считать нормальной реабилитацией для людей, которые вынуждены были иметь дело с медициной долгое время, религиозную и иную духовную деятельность. Духовный подход говорит о том, что в судьбе человека не может возникнуть того, к чему он не имел бы склонности. И значит, он должен удовлетворить свой интерес к глубинным процессам души и тела, так, чтобы это не приводило к патологии.

Для не очень старых онкопациентов хорошей реабилитацией будет спорт, в особенности экстремальный, а также его новые, не освоенные прежде сферы, или же танцы. Нестандартная физическая нагрузка может послужить ступенькой к тому, чтобы вывести себя из состояния «конченого человека» и почувствовать себя в прежней и даже лучшей форме.

9. Конечно же, при лечении рака остается проблема стресса. По мнению доктора Р.Г. Хамера, метастазы возникают не от переноса прежних раковых клеток, недоубитых химио- и радиотерапией, в другие органы (исследования не подтвердили наличия жизни таких клеток из одного органа в другом). Появление новых опухолей, таким образом, никак не связано с первичным образованием, но объясняется, как и прежние, недостатком устойчивости организма и шокowymi конфликтами [13; 14]. И если принять эту, вполне логичную точку зрения, именно шок от официальной медицинской системы, её методов и их последствий становится неосознанной преградой к излечению от рака, доводя больного до летального исхода. Чтобы вылечить человека, лечить надо причину болезни, даже если считать ее только фоновой причиной, то есть избавить пациента от стресса и постоянного физического недомогания прежде всего. Методы лечения онкологических больных — оперативное вмешательство, химиотерапия и лучевая терапия, как и само пребывание в больнице, с ее бюрократизмом — представляют собой сильнейшие стрессорные воздействия. Поэтому стресс у истощенных онкологических больных нередко переходит в патологическую реакцию, резко ухудшая ту ситуацию, которая спровоцировала онкозаболевание с самого начала.

Психотерапия призвана разорвать этот замкнутый круг. Но может ли она сегодня противостоять негативу медицинской системы в целом? Почему у философов современная медицина вызывает протест? Философия, исследуя дух человека, видит, как медицина может подавлять его. Под дамокловым мечом юридической и финансовой ответственности медики боятся сделать то, что может быть им поставлено в вину, предпочитая не проявлять никакой инициативы. Холодным же отношением к пациенту они как бы снимают с себя ответственность. Юридический и финансовый факторы, всё более активно вторгающиеся в нашу жизнь по западной модели, создают собственный виртуальный мир, подменяя собой реальность человеческой жизни. Суть конкретной медицинской проблемы теряется в бюрократии. Медикам ставятся рамки, в которых они оказываются почти лишены возможности оказать помощь как люди: так, как они действовали бы за рамками системы или по отношению к близким. Психотерапия рака, не развившись, также оказывается в юридически-финансовых тисках: она ещё не узаконена, но уже финансово невыгодна, она не вписана в медконвейер и никому не нужна, кроме пациента, мнение которого не спрашивается.

10. На бумаге существует так называемая индивидуальная программа реабилитации (ИПР) для инвалидов, но в неё не входит практически никаких реальных мер помощи человеку. Для онкобольных не предусматривается ни специализированной медицинской помощи, чтобы восстановить пострадавшие от химии и лучевой терапии сосуды, печень, сердце, легкие, кости, зубы и волосы. Ни физкультурно-оздоровительных мероприятий и занятий спортом (хотя бы в эпикризах и стояли рекомендации бассейна и лечебной гимнастики как методов против послеоперационного лимфостаза). Ни санаторно-курортного лечения — о необходимости которого ниже. Ни социокультурной реабилитации — конечно, зачем онкопациентам поднимать настроение театром? У нас больной должен болеть и страдать, а не приходить в себя от депрессий на культурных мероприятиях! В ИПР даже не всегда входят компрессионный рукав и перчатка, которые при лимфостазе следует носить каждый день, по рекомендации врача — их назначают только при сильных отеках, когда вылечить ничего уже нельзя.

Предлагается (и даже навязывается!) профориентация, но это выглядит, скорее, издевательством. Ведь как может человек, несущий тяжесть от последствий химиотерапии, при этом ещё и менять профессию, овладевая новыми профессиональными навыками? Вместо этого нужна помощь, чтобы восстановить прежние профессиональные способности в полной мере или как-то скомпенсировать их потерю.

