

**Arpentieva M.R.**

## **PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CANCER**

**Arpentieva M.R., Russian Federation, senior researcher of the department of development and education psychology, Kaluga K. E. Tsiolkovsky state University, doctor of psychological Sciences, associate professor**

### **Abstract**

This paper discusses the importance of identifying the psychological and social concerns of cancer patients in the medical setting, and assisting them in obtaining appropriate psychosocial services. A diagnosis of cancer often brings up one of people's worst health fears. Many cancer patients have the idea that it is the end of their life as they know it. In fact, many life changes do take place. These start from the time of diagnosis, throughout treatment and then later throughout life. Adjusting to cancer can be very difficult and possibly one of the most stressful times in life. There are specialists within the field of psychology and psychiatry who deal specifically with cancer patients and their families. This subspecialty is called psycho-oncology, psychosocial oncology or behavioral oncology. This field is concerned with the psychological, social and behavioral aspects of cancer. There are definitely times in which anxiety and even depression are part of the cancer process. The first relapse, the first series of clinical trials, and all of the ongoing changes in personal life can make people feel like they are chasing a moving target. The fact is that the cancer process is actually a series of challenges and obstacles that need to be surmounted in order to move on to, well, the next challenge. Adults and even children start realizing that it may not be a short-term adjustment after all, and that it was harder than they thought. Most studies point to the fact that most adults and children are actually psychologically resilient in coping with cancer. Resilience does not mean that one is forced into thinking positively all of the time. For many years, having a positive attitude was strongly emphasized because it was believed that attitudes might affect survival. Most studies show that feigning a positive attitude may actually become an added stressor. Studies suggest it may be perfectly normal to be sad and angry, and not unusual to find patients bargaining for survival with a higher Being. It's also normal to have great days in which people feel positive toward life, to pace themselves with what they can do when they are feeling well and commit to achievable goals. For many, a good coping strategy is to find out as much information as

one can about the specific cancer. It is also a good idea to put together two support teams, the first a support and comfort team, and the other a medical and psychosocial team.

**Keywords:** cancer, health, cancer patient, psychosocial oncology, relapse, remission, resilience.

### Введение

Спецификой раковых заболеваний является полиэтиологичность их возникновения, непредсказуемость течения, отсутствие гарантий исцеления. В этих, неопределенных, малопредсказуемых, разрушающих привычное стабильное, привычное существование и сопровождающихся терминальной угрозой ситуациях, контроль над которыми снижен или отсутствует вовсе, у человека, наряду с активными и продуктивными, реализуются пассивные и деструктивные формы жизнедеятельности, отношений к себе и миру. Обыденные и даже профессиональные представления об онкологических заболеваниях часто напоминают мифы. Неосведомленность о прогрессе в лечении рака, незнание приемов раннего выявления и типов новообразований, небрежное отношение к своему здоровью (физическому и психологическому) способствуют сохранению страха перед этой болезнью и перед больными. Стигматизация в целом связана с тем, что онкологический больной часто и независимо от стадии заболевания воспринимается, как умирающий человек: окружающие боятся «заразиться» этой болезнью и интенсивными негативными переживаниями больного, страх соприкоснуться с переживаниями, опытом смерти, умирания. Нередки и моменты, связанные с «упрощенной» психологической моделью рака в быту: «сам виноват» («неправильно жил»), что разрушает отношений пациентов с окружающими переживаниями обиды и раздражения, вины и стыда, одиночества и отчуждения, непонимания и стремления отстоять правоту, что еще более обостряет изоляцию и стигматизацию в целом.

Среди этих мифов особенно опасны те, то причисляют данные заболевания к однозначно смертельными/или неизлечимым: диагноз является серьезным стрессогенным фактором для пациента и его семьи даже в том случае, когда возникает лишь намек на его возможность [3; 54; 57; 60; 73]. Человек так или иначе переживает состояние растерянности перед лицом нового этапа своей жизни, нового экзистенциального кризиса. Однако, сегодня общество в целом и профессионалы в частности воспринимают болезнь менее угрожающей и в большей мере готовы видеть в болезни не только «зло»; налицо и общее снижение стигматизации онкологических больных, активизация большинством пациентов поиска стратегий совладания-исцеления, оказывающих меньшее травмирующее воздействие и позволяющее восстановить или достигнуть внутренней согласованности переживаний и осмыслений

личностью себя и мира, смысла болезни и исцеления [29;73]. Более того, активно ставятся вопросы психологического, социального и духовно-нравственного сопровождения онкологических больных [3; 4; 5; 8; 11; 13; 21; 25; 26; 27; 34; 35; 38; 40; 40; 41; 42; 43; 62; 66; 67; 70].

### **Метод и цель исследования**

Метод исследования - теоретический анализ психологических аспектов онкологических заболеваний и возможностей коррекции психологических состояний и особенностей личности в процессе профилактики и лечения онкологических заболеваний. Цель работы – исследование психологических аспектов онкологических заболеваний и возможностей коррекции психологических состояний и особенностей личности в процессе профилактики и лечения онкологических заболеваний.

### **Основные результаты и их обсуждение**

В контексте проблем организации и осуществления психологического сопровождения онкологических больных распространены исследования, посвященные изучению психологических трудностей и психических нарушений у больных [9; 12; 31; 32; 57; 60]. "Психологический профиль онкологического больного" таков: доминирующая детская позиция в общении, тенденция к экстернализации локуса контроля, высокая нормативность в ценностной сфере, высокий порог осмысления негативных ситуаций, сложность понимания сущностных признаков происходящего, часто - присутствие доминантной матери и негативные семейные концепции. Семейные концепции типа "что с того?" или "все это все равно не имеет смысла", "нужно принимать все так, как есть", "здоровье - это все, жизнь без здоровья - это ничто", приводят к тому, что больные видят будущее закрытым и безнадежным, они не отличают желания и потребности (нужды), и, обычно, вообще не воспринимают или игнорируют потребности, при этом проблемы будто "вьедаются" в них [2; 7; 14; 16; 17; 22; 23; 33; 48; 52; 54; 61]. Частым исследованием, предметом которых являются способы совладающего поведения пациентов с онкологическими заболеваниями [20; 50; 64; 71] и исследования качества жизни онкологических больных [28; 50; 51; 67]. Ряд практиков и теоретиков отмечают не только влияние факта заболевания и лечения онкологической патологии на психическое состояние пациента и его семьи, но и влияние психических факторов на возникновение, течение и исход заболевания [28; 49; 56; 74].

