

КРАТКАЯ ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПСИХОТЕРАПИИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ОНКОЛОГИИ

Орлова Т. В. (Москва)



Орлова Татьяна Витальевна - врач-онколог высшей категории, психиатр-психотерапевт онкологического отделения паллиативного лечения ГКБ № 11 г. Москвы, соискатель кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии «РМАПО Росздрава». E-mail: orlova_tatiana@mail.ru

Аннотация. Статья посвящена литературному обзору психотерапевтических подходов, как отечественных, так и зарубежных, применяемых в паллиативной онкологии, а также краткому описанию разработанного варианта метода Терапии творческим самовыражением Бурно (ТТСБ) для клинической психотерапевтической работы с терминальными онкологическими больными.

Ключевые слова: Терапия творческим самовыражением Бурно (ТТСБ), терапия духовной культурой, психотерапия в паллиативной онкологии.

Ссылка для цитирования размещена в конце публикации.

Благодарности

Изучение клинических психотерапевтических подходов в паллиативной онкологии, производившееся нами в онкологическом отделении паллиативного лечения ГКБ № 11 г. Москвы, было бы невозможно без дружеской поддержки и научной помощи профессора кафедры психотерапии и сексологии РМАПО Марка Евгеньевича Бурно. Эта вдохновляющая нас поддержка была неоценимой в связи с серьезной психиатрической составляющей работы с терминальными онкологическими пациентами.

Мы приносим искреннюю благодарность профессору кафедры онкологии ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Новикову Георгию Андреевичу за неизменную поддержку наших научных исследований в онкологическом отделении паллиативного лечения ГКБ № 11 г. Москвы, которое он открывал в 1994 г. одновременно с Первым Московским хосписом.

Мы рады выразить теплую признательность главному врачу ГКБ № 11 г. Москвы, к.м.н. Ромашкину Андрею Викторовичу, а также заведующему онкологическим отделением паллиативного лечения ГКБ № 11, ассистенту курса паллиативной онкологии при кафедре онкологии ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, к.м.н. Вайсману Марку Азриельевичу, завучу курса паллиативной онкологии при кафедре онкологии ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, к.м.н. Рудому Сергею Владимировичу и всему коллективу отделения. Постоянная поддержка коллег, их заинтересованное наблюдение, комментарии к проводимым научным исследованиям способствовали осуществлению более глубокой психотерапевтической помощи, как пациентам отделения, так и всем людям, находящимся рядом с ними.

Вступление

К сожалению, в нашей стране в последние годы из всего количества пациентов, которым впервые в их жизни устанавливается диагноз злокачественного новообразования (это около 500 тысяч человек ежегодно), в течение первого года болезни умирает около 30% (Новиков Г. А., Рудой С. В., Вайсман М. А., 2010). Это чаще всего больные с неизлечимой IV (терминальной) стадией заболевания. Здесь остается только помочь человеку прожить этот завершающий жизненный период, по мере возможности облегчая его физические и душевные страдания (паллиативная помощь). С физической болью сегодня, как правило, удается справиться. Но большинство терминальных онкологических больных уходит из жизни с более или менее ясным пониманием происходящего, тягостно переживая в свои последние месяцы, дни

органически-астеническую беспомощность-неполноценность, неврозоподобные тревожные и депрессивные реакции на соматически отягощенной почве. В это дефензивное время человека нередко наполняют, мучают тяжелые размышления о прожитой жизни, незавершенных делах, что-то вспоминается и вспоминается с чувством вины. Даже мягкие делириозные расстройства, нередкие в близости смерти, обычно несколько туманят, но не закрывают собой это «тихое» (часто внешне малозаметное) страдание. Главная помощь в этих случаях – особая психотерапия.

Медицинская помощь онкологическим больным, уходящим из жизни, облегчающая их страдания в последние месяцы, дни жизни, очевидно, существовала всегда в медицине. С развитием во второй половине прошлого века онкологии, психотерапии помощь этим больным становится всё более профессионально существенной, совершенствуются системы больничного и домашнего ухода за неизлечимыми пациентами, улучшается качество их жизни («Home care of the Cancer Patient» (США, 1973)). Последние 20 лет это происходит и в нашей стране («Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным», т. I (2004)). Однако профессиональная организованная забота о *душевном (психическом), духовном* состоянии указанных страдающих пациентов стала серьёзно включаться в паллиативную помощь, в основном, лишь в последней трети XX века, когда онкологических больных стали углубленно изучать психиатры, психотерапевты, когда в медицине стало широко развиваться *гуманистическое психотерапевтическое направление* (в его широком понимании) и особенно – экзистенциальный анализ Виктора Франкла (1990) (Viktor E. Frankl) с его главной темой поиска Смысла как «Неосознанного в нас Бога» (название известной книги Франкла (1948)).