Единственная доступная у нас действенная реабилитация, которую рекомендуют и на западе, — это путешествия. Для западных людей её главное содержание — психологическая разрядка: отвлечься, оставить позади диагноз и изматывающее лечение, перекрыть ужас ситуации приятными впечатлениями и всё забыть, как страшный сон. Это кажется элементарным, однако нет ничего важнее. Задача здесь — перестроить бессознательные привычки, вызвавшие рак, чтобы не дать ему вернуться. Это ключевой момент реабилитации, и для этого нужен принципиально другой социальный ритм, другой образ жизни. Расширяя горизонты, человек вместе с новым, приятным и радостным, опытом обретает готовность жить дальше.

А для русских людей есть ещё более значимый, чисто материальный фактор — просто побыть в зоне более комфортного климата. Надо понимать, что на всей территории нашей страны, даже на черноморском юге, с его клочками неприватизированного моря, климат экстремальный. Тем более наши человеческие тела эволюционно-исторически не привыкли жить на 60-й широте в сырости Санкт-Петербурга: на это нужны тысячелетия. И пусть ненадолго, но надо дать организму отдохнуть. Для онкопациентов такой «отпуск» из сферы медицины — это необходимость, он для них более важен, чем отпуск для изо дня в день работающих людей: поднять иммунитет, чтобы перегрузки лечения не вели к метастазам.

Также полезна и любая другая смена образа жизни, которая позволит задействовать ранее не задействованные ресурсы организма. Прогулки на свежем воздухе, компенсирующие интоксикацию; плавание, улучшающее работу всех органов; йога, восстанавливающая дисбаланс.

Психотерапевт, даже и в случае смертельного диагноза, должен настроить пациента на победу: на преодоление преград, внешних и внутренних. В книгах Саймонтонов есть рекомендации по релаксации, преодолению боли, медитации и визуализации — представлять, как лимфоциты уничтожают раковые клетки (их надо представить мягкими и слабыми, а не в виде цепких ракообразных! А белые кровяные тельца — сильными и умными — например, в виде зубастых рыб. Недостаток агрессивности, по мнению авторов, здесь плох, он говорит о беспомощности как об одной из психологических причин рака, о неумении или нежелании себя защитить или о «сломанности» естественной защиты человека и его организма, отчего она превращается в чрезмерную защиту. Другой интересный образ: рак — глыба льда, которую растопляют лимфоциты-солнышки — образ высвобождения скованной ранее энергии). Хорошо объясняется принцип, на котором построена лучевая терапия: нормальные клетки могут восстановить нанесенный им ущерб, а раковые не могут — они слишком слабы).

Также говорится и о том, что врач должен быть равнодушен к судьбе пациента, так как, если он видит в нем не человека, а лишь носителя заболевания, это мешает лечению. И если это так, ситуацию должен постараться изменить сам больной. Преодолев свою беспомощность в этом и других моментах, он откроет новые источники энергии, необходимые для борьбы с болезнью.

Это подтверждает эксперимент, приведенный в другой книге («Антирак» Сервана-Шрейбера [7, с. 257]). У крыс, подвергавшихся электрошоку, который они не могли контролировать, развивался рак в два раза чаще, чем у крыс контрольной группы, и в три раза чаще, чем у тех, которые могли его контролировать и научились от него уклоняться. То есть резистентность последних стала заметно выше, чем у контрольной группы (на одну пятую — наверное, на столько же мы можем влиять нашей волей на наш организм, переоценивать её не надо).

Книга Саймонтонов заканчивается на той простой идее, что при правильном переживании такого жизненного события, как рак, ощущение здоровья и энергии, как у онкологического пациента, так и у его близких, должно стать намного сильнее, чем при обнаружении и постановке диагноза. В это трудно поверить, но только такой выход из круга и есть залог дальнейшей жизни!