Уже в русской медицине XVIII века указывалось, что «дальняя причина рака есть долгая печаль» [15]. Дж. Педжет констатировал, что депрессия играет главную роль в возникновении рака [46]. Психические факторы в развитии злокачественных новообразований отмечал и Н.И. Пирогов, который писал о влиянии «угнетающих душевных переживаний» на развитие данной патологии [15]. Современные

исследователи [18; 26; 27; 30; 37; 44; 55; 57; 62] отмечают роль стресса и отношений к нему в профилактике и лечении онкологии, а также, говоря о наличии в организме «спящих» опухолевых клеток у относительно здоровых людей и прогрессирования опухолевого процесса у пациентов со сниженным иммунитетом (в случае стрессов или направленного медицинского воздействия), подчеркивают этот факт как доказательство причастности иммунитета к патогенезу опухолевого роста: иммунная система играет критическую роль в возникновении, прогрессировании онкологического заболевания, а также в качестве жизни онкологических больных. В многочисленных исследованиях онкологических больных показана взаимосвязь психологических особенностей их личности и состояния и физиологических состояний, в том числе состояния иммунной системы. Отмечается, что заболевание раком оказывает сильнейшее психотравмирующее воздействие на каждого человека, и возникающие при этом переживания затрагивают все стороны и слои его жизни, подчеркивается наличие серьезных психических нарушений и психиатрических проблем у многих онкологических больных, включая психические нарушения и попытки суицида у людей, которые не смогли успешно преодолеть переживаемый стресс.

У раковых больных часто обнаруживаются ранняя утрата важных лиц близкого окружения и сохранение "пуповины" с кем-либо из родителей, - неспособность больного открыто выражать враждебные чувства и сексуальные нарушения. В качестве "психологических канцерогенов", запускающих или активизирующих раковые болезни выделены травмирующие жизненные события, трудности в связи с утратой объекта и обусловленные этим страхи, нарушение способности к выражению переживаний и трудности в преодолении конфликтов, длительно существующее состояние безнадежности, подавленности и отчаяния. Многие ученые связывают риск онкологии с наличием отягчающих переживаний в детстве: утраты одного из родителей, отчуждённым отношением со стороны близких и жестокостью окружающих. Часто рак свидетельствует о том, что есть «нерешенные проблемы», усилившиеся из-за серии стрессовых ситуаций, которые человек прошел в период 0,5-1,5 года до возникновения /активизации рака. Типичная реакция больного на эти проблемы и стрессы связана с переживанием беспомощности, отказа от борьбы, что подавляет естественные защитные механизмы организма и создает условия возникновения и развития опухоли. Часто незадолго до начала болезни многие из больных раком теряют значимые для них связи, будучи склонны к привязанностям и связям с ограниченным кругом людей, жизненных ситуаций и ориентиров, не развивающими собственную индивидуальность. Поэтому при угрозе потери или потере пациенты оказываются в одиночестве и в состоянии отсутствия навыков,

позволяющих справляться с подобными ситуациями [10; 37; 38; 47; 50; 51; 55]. Качественный анализ взаимосвязей психологических параметров личности больных злокачественными новообразованиями, имеющийся в научной литературе, позволяет выделить четыре значимых предиктора онкологической патологии: 1) ранняя утрата значимого близкого, являющегося объектом глубокой привязанности и любви; 2) неспособность открыто выражать враждебные чувства; 3) сохранение зависимости от значимого человека («пуповинная связь» с кем-либо из родителей, созависимость либо инфантильность, личностная незрелость); 4) сексуальные нарушения. В.Д. Тополянский и М.В. Струковская развивают классическую психоаналитическую концепцию «утраты объекта» («object loss») как фактора, снижающего толерантность личности к стрессу и повышающего вероятность психосоматического заболевания [65].

Л. ЛеШан пишет, что юность многих пациентов была отмечена чувством одиночества, покинутости, отчаяния, а близость с другими людьми вызывала трудности и казалась опасной; в ранний период зрелости пациенты либо установили глубокие, значимые для них отношения с каким-то человеком, иногда перераставшие в сильную ревность, либо получали большое удовлетворение от своей работы, гордились ею. Работа или отношения такого типа становятся смыслом их существования, заслоняя иную жизнь, Бога. Затем эти отношения и работа были потеряны: смерть любимого человека, переезд на новое место жительства, уход на пенсию, начало самостоятельной жизни ребенка и т. д., в результате чего вновь возникло отчаяние, которое не имело выхода, они переживали его "в себе" и были не способны излить свою боль, в том числе гнев потери или враждебность невозможности прежней жизни [36].

Рак - способность «съедать» самого себя; он отражает способность бороться или сдаваться, раскрывать себя миру или прятать себя. Пациент обычно понимает заболевание как угрозу всему своему существу. Он боится не только болей, угасания и ранней смерти, но и физических дефектов (например, удаления части тела или органа, облысения из-за химиотерапии), а также социальной изоляции вследствие длительного пребывания в больнице и тревоги у близких, ограничения контактов. Для пациентов типичны фрустрация (переживания и поведение, вызванные непреодолимым препятствием на пути к цели), ригидность (затрудненность в изменении стиля поведения), низкий уровень социальной чувствительности и саморефлексии, нерациональные способы самозащиты, фрустрационная интолерантность, бегство «в работу» и «болезнь», поиск виновных и социальная дезадаптация [59; 63; 68; 69]. Отмечается неконгруэнтность смыслов личности, проявляющаяся в несоответствии декларируемых и глубинных смыслов личности, при этом отмечается противоречие между повышенным самоуважением,

граничащим с конформностью и зависимостью от социальных норм, аутосимпатией и самоуничижением [53]. При этом сами по себе личностные особенности, психотравмирующие ситуации не являются пусковым механизмом опухолевых заболеваний. Они являются лишь факторами риска, причем при длительном взаимодействии между собой и в сочетании со средовыми влияниями (воздействие стрессоров окружающей среды).