Экзистенциально-гуманистическая психотерапия в паллиативной онкологии (Yalom I. D., Greaves C., 1977; Ялом И., 1999; Spira J., 2000; Breitbart W., 2002) стала на Западе основной, оставив за собою другие психотерапевтические подходы (суггестивный, гипнотический, психоаналитический, когнитивно-поведенческий). В конце прошлого века появились подобные первые работы и у нас (Панков М. Н., Шрага М. Х., 1996; Великолуг А. Н., Панков М. Н., 1997; Панков М. Н., 1997). До того психотерапия в паллиативной онкологии в нашей стране была, в лучшем случае, как нередко и теперь, в основном, деонтологией (т.н. малая психотерапия), сердечной беседой, успокаивающим внушением (Ромасенко В. А., Скворцов К. А., 1961).

Далее, прежде чем войти в краткую историю и современное состояние вопроса, необходим хотя бы краткий анализ сути противостоящих друг другу психотерапевтических и психосоматических подходов в медицине.

О клинической и психологической психотерапии, клинической и психологической психосоматике

Существуют, сложились два поля психотерапевтических методов – в зависимости от того, какое мироощущение, мировоззрение лежит в основе психотерапевтических воздействий: **клиническое (в классическом понимании, естественно-научное) или психологическое (теоретическое)**. Если *клиническая классическая психотерапия* (первое поле) неотделима от клинической медицины в том отношении, что и здесь клиника всецело направляет лечение, врачебную психотерапию (лечение средствами души (психики) врача), то *психологическая* (в широком смысле) *психотерапия* (второе поле) направляется различными психологическими концепциями (психоаналитическими, экзистенциальными, эклектически-психологическими и т.д.).

Концепции реализуются многочисленными техниками. Тяжёлым, «трудным», сложным больным, душевнобольным обычно глубже помогает клиническая психотерапия. Психологическая психотерапия чаще основательнее помогает легким невротикам и душевноздоровым людям, как и сугубо техническая психотерапия (третье психотерапевтическое поле), которая вообще не опирается на какое-либо мировоззрение (нейролингвистическая психотерапия, механические техники самовнушения и т.п.). Существуют и разнообразные смещения психотерапевтических полей, но эти три указанных психотерапевтических поля (полюса) достаточно отчётливы. Настоящее современное разделение внутри психотерапии обусловлено, кроме всего прочего, **различными национально-психологическими (ментальными, культуральными) особенностями**

российских, западных и дальневосточных психотерапевтов и пациентов (Психологический лексикон, 2007, с. 30-34).

Клиническая классическая психотерапия А. И. Яроцкого, В. М. Бехтерева, Ю. В. Каннабиха, С. И. Консторума традиционна для России (Макаров В. В., 2001 а, б, 2002 а, б, 2003). Также метод терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ), вариант которого мы попытались разработать, есть метод клинической психотерапии.

С указанными психотерапевтическими направлениями, полями (подходами) тесно связаны и разные подходы специалистов к психосоматике (страдания, психопатология онкологических пациентов и помощь им включены в психосоматику в её широком понимании). Т. н. «психосоматическая медицина» – это область психосоматики в узком понимании, основанная, как известно, на разнообразных психологических (идуших не от клиники, а от концепции) подходах (психоаналитических, антропологических, социологических, экзистенциально-гуманистических, эклектически-психологических и других психологических концепциях). Это, конечно, сказывается и на особенностях «психосоматической» психотерапии, она в психосоматике в её узком понимании – психологическая (психодинамическая) (Скворцов К. А., 1946 а, б; Морозов В. М., 1961; Lidz Th., 1967; Benedetti G., 1983; Ануфриев А. К., 1991; Александер Ф., Селесник Ш., 1995; Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф., Ледерах-Хофман К., 2000; Менегетти А., 2003, Смулевич А. Б., 2007).