Возвращаясь же к теме смерти, следует указать, что это — травмирующая реальность сегодняшнего дня, требующая вернуть древнее искусство умирать естественно, достойно, легко и сознательно — отголоски чего мы встречаем в ритуалах мировых религий. Чтобы мы могли правильно подходить к проблемам, связанным с лечением рака, ужасающий призрак смерти, ныне затмевающий собою небосвод, должен как-то уменьшиться в размере и стать существом, более доступным людям.

Литература

1. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу. – СПб.: Клинт, 1995. – 136 с.
2. Марков Б.В. Философская антропология: учебное пособие. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 352 с.
3. Ницше Ф. Так говорил Заратустра. – СПб.: Азбука, 2014. – 352 с.
4. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. – СПб.: Питер, 2001. – 288 с. [Simonton O.C., Matthews-Simonton S., Creighton J.L. Getting Well Again. – New York, Toronto, London: Bantam books, 1992. – 289 p.]
5. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. – СПб.: Питер, 2015. – 288 с.
6. Секацкий А. Размышления. – СПб.: Лимбус-Пресс, 2015. – 496 с.
7. Серван-Шрайбер Д. Антирак. Новый образ жизни. – М.: РИПОЛ классик, 2010. – 496 с. [Servan-Schreiber D. Anticancer: A New Way of Life. – New York, London: Penguin books, 2008. – 288 p.]
8. Фуко М. Порядок дискурса // Фуко М. Воля к истине: по ту сторону власти, знания и сексуальности. Работы разных лет. – М.: Касталь, 1996. – С. 47–97.
9. Фуко М. Рождение клиники. – М.: Смысл, 1998. – 310 с.
10. Щепановская Е.М. Важность личной мифологии для свободной самооценки человека по отношению к социуму [Электронный ресурс]. – URL: http://www.astrolingua.ru/PHILOS/mif_lichnosti.htm (дата обращения: 30.03.2017).
11. Щепановская Е.М. Двадцать дней в ашраме: восстановление с помощью духовных процессов [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.astrolingua.ru/POETRY/ashram.htm> (дата обращения: 30.03.2017).
12. Щепановская Е.М. Рак: психея, пневма и медицинский конвейер [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.astrolingua.ru/POETRY/rakimedkonveer.htm> (дата обращения: 30.03.2017).
13. Hamer R.G. Excerpts from Summary Of The New Medicine [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.newmedicine.ca/excerpt.php> (дата обращения: 05.05.2017).
14. Hamer R.G. Vermächtnis einer Neuen Medicine. Teil 1. Die 5 Biologischen Naturgesetze – Grundlage der gesamten Medizin. Die Sinnvollen Biologischen Sonderprogramme der Natur. Das ontogenetische System der Tumoren mit Krebs, Leukämie, Epilepsie. – Rome, Paris, Bonn: AMICI DI DIRK press, 1999. – 640 p.
15. Levin T., Kissane W.D. Психоонкология. Обзор исследований [Электронный ресурс]. – URL: http://www.help-patient.ru/psychological_help/psychologists/library/001.pdf (дата обращения: 30.03.2017).
16. Virchow R. Zur Diagnose der Krebse in Unterleibe. – Med Reform. – 1848. – Vol. 45. – P. 248.

Contemporary medical discourse and psychotherapeutic aspects of oncology

Shepanovskaya E.M.¹

E-mail: semiravet@yandex.ru

¹ Independent researcher

Abstract

The article discusses issues connected with oncology, when the treatment, which undermines one's health by itself, causes this person to plunge deeper into the disease. Isolation issues occur due to the death taboo and the encystment of the self, sense of guilt along with psychotherapeutic assistance, rehabilitation during treatment, and attention to the patient's personality.

The 'discourse of power' in medicine (M. Foucault) and bureaucracy of health care aggravate the issues listed above produce disease as a result (A. Sekatskiy) and are focused mainly on the financial system. Humanistic orientation, as a possible way to exit from this critical situation, is the cooperation of the doctor and the patient (private consultations between the doctor and the patient).

Key words: oncology; cancer; onco-psychology; psychotherapy; rehabilitation; medical discourse; philosophy of medicine.

For citation

Shepanovskaya E.M. Contemporary medical discourse and psychotherapeutic aspects of oncology. *Med. psihol. Ross.*, 2018, vol. 10, no. 4, p. 8. doi: 10.24411/2219-8245-2018-14080 [in Russian, abstract in English].