К. и С. Саймонтон сформулировали психофизиологическую модель развития онкологических заболеваний, указав психологические характеристики пациентов, как: – выраженная склонность таить обиду и заметная неспособность к прощению; тенденция к самосожалению и самооплакиванию, самонезэффективности и беспомощности; неспособность к поддержанию долгих и значимых отношений; неприятие себя (например, ощущение своей греховности у религиозных людей). Основа онкологии – его «единая матрица» – фундаментальное отрицание, которая особенно сильно проявляется из-за утраты горячо любимого значимого человека в течение 16–18 месяцев до диагностирования заболевания. Они выделяют пять этапов развития психологического процесса, предшествующего возникновению рака [58].

1. Детские переживания, приводящие к формированию того или иного типа личности.

2. На человека обрушиваются драматические события, вызывающие у него стресс.

3. Возникшие стрессовые ситуации ставят перед человеком проблему, с которой он не может справиться.

4. Не видя возможности изменить правила своего поведения, человек чувствует свою беспомощность и неразрешимость создавшейся ситуации.

5. Человек отказывается от решения проблемы, теряет гибкость, способность изменяться и развиваться.

Защитные силы организма ослабляются душевными травмами, безнадежность пациента может быть преодолена при обсуждении вопросов типа "откуда я - зачем я?" и вопросов о смысле жизни, смысле болезни. Социальную изоляцию легче преодолеть, если настроить пациента на общение - в зависимости от конкретной ситуации. Стрессовую ситуацию можно преодолеть и/или уменьшить ее негативные последствия, осмыслив травматически влияющие на пациента актуальные аспекты. Стабилизацию физического состояния можно обеспечить медицинскими методами, в том числе релаксационными методиками и правильным образом жизни, с другой - сбалансированностью отношений в психологической и социальной сферах.

С. Фанти, создатель микрорепсихоанализа, рассматривает рак и психоз как проявления «танатоса», инстинкта разрушения и смерти: при

психозе осуществляется перемещение «танатоса» на «психический полюс», при раке – на «соматический полюс» [19]. Рак – проявление аутодеструкции, сопровождающееся потерей интереса к миру и к себе, к жизни. Потеря интереса к жизни играет решающую роль в воздействии на иммунную систему и может привести к повышенному производству атипичных клеток. Человек, выбирающий позицию жертвы, придает повышенное значение событиям, которые подтверждают безнадежность его положения. Поэтому такие социальные факторы (профессиональная стабильность, постоянство взаимоотношений), в отличие от психических, характерных для "раковой личности", имеют большое значение для выживания, ремиссии и реабилитации. А такие психосоциальные стрессоры как социальная неустроенность, изменения социального статуса, места жительства, недовольство работой, урбанизация, географическая и социальная мобильность, неблагоприятная ситуация трудовой занятости, драматические жизненные события и жизненные кризисы, включая кризисы потери близких, скорбь, отчаяния, депрессии и безнадежности, - у таких людей часто становятся пусковыми факторами в развитии онкологических заболеваний. Рост заболеваемости наблюдается при смещении психологического равновесия пациентов, при котором а они воспринимают свою жизненную ситуацию как неудовлетворительную, угрожающую, невыносимую, конфликтную и не в состоянии самостоятельно справиться с ней [6]. Заболевают раком преимущественно люди, обладающие высокой подверженностью стрессу и/или находящиеся в длительном и интенсивном стрессе («длительный пассивный стресс»), который они не в состоянии принять и переработать: провоцируется развитие переживаний беспомощности, покинутости и страха потери источника удовлетворения. Стрессовые ситуации или («длительный пассивный стресс» сопровождаются возбуждением гипоталамуса и лимбической системы, что связано с ростом активности коркового и мозгового слоев надпочечников, выбросу катехоламинов и глюкокортикоидов. Иммунодепрессивный эффект этого роста приводит к повышению вероятности нарушений деструкции бластогенных клеток.

Однако не все психологические реакции при онкологии являются негативными: многие больные, особенно в ремиссии, находят особый смысл в своем заболевании, например, новое понимание жизни, повышение самопринятия и чувство превосходства [2; 53]. Происходит «смыслостроительство», обнаружение новых жизненных смыслов - наиболее эффективное копинг-поведение, которое существенным образом способствует улучшению адаптации к болезни и качества жизни пациента.

У. Уолш в середине позапрошлого века писал: «Моральные эмоции вызывают дефективную иннервацию, что, извращая трофику, в свою очередь, приводит к образованию рака» [72]. И. Тен-Бойл отмечает роль религиозности или духовности в процессе совладания со стрессом:



религиозность или духовность влияет как на когнитивный (восприятие пациентом болезни как части божественного плана), так и на поведенческий (молитвы или обращение в церковь) аспекты копинга. Эффективный религиозный копинг - выражение поддерживающих отношений с Богом. Он позволяет найти значение болезни, обрести чувство контроля и комфорта в ситуации заболевания. Обращение к Богу за поддержкой является значимым ресурсом для пациентов [64]. Заболевание приводит к изменению жизненной позиции человека, трансформации мотивов: на диагностическом этапе смыслообразующим мотивом становится мотив выживания; на этапе лечения – часто доминирует мотив сохранения здоровья и выживания; при дальнейшем – мотивы социального выживания и социального становления [45].