Психосоматическая медицина, т. о., «изучает психогенез соматических болезней <...> в аспекте глубинной психологии, психодинамической психиатрии» (Морозов В. М., 2007, с. 77-78). Например, Франц Александер (Franz Alexander) (2002) полагает, что определённые эмоциональные переживания-конфликты психологически «инфицируют» определённые органы. Стремление спрятаться от трудностей жизни порождает младенческое желание – «покормите меня», что болезненно напрягает желудочно-кишечный тракт. Фландерс Данбэр (F. Dunbar) психологически выводит определённую соматическую болезнь из определённой «конstellации личности», в сущности, опираясь на философию прагматизма и операционализма (Dunbar F., 1947 а, в, 1954; Морозов В. М., 2007). Например, склонные к несчастным случаям с переломами больные – люди независимые, не склонные подчиняться и врачу в отличие от коронарных пациентов.

Анатолий Кузьмич Ануфриев (1991) в содержательной работе о западной психосоматике подчёркивает, что психосоматическая медицина не может не приводить к ошибкам в диагностике и лечении. Пока психосоматическая медицина «не освободится из объятий психоанализа» (здесь психоанализ, видимо, понимается как глубинная (идеалистическая) психология – Т. О.), она будет считать себя «общей теорией болезней человека». Философия же медицины – это, по И. В. Давыдовскому, общая патология (с. 127). Т. о. А. К. Ануфриев подчёркивает, что философия медицины, направляющая и лечение (в т.ч. психотерапию), есть естественно-научное (не психологически-теоретическое) мировоззрение. Однако, думается, в психосоматической медицине есть своя правда жизни. Психосоматическая медицина, как например, и психоанализ, **рациональна, жизненна постольку, поскольку отражает западную ментальность пациентов и психотерапевтов – склонность людей Запада к прагматическому (практически-концептуальному) строю мысли с известной символикой** (Канарш Г. Ю., 2007, 2010, 2011; Бурно М. Е., 2008).

В России, конечно же, существенно меньше людей такого склада, но вот уже и у нас возможна защищённая докторская диссертация врача-учёного Бориса Юрьевича Приленского (2001), – во всяком случае, с серьёзными мотивами психосоматической медицины. В диссертации на большом материале утверждается, что у разнообразных (в том числе, онкологических) урологических пациентов в многоуровневом психологическом конфликте преобладает «невротический конфликт личности с больным телом». И больное тело при этом становится «участником невротического конфликта». При этом роль, содержательное значение природы характера больного в его душевных переживаниях, дифференциальная диагностика характерологических радикалов и соответствующих им нозогенных реакций остаются, как и принято в психосоматической медицине, в стороне. Т. о., речь в данном случае идёт не о конфликте в естественнонаучном понимании, а о чисто психологическом конфликте, отделённом от тела, конфликтующим с телом, подобно тому, как фрейдовские «Я», «Оно»,

«Сверх-Я» есть чисто психологические фигуры, взаимодействующие между собою. Такова теоретически-идеалистическая ментальность, отражающая свою реальность, дополняя клинический подход других авторов, в том числе, и психологически-ориентированной (психологической) психотерапией – личностно-ориентированной, телесно-ориентированной, трансперсональной и т.д.

Клинически преломленная (клиническая) психосоматика традиционна для отечественной медицины, как и клиническая психотерапия. Российская медицина (с психотерапией как её частью) ещё с начала XIX века была медициной классически-клинической (гиппократовой), в духе идей нервизма, тесно связывающей психику пациента с его сомой, нервной системой (при чувстве-убеждённости в первичности тела), медициной, лечащей тело, и, в том числе, через воздействие психики врача на психическое состояние больного, а через него на весь организм (Рожнов В. Е., 1985). В сущности, почти все крупные отечественные врачи, физиологи, в созвучии с немецким клиницизмом прежних времён, шли по этой дороге, и нет необходимости перечислять здесь множество имён. **Наша психосоматика, в отличие от западной, почти сразу же стала глубоко клинической, всецело опирающейся не на психологические конфликты, отделённые от организма, а на психиатрическую и телесную клинику, личностную почву с её реакциями, на психологическую защиту, сообразную характеру, в клиническом преломлении.**

Основоположник современной онкологической клинической психосоматики психиатр-клиницист Константин Алексеевич Скворцов в 1946 году отмечает следующее: «Психическая жизнь ракового больного от первых признаков болезни до рокового конца не подлежала ведению психиатра, если только не наблюдалось грубых признаков психического расстройства» (Скворцов К. А., 1946 б, с. 16). Работая много лет в онкологическом учреждении, автор в живых клинических описаниях психики прежде душевно здоровых больных раком (в начальной стадии), следует от самого главного здесь – от личностной (характерологической) почвы, основное звучание которой в переживаниях больных, по нашим наблюдениям, обычно сохраняется на разных этапах отношения больного к своей болезни до тех пор, пока личность, рано или поздно, не «занавешивается» перед уходом из жизни субпсихотикой или психотикой.

«Обостряются, - отмечает К. А. Скворцов в классической книге, написанной в соавторстве с психиатром-морфологом В. А. Ромасенко, - характерологические черты личности: мечется от одного врача к другому, от надежды к отчаянию, психастеник; замыкается и молчит волевой; требует «радикального лечения» эпилептоид; готов предаться судьбе пассивный мечтатель; устраивает свои житейские дела и направляется «к самым лучшим профессорам» живой синтонный циклоид. И в обычной жизни обостряются углы характера, с больным становится труднее жить» (Ромасенко В. А., Скворцов К. А., 1961, с. 29). К. А. Скворцов полагал, что из всех психотических расстройств чаще всего в терминальной стадии онкологического заболевания соматологи наблюдают у своих истощённых больных раком тихий, сравнительно продолжительный онирический делирий.

Соматологи кратко записывают в историях болезни, что «больной слабеет», «заговаривается», «говорит невпопад», «что-то шепчет», «растерян», «дремлет днём» и т.п. Тут «постоянные колебания сознания», «оглушённость, дремотность, в различной степени выраженные», «полного разрыва с окружающими нет, несмотря на возникающую временами дезориентированность или неточность ориентировки» (с. 20). Подытоживая существо «клинической психосоматики» в согласии с тем, что уже отмечено в литературе, отметим, что она «изучает конституционально-типологические душевно-телесные особенности соматического пациента», участвующие в построении внешней и внутренней картины болезни. С особенностями этой картины тесно связаны и особенности психотерапии, в том числе в терминальных состояниях.

В духе клинической психосоматики помогают в онкологии больным или изучают онкологических пациентов клинически, психофизиологически многие современные отечественные авторы в разных городах (Попова М. С., 1976; Герасименко В. Н., Марилов В. В., Артюшенко Ю. В., Марилова Т. Ю., 1978; Бурно М. Е., 1984; Биктимиров Т. З., Модников О. П., 2000; Касимова Л. Н., Илюхина Т. В., 2004; Мищук Ю. Е., Ширяев О. Ю., 2004; Тарабрина Н. В., Падун М. А., Ворона О. А., 2004; Позднякова Ю. В., 2005;

Тарабрина Н. В., Курчакова М. С., 2006, 2007; Давыдов М. И., 2007; Золотова А. Н., 2007; Иванов С. В., Бескова Д. А., Шафигуллин М. Р., 2007; Иванов С. В., Шафигуллин М. Р., Сгилиди И. С., Горбунова В. А., Кулиева И. Э., 2007; Мищук Ю. Е., Ширяев О. Ю., Махортова И. С., 2007; Самушия М. А., 2007, 2008; Самушия М. А., Мустафина Е. А., 2007; Смулевич А. Б., Шафигуллин М. Р., 2007 а, б, 2008; Скрябин Д. А., 2008; Скрябин Д. С., 2009; Спиртус А. М., 2009; Шафигуллин М. Р., Маргарян А. Г., 2009; Хритинин Д. Ф., Гарданова Ж. Р., Шмаков Р. Г., Меньшикова А. А., 2010).

В последние годы выходит под редакцией А. Б. Смулевича журнал «Психические расстройства в общей медицине». Номер 3 журнала за 2007 год посвящён Психоонкологии. В другом номере в работе «Психосоматическая медицина» А. Б. Смулевич (2007) уже клинически трактует понятие «психосоматическая медицина» в отличие от «традиционной, психологической (психоаналитической) интерпретации» (с. 3). Но и в заграничной литературе в последние десятилетия – всё больше работ об онкологической психосоматике в клиническом преломлении (Hinton J., 1973; Voth H. M., 1976; Whitlock F., 1978; Герасименко В. Н., Марилов В. В., Артюшенко Ю. В., Марилова Т. Ю., 1978 (обзор); Grahn G., 1993; Greer S., 1994; Холланд Дж., Леско Л., Фрейдин Ю. Л., Шкловский-Корди (1995); Ахмедов Т. И., Балабуха О. С. (2006, Украина); Levin T., Kissane W. D. (2007), Игумнов С. А., Григорьева И. В. (2010, Беларусь).