С. Филимонов пишет, что «Каждая болезнь имеет свой смысл. Господь посылает болезнь, а вернее, попускает, в том месте, органе или системе, где страсть, поражающая душу человека, проявляется максимально. Болезнь же тогда является лекарством, пресекающим дальнейшее развитие страсти» [21, р.3,4]. Он пишет о том, что «Онкологическое заболевание... с религиозных позиций имеет своим назначением «извещение» человека о том, что ему предстоит путь в Царствие Небесное, время жизни его исчислено, отмерено... При этом неважно, сколько времени ... Важно, что свыше прозвучал удар в колокол, призывающий к покаянию за всю прожитую жизнь.» [21, р.3,4]. По его мнению, «Для неверующих людей диагноз «рак» ... как правило, становится настоящей трагедией жизни. ... Человек... может пойти по одному из трех путей: 1. разгульный: взять за оставшееся время от жизни все, что только возможно... 2. рациональный: больной приходит к врачу, осуществляет попытку излечения, ... т. е. стремится помочь своему телу. 3. духовный: больной воспринимает свое заболевание именно как извещение о времени подготовки к вечности, не как наказание, а как милость Божию, как предупреждение Божие о грядущей вечности» [21, р.6]. Он отмечает, то поскольку «неясность этиологии онкологических заболеваний, сомнения больных в возможности излечимости рака, калечащий характер многих видов лечения, угрожающая инвалидность, наконец, истинные трагедии, которые переживают больные и близкие им люди, – ... создает в любом онкологическом учреждении... особенную психологическую атмосферу, предъявляющую свои исключительные требования к искусству общения с больным», - постольку необходимо особенно внимательно строить отношения с больными и их семьями на всех этапах лечения. Кроме того, поскольку «Это положение усугубляется тем, что сдвиги в душевном состоянии пациентов, реакции страха, гнева и т. д. являются проявлениями самой болезни, которые врач должен понимать и стараться снимать всеми доступными средствами», нужно отделять проблемы и поступки больных, возникшие в связи с лечением и



последствиями заболевания и те, которые явились причиной заболевания [21, p.20]. При этом «неоправданный оптимизм и запугивание, резко пессимистическое отношение врача к возможному исходу болезни... не должно иметь места, особенно при разговорах с больными» [21, p.22]. При этом «Обычно излечение связано с внутренними изменениями человека, наступающими в Таинстве Покаяния. Очищение души ведет к выздоровлению тела.» [21, p.40].

Я.Гоулер пишет: «Диагноз «рак» не означает, что нужно готовиться к смерти. Он означает, что нужно учиться жить полноценно, используя весь заложенный природой потенциал здоровья. Для начала следует понять, что рак – не нелепая случайность, не причуда жестокой судьбы, а длительный процесс, имеющий свою историю и свои причины. ... первоочередную роль в интересующем нас процессе играют именно духовные факторы. Большинство мыслящих людей, а тяжелобольные в особенности, задумываются рано или поздно над главными вопросами бытия: «Кто я? Что есть жизнь? Откуда я пришел? Куда я иду? Для онкологического больного эти фундаментальные духовные проблемы нередко выступают на первый план» [27, p.3-4]. С.Н. Лазарев и Л. Виилма, рассматривая духовно-нравственные и психологические аспекты онкологических заболеваний отмечают наличие сделанных больными ошибок осмысления себя и мира. Это, в первую очередь ошибки «гордыни» собственным трудом и достижениями, привязанностью к труду в ущерб другим аспектам и ценностям жизни, которая перерастает, при столкновении с ситуацией «ненужности» и «бесполезности» усилий по исправлению мира, в жизнеотрицание и самоотрицание: человек не смог или не захотел понять гармонию «несовершенного» мира и принять его таким, какой он есть, без ненужных «исправлений» и жертв». Это часто приводит к депрессиям, суицидам или – особенно при наличии длительного стресса «несправедливости» и фрустрации иных желаний пациента (контролировать мир и себя, быть любимым и получать благодарность, быть продуктивным и «строить на века» и т.д.) онкологии. Человек теряет любовь по дороге труда и успеха: смысл последних выхолащивается, отрывается от жизни, человек находится в состоянии недовольства собой и миром, особенно если его работа оказалась «разрушенной», «ненужной», его «несправедливо» оклеветали, отстранили, перевели на новый участок, вызывающий у него негативное отношение и ощущение тупика и бессмысленности, оскорбленности его «лучших намерений» и т.д. человеческая воля вступает в конфликт с волей Бога, и вместо того, чтобы принять жизненный урок с любовью и «отпустить ситуацию», человек пытается настаивать «на своем», упорствует, задерживая в себе и негативные переживания и сами «бесплодные» намерения. Кроме того, в возникновении и развитии раковых заболеваний играют большую роль и ошибки «ревности»,

привязанности, со временем перерастающей в ненависть из-за «слишком большой» любви к ближнему, ушедшему, изменившему или умершему, - не оправдавшему «надежд» на вечность и «безусловность» любви. Эти ошибки связаны с нежеланием и неумением постичь и принять противоречивость и временность жизни и отношений людей как спутников, стремление поставить отношения с людьми выше отношений Богом и жизнью, стремление реализовать желание любить и быть любимым вместо способности осознавать и реализовывать нужды любви, что препятствует потоку любви как естественной части жизни, оставляя человека наедине с иллюзией ненужности, отверженности и страха близких отношений [1; 34; 70]. Как пишет Л. Виилма, ««Болезнь, физическое страдание человека, есть состояние, при котором негативность энергии превысила критическую черту, и организм, как целое, вышел из равновесия. Тело информирует нас об этом, чтобы мы могли исправить ошибку.... Прощение — это единственная возможность освободиться от плохого и открыть себя для хорошего. Это наивысшая освобождающая сила.» [34, 1, p.6-10, 55; 334, 2, p.5-8 ]