О неклинических психотерапевтических способах помощи в паллиативной онкологии

В содержательном реферате статьи мюнхенского автора (H. J. Moller, «Критика герменевтических и телеологических методических подходов к психосоматике, ориентирующихся на психоанализ») В. А. Концевой (1978) отмечает, что симптомы заболевания рассматриваются в данном случае как символы, выражающие определённый психологический конфликт. Хотя Фрейд символический смысл симптома видел лишь при конверсионной истерии, психосоматики со временем стали произвольно толковать в этом духе и карциноматозные процессы. Т. о., предполагалось наличие в организме «целенаправляющего начала». Впрочем, добавим от себя, это «целенаправляющее начало» заложено и во фрейдовском «Оно».

Выше мы отметили, что не только психоанализ, но и другие концептуально-психологические ориентации (экзистенциальные, социологические и т.д.) составляют истинную психосоматическую медицину. Это далее обнаружится и в подобных методах паллиативной психотерапии.

Научные работы о психотерапии в паллиативной помощи обычно укладываются в четыре известных психотерапевтических подхода: 1) психодинамическая психотерапия (в сущности, психоаналитическая в широком понимании: психодинамика – изначально-самостоятельное движение психики); 2) экзистенциально-гуманистическая; 3) когнитивно-поведенческая и 4) семейная (Strada E. Alessandra, Sourkes Barbara M., 2009). В отечественной «Психотерапевтической энциклопедии» под ред. Б. Д. Карвасарского (2006) различаются психотерапия **симптомо-ориентированная** (суггестивная, гипнотическая, самовнушение) и **личностно-ориентированная**. Последняя «базируется на основных течениях современной психологии». Это – указанные выше, пришедшие к нам из мировой психотерапии: динамическое, экзистенциально-гуманистическое и поведенческое направления (с. 596). При всем этом, однако, существует, как подчёркивалось выше, и отечественное классически-клиническое психотерапевтическое современное направление – клиническая классическая психотерапия, тесно связанная с клиникой (включающей в себя личностную почву, показания, противопоказания). Существует это направление и в паллиативной помощи. Наш метод принадлежит именно этой психотерапии.

Приведём примеры применения способов неклинической (психологической) психотерапевтической помощи в паллиативной онкологии.

Психоаналитическая помощь

В монографии сотрудников хельсинской психиатрической университетской клиники «Рак и психика» (Achte K., Vauhkonen V. L., Viitamaki R. O., Sonkin L., 1970) предполагается, что и сам Фрейд (кстати, любитель сигар – Т. О.) страдал раком верхней челюсти из-за своего

анального характера, предрасполагающего к депрессии. Рак заменял ему депрессивные «потери во внешнем мире». Как известно, в психологически ориентированной психосоматической медицине нет своих особенных, психосоматических приёмов лечения. Применяются, например, те же психоаналитические техники, что и при неврозах, для облегчения или излечения через осознание (конфронтация, прояснение, интерпретация, работа с сопротивлением – «Психотерапевтическая энциклопедия», 2006, с. 522). Однако авторы монографии приходят к выводу, что психика ракового больного всё же ещё «terra incognita» и остаётся «придерживаться альтернативных гипотез, остерегаясь излишней уверенности» (р. 59).

В книге английского профессора-психолога юнгианского направления Джой Шаверен (Joy Schaverien (2006)) рассказывается о длительном, до самого ухода из жизни, анализе онкологического пациента с юнгианскими интерпретациями, описаниями развития эротического переноса (не во фрейдовски-эдиповом, а в пространственно-юнгианском («широкий культурный контекст» – с. 121) понимании. Описывается и контрперенос (пациент-мужчина, психоаналитик-женщина). Рассказывается о «сохранении терапевтических границ», о процессе индивидуации, продолжающемся до конца жизни, о том, как психоаналитик и его пациент снились друг другу, говорили о любви, сексе и смерти. Автор считает, что благодаря психотерапии, ей «удалось продлить жизнь» пациенту и оживить его душу. Сам пациент (как и некоторые исследователи, на которых ссылается автор книги) предположил, что психотерапия (в данном случае психоаналитическая – Т. О.) «может открывать участки мозга, которые были ранее повреждены эмоциональной травмой, и позволяет им вновь начать функционировать» (с. 308-309).

Работ о чисто психоаналитической помощи умирающим больным сравнительно немного. Элементы психоанализа нередко включаются в другие психотерапевтические методы – экзистенциальные, когнитивно-поведенческие и т. д.