Первопричиной каждой болезни является стресс, степень которого определяет характер болезни. Чем больше накопилось стрессов, тем серьезнее болезнь [70, 2, p.210-111]. Главные триггеры и «враги» здоровья человека – страх и злоба, перерастающие в ненависть чувство вины и критицизм, ревность и горделивость, обида и завистливость, стремление обладать и властвовать, чрезмерные желания быть хорошим, нужным, любимым, сильным и т.д. Осознаваемые и неосознаваемые, они создают «клетки» напряжения — стресса — так что тело и душа человека теряют способность развиваться свободно, а, значит, оставаться полными жизни, здоровья. Чтобы выпустить стресс на волю, необходимо найти и понять, какой именно стресс возник в результате той или иной ситуации, какое переживание / проблема или, в терминах психоанализа «объект», «удерживаются» а затем простить себя и людей и попросить прощения – у себя ( в том числе своего тела) и мира. Гордыня, пробивание себе дороги ценой любых усилий и настаивание на своем вопреки окружению, а также высокомерие и стыд за ошибки «пробивания», самообвинение и непрощение от того, то «сам изгадил себе жизнь»), огромная злоба против себя и других, презрение и обвинения вместе с недобрыми намерениями – пожеланиями зла («плохим» и «хорошим» людям, передающимися из рода в род, переходящими из ситуацию в ситуацию, наряду со «смирненным», горделивым страданием и озлобленностью, самоуверенностью и доказыванием превосходства, переживанием нелюбви и недостаточного «качества» окружения, либо выраженная зависть к тем, у кого "получается лучше", разочарованность и униженность и стремление доказать, что пациент – идеален, что он «личность» /»настоящий мужчина/женщина» и т.д., огромность желаний и

переживаний стыда и вины, долга и ответственности, гордости и неполноценности, - основные психологические «предикторы» онкологических заболеваний разных органов. Прощение, как пишет Л. Виилма – не означает, что человек оправдывает произошедшее. Оно означает освобождение, а освобождается только тот, кто понимает, что он совершил ошибку, и через это понимание развивается. Человек не владеет даром совершенной любви, а, значит, делает ошибки, и поэтому нуждается в прощении...» [34, 1, р.325-327] Важно понимать, что прощение есть весомая и серьезная, святая работа, которая лечит душевные и телесные раны, а также дает жизненный опыт или мудрость, если человек научается «пропускать» через себя все переживания: осмысливать их, но не задерживать и не игнорировать.

Рак называют иногда болезнью печали, при которой человек никак не может или не хочет отпустить что-то, ему совсем не нужное: человек, живущий преимущественно духовными ценностями, снаружи становится нежнее и печальнее, а внутри нарастает озлобление, уныние и недовольство собой и судьбой, самоедство и неприятие окружающего мира, «зацепленность за способности» и чрезмерная ориентация на будущее рождает высокомерие и презрение к менее способным, ревность как повышенное чувство собственности, «зацепленность» за отношения с близкими ведет к зависти, презрению и ненависти. Любовь к земному, при которой внутренняя наполненность любовью, умирает и ведет к осуждению, презрению и ненависти, а также чрезмерное пестование духовных «начал» и гордыня, ведут к раку. С.Н. Лазарев полагает, что гордыня и неприятие травмирующей ситуации – основной принцип жизни раковой клетки. Клетка же обязана подчиняться организму. Рак возникает, когда неверная, жизнеотрицающая – отрицающая или искажающая жизненные ценности - ориентация человека сталкивается с «волей» Вселенной, Бога. Жесткое неприятие ситуации или человека внутри - будущая тяжелая болезнь. Чем большую любовь к Богу человек может испытывать, тем активнее душа обращается к Нему и болезнь становится ненужной. Для облегчения установки связи с Богом, блокады жизнеотрицающих стратегий помогают техники остановки сознания: это и наркомании, и болезни, и иные «неприятности». Однако, эффективнее правильное понимание себя и мира, жизнеутверждение как ограничение деланий и постижение нужд в процессах уединения и осмысления, поста духовного и физического, очищающего и помогающего понять происходящее, покаяние и благодарность, медитация и молитва. По мнению С.Лазарева люди жизнерадостные, жизнеутверждающие, раком, как правило, не болеют. Наполнение любовью помогает рак исцелить. Погоня за здоровьем без духовного развития, воспитания чувства любви и благодарности, от рака не спасает [70]. Лечение раковых заболеваний

необходимо сопровождать процедурами (техниками) «перепросмотра» сделанных ошибок и их «прощения» («отпускания») [34; 70].

Что бы подготовить себя к перепросмотру и осуществить его нужно создать определённое намерение, направленное на отслеживание негативных способов реагирования на трудные ситуации, включая переживания собственной важности и жалости к себе, гордыни и превосходства, неприятия и неудовлетворенности и т.д.. Нужно быть готовым к различного рода «опровержениям» понимания самого себя, других людей и мира в целом, поначалу даже болезненным. Драматические эпизоды перепросмотра способны вызывать ситуации символизирующие смерть / тупик / фрустрацию, которые нужно пережить с любовью, поставив на первое место ее, жизнеутверждение, отказавшись от отрицания и неприятия. При глубоком перепросмотре оживляются уроки далёкого прошлого и предвосхищаются события будущего и в настоящем это может вызывать трансформацию и даже ломку (разрывы) обстоятельств и отношений. Перепросмотр помогает достичь внутреннего безмолвия, отстраненности от желаний, давая возможность понять истинные нужды и ситуацию как она есть в реальности, а не в иллюзиях человека. Внутреннее безмолвие предполагает изменение уровня сознания, чем обычно: прекращении внутреннего навязчивого «диалога», бесконечно продуцирующего желания, неполноценность и гордыню, озлобленность и разочарования.

Поэтому, как пишут К. и С. Саймонтон, «физическая болезнь – это только проявление лежащих в ее основе психосоматических процессов, которые вызываются различными психологическими и социальными проблемами. Пока эти проблемы не будут решены, пациент не излечится, несмотря на то, что рак может со временем пройти» [58, р.34]. Они же выделяют четыре психологических этапа, выводящих человека из кризиса к здоровью: 1. когда человек узнает, что болен и что его заболевание может быть смертельным, он начинает по-новому видеть свои проблемы; 2. человек принимает решение изменить свое поведение, стать другим; 3. физиологические процессы, происходящие в организме, реагируют на вспыхнувшую надежду и вновь появившееся желание жить. Образуется новая положительная зависимость физиологических процессов и психологического состояния пациента; 4. выздоровевший больной чувствует себя "лучше, чем просто хорошо".

Изменение часто происходит как результат более или менее «спонтанного» перепросмотра. В жизни каждого человека, перед самым важным событием в его жизни — смертью, перепросмотр становится одной из самых последних деятельностей. Кроме того, те, у кого за плечами имеется опыт пребывания на грани жизни и смерти, отмечают, что перед ними «проносились» эпизоды прошлого и/или будущего: в сознании проносятся все события жизни – во всей полноте переживаний и

осознаний. Техника целенаправленного, осознанного перепросмотра и техника «прощения» включают ряд действий: 1) выбрать из личной истории событие /переживание /человека для перепросмотра, на которое человек сначала или постоянно реагирует негативно; 2) представить эту ситуацию, переживание или человека, других людей, с которыми они связаны и вспомнить -ощутить с какими мыслями и чувствами они связаны; 3) понять урок, которому научили ситуация /человек, что мир и тело хотели /хотят этим уроком сказать; 4) принятие и благодарность Богу и себе (телу) за этот урок, выражение этого принятия, благодарности – себе и миру, 5) выбрать отстранённо-любящую, принимающую форму реагирования на событие/человека и переживание, транслировав ему возможность «жить своей жизнью» («отпустить его» и/или выбрать позитивную реакцию на него как на феномен жизни, мира). «Отпустить» имеет два основных модуса: 1) «уйдет – так уйдет, останется – так останется»; 2) «уйдет – так уйдет, вернется – так вернется». В некоторых случаях человеку важно научиться жить с болью, неопределенностью и двойственностью. Однако, если он потратит время на ее исследование, то часто может увидеть, что может «отпустить» не только боль и страдание, выбранное им как «центральное», но и множество «периферических» болезненных переживаний. При этом боль скорее «не останется», она уйдет, забрав в собой множество других «спутников»: в результате, начав с задачи исцеления одного фрагмента жизни, болезни, человек, рискнув и не поленившись, может исцелить всю жизнь. Таким образом, с одной стороны, исцеление, будучи целевым феноменом, приводит к возникновению ряда «ободных», вторичных. С другой стороны, как отмечает С.Н. Лазарев, отсутствие стремления к избавлению от страдания ценой дальнейших нарушений истинных ценностей жизни, отношений любви с миром, Богом, помогает преодолеть болезнь: изначально фокусируясь на «увеличении любви», человек получает как вторичный результат исцеление от болезни. При этом, как показывает практика, «исцеляются» стрессы и семьи, послужившие основой заболевания и казавшиеся непреодолимыми. Если у человека «все рушится», но он не боится разрушений и знает, что нужен миру и себе он способен почувствовать свою незащищенность, а через неё - любовь к миру, который «разрушает» его иллюзии и/или жизнь, тогда ситуация и понимание себе и мира будут трансформироваться как картинки в калейдоскопе, и в один прекрасный момент, несмотря на внешние обстоятельства, почувствует себя счастливыми, выздоровеет.

### **Выводы**

Первой задачей психотерапии является необходимость помочь пациентам поверить в эффективность лечения и способность своего организма сопротивляться заболеванию. После этого их можно научить

справляться со стрессовыми ситуациями. Особенно важно, чтобы они изменили понимание себя и проблем, с которыми столкнулись. Больные должны верить в собственные силы, знать, что они могут разрешить все свои проблемы более эффективно. Появившаяся у пациента вера в возможность поправиться и новое отношение к проблемам формируют жизненную позицию, в которой есть место надежде и вере в будущее: в результате механизмы, которые способствовали превращению негативных переживаний в онкологическое нарушение, могут быть использованы и для восстановления здоровья.

**References:**

- [1] Arpentieva M. R. Understanding themselves and the world in early childhood and life-affirming potential of personality // Psychologist in the kindergarten. – 2014. - No. 2. – P. 3-30. (In Russian)
- [2] Benedict C., Penedo F.J. Psychological interventions in cancer // Psychological aspects of cancer. - Springer science, 2013. – P. 221 – 248.
- [3] Berezkin D. P., Zyryanova N. G. About the prospects for psychosomatic research in Oncology / Psychological problems of mental health, prevention and medical ethics. – L., 1976. - P. 16-18. (In Russian)
- [4] Blinov, N. N., Demin, E.V. Chulkova, V. A. On the quality of life of cancer patients after radical treatment // Problems of Oncology. – 1989. – Vol. 35. - No. 6. – P. 643-648. (In Russian)
- [5] Blinov, N. N., Komyakov, I. P., Chulkova, V. A. the Role of psychotherapy in improving the quality of life of cancer patients. - A manual for physicians. - SPb.: Medicine, 1998. – 19p. (In Russian)
- [6] Blohmke, M. Psychosoziale Faktoren und Krankheit // Med. Nensch. Ges. - 1976. - №1. – P. 116-121.
- [7] Breslau E.S., Curbow B.A., Zabore J.R., Britzenhofzoc K. Psychological Distress in Post-Surgical Women with Breast Cancer. – Baltimore: John Hopkins School of Medicine&Oncology Center, 2001. -210p.
- [8] Bykorez, A. N., Rubenchik, B. L. the Cause of cancer: facts and hypotheses. Kiev: "Naukova Dumka", 1997 -118 p. (In Russian)
- [9] Cassilieth, B.R., Luck, E.J., Miller, D.S., Brown, L.L., Miller S. Psychological correlates of survival in advanced malignant disease // National Engl. Journal of Medicine. - 1985. - V. 312. - P. 1551-1555.
- [10] Chida ,Y., Hamer, M., Wardle, J., Steptoe, A. Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? // National Clinical Practice of Oncology. – 2008. – V.5. – P. 466 – 475.
- [11] Chulkova V. A. Psychological studies of personal reactions to the disease in breast cancer: author. dis. Cand. the course of studies.