Когнитивно-поведенческая помощь

Современная когнитивно-поведенческая психотерапия, как известно, основывается на павловских условных рефлексах, моделях поведения, когнитивном научении. Это – «парадигма классического, инструментального или оперантного кондиционирования («учиться на успехах» и «обучение моделям»)» (Лаукс Г., Мёллер Х.-Ю., Фрик М., 2010, с. 477). Когнитивно-поведенческая психотерапия сравнительно мало распространена у нас, поскольку **наши пациенты и психотерапевты менее предрасположены к ней**, нежели американские и немецкие. Подход требует строгого планирования отдельных терапевтических шагов, скрупулёзной тщательности в занятиях с психотерапевтом, в подготовке к ним. Психотерапевт должен быть активным и настойчивым учителем, самому пациенту следует активно, добросовестно участвовать в психотерапевтическом процессе с тщательной регистрацией происходящего в дневнике. Систематическая десенсибилизация, экспозиция, перенасыщение раздражителем и т.п. – по нашему опыту, не для ослабленных терминальных пациентов. При всём том, что западные авторы рекомендуют применять эту терапию в смягчённом виде (включая в неё и аутогенную тренировку, техники релаксации, контролируемое дыхание) и в паллиативной онкологии для управления больными своими симптомами, например, болью, тревогой, страхом (Turk D. C., Feldman C. S., 2000; Anderson T., Watson M., Davidson R., 2008). Пациент из последней работы с благодарностью сообщает, что когнитивно-поведенческие техники помогают ему думать упорядоченнее и более позитивно о своём положении (р. 818).

Уже в 7-м издании всемирно известного американского тома-конспекта по психиатрии Каплана и Сэдока – «Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry» (Sadock B. J., Kaplan H. I., Grebb D. A., 1994) рекомендуются для паллиативной помощи онкологическим больным под общим названием «Когнитивно-поведенческие терапевтические техники» сначала *когнитивные*: «предварительное информирование-разъяснение, когнитивное переструктурирование, фокусирование (контролируемое ментальное воображение), увлечённость (управляемое внимание-отвлечение, умственное и поведенческое, музыкотерапия, гипноз, биологическая обратная связь (biofeedback)». Потом – *поведенческие*: «самомониторинг, систематическая десенсибилизация, дифференцированные попытки владения собой, управление собою в непредвиденных положениях, моделирование, поведенческое повторение, релаксация

(пассивная и прогрессирующая), медитация, музыкотерапия, гипноз, биологическая обратная связь» (р. 769).

Помощь внушением без гипноза и в гипнозе

Ослабленные пациенты обычно легко впадают в гипнотическое состояние (гипноз). Сплошь и рядом внушение (суггестия) оказывается тут гипносуггестией. Гипноз как состояние, в котором возможно проводить внушение, клинически понимается как раскрепощение защитно-приспособительных сил организма. Биологическая основа гипноза – целительный, благотворный сдвиг, «отворение внутренних аптек». Психотерапевты давно уже не удивляются нередкому выразительному улучшению состояния соматических больных в гипнозе и после сеанса, в тяжёлых случаях – хотя бы ненадолго (Бурно М. Е., 2006 б, с. 107-108). Случаи, которые мы приводим ниже, не есть казуистика. Это обычная психотерапевтическая практика. Но для пациентов со сложными душевными, духовными переживаниями гипнотического лечения обычно недостаточно, оно даёт на время лишь общее успокоение, иногда умиротворение, нередко снимает тягостные, в т.ч. нервные, симптомы.

Вот один из случаев К. А. Скворцова (Ромасенко В. А., Скворцов К. А., 1961, с. 369). «Больная Ф., 52 г. с диагнозом рак пищевода. Истощена, изо рта запах ацетона. Может есть только жидкую пищу. Отвращение к молоку. Средства, возбуждающие аппетит, не помогают. Три внушения улучшения аппетита заканчиваются просьбой пациентки дать молока. Ест его охотно». Французский психосоматик Леон Шерток (1992, с. 114) (Leon Chertok, книга вышла в Париже в 1963 г.) рассказывает о крайне истощённом 53-летнем рабочем, оперированном по поводу рака желудка, страдавшем функциональной дисфагией («затруднение глотания было избирательным и не соответствовало ни объёму, ни консистенции потребляемой пищи»). После второго гипносуггестивного сеанса больной «потребовал еду и ел всё». Прибавил в весе, выписался из больницы. Через 2 недели вернулся и умер «под тяжестью органической фатальности», «вскрытие не выявило никакой органической непроходимости».