- Sciences. - SPb.: St. Petersburg state University, 1999. - 19 p. (In Russian)
- [12] Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // *Journal of American Medicine Association*. - 1983. - V. 249. - P. 280 - 289.
- [13] Doctor – patient: communication and interaction / Ed. from English. R. A. Evsegneev; The division of mental health. – Geneva–Amsterdam–Kiev: Ukrainian psychiatric Association, 1996. – 54 p. (In Russian)
- [14] Dubashi B., Vidhubala E., Cyriac S., Sagar TG. Quality of life among young women with breast cancer: Study from a tertiary institute in south India // *Indian Journal of Cancer*. - 2010. – V.47. – P. 142 - 147.
- [15] Dubrova V. P., Egorov K. N. Ethical and psychological aspects of the work of the General practitioner with cancer patients / *Medical news*. – 2003. – No. 2. – P. 3-11. [Online] available at: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=2274> (accessed 10.06.2016) (In Russian)
- [16] Dunkel-Schetter C., Feinstein L.G., Taylor S.E., Falke R.L. Patterns of coping with cancer / *Health Psychology*. – 1992. – V.11 (2). – P. 79-87. 197
- [17] Evans E.A. *Psychological Study of Cancer*. — New York: Dodd, Mead & Co, 1926. – 326 p.
- [18] Fagundes C.P., Lindgren M.E., Kiecolt-Glaser J.K. Psychoneuroimmunology and cancer: Incidence, Progression, and Quality of life / *Psychological aspects of cancer*. - Springer science, 2013. – P. 1 – 11.
- [19] Fanti C. *Micropsychoanalysis*. - Moscow: JSC Aslan, 1995. - 351 p (In Russian)
- [20] Felton B.J., Revenson T.A., Hinrichsen G.A. Coping and adjustment in chronically ill adults / *Social Science and Medicine*. – 1984. – V. 18. – P. 889 – 898.
- [21] Filimonov S., *The Orthodox view of Oncology*. - SPb: "Light Of Christ", The Blessing, 2013. - 144 p. (In Russian)
- [22] Folkman S. Stress, coping, and hope / *Psychological aspects of cancer*. - Springer science, 2010. – P. 119 – 127.
- [23] Friedman S.H. A problem-solving conceptualization of coping: Theory, research, and relevance to cancer / *University of the Health Sciences*. – Philadelphia. - 1998. – P. 26 – 68.
- [24] Gnezdilov A. *Century Psychology and psychotherapy losses*.- SPb, 1992.- 162pc. (In Russian)
- [25] Gnezdilov A. V. Quality of life in patients with borderline and psychosomatic illness / *Quality of life in Psychoneurology. Abstracts. international conference. Saint-Petersburg*. - SPb., 2000. – P. 42 - 45. (In Russian)



- [26]Gnezdilov A.V. psychological changes in cancer patients // Practical Oncology. – 2001. - No. 1. – С. 5 – 13. (In Russian)
- [27]Goler Y. You can beat cancer. M. Salus, 1997. - 122p.
- [28]Hamilton A. Intelligence and fertility. London, 1999. – 345 p.
- [29]Heidrich S.M., Forsthoft C.A., Ward S.E. Psychological adjustment in adults with cancer: The Self as mediator / Health Psychology. – 1994. – V. 13 (5). – P. 346- 353.
- [30]Imenitov E. N. Controversial aspects of fundamental Oncology / Practical Oncology. - SPb., 2014. - T. 15. - P. 49 – 60. (In Russian) Именит
- [31]Kasimova L. N., Ilyukhina T. V. The Results of psychiatric and psychological studies of cancer patients // Mental disorders in General medicine. – 2007. - No. 3. – P. 71 – 74. (In Russian)
- [32]Kasimova L. N., Zhiryaeva T. V. Psychopathological and psychosocial characteristics of patients with malignant neoplasms // Mental disorders in General medicine. – 2009. - No. 1. – P. 16-19. (In Russian)
- [33]Kübler-Ross E. On Death and Dying. - Routledge, 1969. 199p.
- [34]Lazarev S. N. The education of parents. The answers to the questions.– SPb.: ИПК, ООО Leningrad publishing house". 2009. - 240p. (In Russian)
- [35]Lectures on basic and clinical Oncology / Ed. by V. M. Moiseenko, A. F. Urmancheeva, K. P. Hanson. – SPb.: ООО "IZDATEL'stvo N – L", 2004. – 704p. (In Russian)
- [36]LeShan L. L. You can fight for your life. - New York: M. Evans & Company, 1977. – 235 p.
- [37]Levin T, Kissane V. D. Psychooncology: as of 2006 // Mental disorders in General medicine. 2007. - №2 (3). – R. 10-24. (In Russian)
- [38]Lillberg K.,Verkasalo PK.,Kaprio J., Teppo L., Helenius H., Koshenvuo M. Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study // American Journal of Epidemiology. – 2003. V. 157. – P. 415 - 419.
- [39]Luban-Plozza B., Poldinger V., Kröger F. Psychosomatic patient on reception at the doctor. – SPb.: NIPI them. V. M. Bekhterev, 1994. – 245 p (In Russian)
- [40]Malkina-Pykh I. G. Psychosomatics. – M.: Eksmo, 2008. – 1024p. (In Russian)
- [41]Melchenko N. And. Eschanov R. F., Isaeva O. S. The Psychologist in health care: problems of diagnosis, correction and supervision. – Samara: Publishing house SamGU, 1999. – 189 p. (In Russian)
- [42]Moiseenko V.M., Chulkov V. A. Psychoonkologie. – A manual for physicians. SPb., 2007. – 38p. (In Russian)

- [43]Murtha J. Handbook for the General practitioner. – M.: Practice, 1998. – 1230 p. (In Russian)
- [44]Nepomnyashchaya N. And. About the psychological aspects of oncological diseases // Psychological journal. – 1998. - Vol. 19. - No. 4. – P. 132 – 145. (In Russian)
- [45]Neznaniv N. G., Karvasarsky B. D. Clinical psychotherapy. – SPb: Peter, 2008. – 523 p. (In Russian)
- [46]Paget J. The Morton Lecture on Cancer and Cancerous Diseases // Br Med J London, Longmans, Green and Company, 1887. - № 2. – P. 1091-1095.
- [47]Palesh O, Butler LD., Koopman C. Stress history and breast cancer recurrence // Journal of Psychosom Resource. – 2007. – V. 63. – P. 233 – 239.
- [48]Passik S.D., Grummon K.L. Posttraumatic Stress Disorder // Psychooncology / Ed. by J.C. Holland. - N.Y.: Oxford University Press, 1998. - P. 595- 607.
- [49]Penninx B., Guralnik JM., Havlik RJ. et al. Chronically depressed mood and cancer risk in older persons // Journal of National Cancer Institute. – 1998. – V. 90. P. 1888 - 1993.
- [50]Porcelli P., Sonino N. Psychological factors affecting medical conditions: a new classification for DSM-V. – Basel: Karger Publishers, 2007.
- [51]Ross K. Mapping pathways from stress to cancer progression // Journal of National Cancer Institute. – 2008. – V.100. – P. 914 - 920.
- [52]Rowland J.H., Massie M.J. Breast cancer // Psycho-oncology / Ed. By J.C. Holland. N.Y.. - Oxford: Oxford University Press, 1998. - P. 380-402.
- [53]Rusina N.. Emotions and stress in cancer // World of psychology. Scientific–methodical journal. - 2002. - No. 4. - P. 152-160. (In Russian)
- [54]Sadock B.J.,Virginia A., Ruiz P. Kaplan&Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry. - Lippincott Williams&Wilkins, 2009. – 420p.
- [55]Satin J.R., Linden W., Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients // Cancer. – 2009. V. 115. – P. 5349 – 5361.
- [56]Shekele R.B., Raynor W.J., Ostefeld A.M. et al. Psychological depression and 17-year risk and death from cancer // Psychosom. Med. - 1981. – V. 43(1). – P. 117 – 125.
- [57]Sidorov P. I. Psychosomatic medicine. – M: HONEY-press-inform, 2006. – 564p. (In Russian)
- [58]Simonton K., Simonton S. Cancer Therapy .- SPb: Peter, 2001. – 288p. (In Russian)

- [59]Sirota N. Coping with cancer (for model studies of coping behavior of patients with ovarian cancer). Proceedings of the conference "Clinical psychology in health and education" - M., 2011. – P. 247 – 251. (In Russian)
- [60]Smulevich, A.B., Andryushchenko A.V., Beskova D.A. Mental disorders in cancer (results multitsentrovyyh program "SYNTHESIS") // Mental disorders in General medicine. – M., 2007. - No. 3. – P. 4 – 11. (In Russian)
- [61]Spiegel D., Diamond S. Psychological interventions in cancer / Psychological interventions for cancer. – Washington, 2001. – P. 215 – 233.
- [62]Tarabrina N., Crow, O. A., Kurchakova M.S. Oncopsychology. — M.: Institute of psychology RAS, 2010. — 176 p. (In Russian)
- [63]Temoshok L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model // Cancer Surv. – 1987. – V. 6. – P. 545-567.
- [64]Thune-Boyle IC.V. Religiosity and Spirituality in coping with cancer // Psychological aspects of cancer. - Springer science, 2013. – P.129 – 150.
- [65]Topolyansky V. D., M. V. Strukovsky Psychosomatic disorders. – M., 1986. – 384 p. (In Russian)
- [66]Urvantsev L. P. Psychology in somatic clinic: a Training manual. – Yaroslavl, 1998. – 160 p. (In Russian)
- [67]Usmanova, E. B. Psychological factors quality of life of patients with tumoral defeat of bones. Diss. kand. med.Sciences. – SPB.: St. Petersburg state University, 2016. – 220p. (In Russian)
- [68]Vasyutin A. M. Salvation is - it is you! Cancer psychosomatic. - Rostov-na-Donu: Feniks, 2011. - 160 p. (In Russian)
- [69]Velikolug A. N., Was dragula A. A., Velikolug T. I. Influence of social sphere on the identity of a cancer patient in the rehabilitation process // Medical-social examination and rehabilitation. - 2000. - No. 1. – C. 6 – 10. (In Russian)
- [70]Viilma L. Forgive myself. - Ekaterinburg: U-Faktoriya, 2004. Vol. 1. 720p., Vol. 2, 2007. 640p. (In Russian)
- [71]Waisman A., Worden J.W. The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days // International Journal of Psychiatry in Medicine. – 1977. – V. 7 (1). – P. 1 – 15.
- [72]Walsh N. H. Nature and Treatment of Cancer. London: Taylor and Walton, 1846. – 210p.
- [73]Wasserman L. I., Ababkov V. A., Trifonova E. A. Coping with stress: theory and psychodiagnosics. – SPb.: Speech, 2010. – 192 p. (In Russian)

- [74] Watson M., Haviland J., Greer S., Davidson J., Bliss J. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study // *Lancet*. – 1999. V. 354. P. 1331 - 1336.