Случай, описанный американским психотерапевтом Милтоном Эриксоном (1992) (Milton Erikson, публикация в Америке – в 1966 г.). Цветовод, оперированный по поводу злокачественной опухоли щеки, которому специалисты сообщили, что лечить его «слишком поздно», остался месяц жизни, «не выносивший даже упоминания слова «гипноз», был освобождён особыми («эриксоновскими») гипнотическими сеансами «от загруженности сильнодействующими препаратами, действие которых сводилось лишь к «выключению» сознания», пришёл из тягостной подавленности в светлое состояние духа, руководил приготовлением бифштексов, «выглядел самым счастливым», с гордостью показывал гостям редкие растения, которые выращивал. Наслаждался последними днями жизни и тихо скончался через несколько месяцев. Автор подчёркивает «страстность» как «характерную черту всего образа <...> жизни» пациента.

Сродни образному самовнушению в бодрствующем состоянии или в самогипнозе разработанная американскими исследователями, супругами Карлом Саймонтоном и Стефанией Мэтьюс-Саймонтон (Саймонтон К., Мэтьюс-Саймонтон С, Крейтон Дж., 1995) (Simonton С., Matthews-Simonton St., Creighton J., 1994) программа лечения, в том числе, запущенных случаев онкологических заболеваний. Существо метода поясняет следующее описание. 50-летний пациент-учёный, страдающий раком поджелудочной железы, после соответствующих разъяснений мысленно «сформировал чёткий образ своих лейкоцитов, представляя их в виде большой армии белых рыцарей на белых конях, выстроившихся в шеренгу; их копыта блестят на солнце, скоро рыцари повсеместно перейдут в атаку и уничтожат раковые клетки, являющиеся маленькими и малоподвижными созданиями» (с. 112). Супруги Саймонтон (радиолог-онколог и психотерапевт-психолог), сопровождая своим методом традиционное лечение, как они сообщают, существенно продлевают жизнь пациентам или даже способствуют выздоровлению от рака.

Упомянутые работы и подобные им (Бурно М. Е., 1984; Спиртус А. М., 2009; Klagsbrun S., 2010) говорят о том, что способность врачей к гипносуггестивной терапии должна быть, во всяком случае, для особых состояний у пациентов, на вооружении в паллиативной онкологии.

Экзистенциально-гуманистическая помощь

Из неклинических западных психотерапевтических подходов ближе всего к терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно и нашему варианту этого метода, ближе именно своей подробной заботой о душевных, духовных переживаниях пациентов в последние месяцы их жизни, своей гуманистичностью, обращённостью к смыслу жизни, к целительному мироощущению, мировоззрению, прилежит экзистенциально-гуманистическая психотерапия, т.н. третья психотерапевтическая волна, возникшая и развивающаяся в мировой психотерапии после и на фоне психоанализа и поведенческой терапии.

Самое существо экзистенциально-гуманистической психотерапии (она состоит из разнообразных подходов, проникнутых и религиозностью, и атеизмом) – в целительном переживании человеческой экзистенции (изначально-духовного существования (Бурно М.Е. 2006 б, с. 325-330)), проявляющейся в так называемых «феноменах», «экзистенциалах»: в заботе, страхе, решимости, свободной воле, побуждающей к свободному развитию личности, в ответственности за свой внутренний мир и жизненный путь, в совести, творчестве, любви. Эти феномены в христианстве нередко называют «духовные сущности». Экзистенциально-гуманистическая психотерапия может быть и не религиозной, и не атеистической, а разнообразно-идеалистической (например, субъективно-идеалистической без религиозности). Среди основоположников, представителей экзистенциальной философии, которая есть идейная основа экзистенциально-гуманистической психотерапии, есть, как отмечено выше, и религиозные экзистенциалисты (Кьеркегор, Ясперс, Марсель, Франкл, Бердяев, Шестов) и атеистические (Хайдеггер, Ницше, Сартр, Камю).

Американский психотерапевт-психиатр Ирвин Д. Ялом (1999) (Irvin D. Yalom) в психотерапевтических группах для онкологических неизлечимых пациентов пытается донести до них своё личностное экзистенциальное мироощущение. Смысл его в том, что мы сами творим (конститулируем) мир и потому отвечаем за всё, что в нём происходит. Это известное субъективно-идеалистическое переживание открылось в нём самом однажды, когда он с аквалангом наслаждался красотой кораллового дна и подумал, что коралловые рыбы не знают, как они прекрасны, а мусор на дне понятия не имеет о своём безобразии. Да, это он сам, говоря словами Сартра, обречён на свободу творить мир. Каков же мир на самом деле, независимо от меня, – просто жутко себе представить, это – бесформенная масса, сартровская «тошнота». Посему умирающим нечего терять в мире, он уйдет вместе с ними. Остаётся наслаждаться жизнью, пока живёшь, пока твой мир не рассыпался.

Подавляющее большинство российских пациентов, уходящих из жизни, природой своей души не способны это принять и слушать без зловещего страха. Им есть кого и что терять в мире, в котором близкие люди для умирающих и после их смерти остаются самими собою. Да, пусть я их не совсем разглядел, не прочувствовал ещё глубже, подробнее, не успел, но это близкие мне, родные люди. Знаю их, сколько знаю, сколько мне достаточно знать. И хочу оставить им какое-то доброе воспоминание обо мне. Так, например, и Джеймс, пациент Джой Шаверен (2006) (см. выше), подарил ей перед смертью вазу с подснежниками («она похожа на меня, больше не существующего») (с. 293). А по Ялому, уходящему человеку не на что опереться душой, кроме как на свой собственный хрупкий мир. «Словно разверзлась сама почва под ногами» (с. 248). Экзистенциальная психотерапия разнообразна своими подходами, но всегда предполагает «свободную волю» и убеждение, что за все на свете отвечаешь сам.

В 2000 г. на Западе вышло солидное «Руководство по психиатрии в паллиативной медицине», написанное крупными учёными и практиками в этой области – под редакцией двух профессоров психиатрии: канадца Harvey Chochinov (Харви Чочинова) и американца William Breitbart (Уильяма Брейтбэрта) («Handbook of Psychiatry in palliative medicine», 2000). Часть III Руководства посвящена психотерапии в этой области медицины (индивидуальная психотерапия, экзистенциальная, поддержка родственников, психодинамическое жизненное повествование и когнитивно-поведенческое управление симптомами). «Руководство по психиатрии в паллиативной медицине» впервые «заботится» не только о том, чтобы продлить жизнь умирающим, но и о том, чтобы улучшить (в том числе, через работу с семьей) качество оставшейся жизни: «сделать смерть осмысленной и достойной» (Edwin H. Cassem, 2000). Самое главное тут – чтобы пациент чувствовал, что его не бросят, как обжигающую руки картофелину, а будут помогать до конца. Всё дорогое для пациента в жизни (книги, любимая

музыка, марки, открытки и т. п.), поощрение углублению в религию истинно верующих пациентов, философские беседы с неверующими – всё это очень важно для уходящего из жизни пациента [р. 13, 19].

Далее в этом же руководстве – о возможности применения в паллиативной онкологии экзистенциальной психотерапии (Spira J. L., 2000). Описывается кратко история, философия подхода (Феноменология, Дзэн-буддизм, Кьеркегор, Ницше, Хайдеггер, Рильке, Камю, Сартр, Ионеско, Достоевский, Ясперс, Л. Бинсвангер, Франкл, Босс, Морено, Ялом). Описываются методы экзистенциальной психотерапии в паллиативной помощи, с помощью которых психотерапевт способствует экзистенциальному развитию пациента в период его ухода из жизни. С опорой на дзэн-буддизм, на экзистенциальную философию перечисленных авторов составляются экзистенциальные упражнения для пациентов. Например, упражнение: «Обдумывание благоприятного будущего» (если у меня есть в запасе год (месяц, неделя) жизни – как хотелось бы прожить это время наиболее осмысленно). Упражнение: «Жить текущей минутой» [р. 209].

Экзистенциальная психотерапия может происходить индивидуально и в группе, в больнице и дома. Перечисляются «принципы» экзистенциальной терапии: «Развитие подлинных личностных отношений между терапевтом и пациентом, между пациентом и другими людьми. Ценность переживаний, возможностей, способностей к развитию во всех жизненных отношениях. Важность смягчения нервной напряжённости, вызванной нарушением привычного течения жизни в связи с болезнью. Помощь пациентам в том, чтобы они приняли своё страдание и возможную смерть, не пытаясь скрывать это от самих себя. Помощь пациентам в том, чтобы они доверились сегодняшнему своему переживанию как наиболее полному, истинному переживанию, возможному в жизни. Пребывание в такой активности, чтобы в этом обнаруживались как можно более высокие смыслы, цели и ценности собственной жизни» [р. 210].

По-видимому, психотерапевт, склонный не к экзистенциальной, а к жизненно-материалистической духовности, с убеждённой подписался бы под этими принципами, однако реализуя их клинико-реалистически, жизненно по-своему, в духе клинической терапии духовной культурой – **для пациентов, в основном, одухотворённо-материалистического склада характера (особенно в России)**. В одухотворённости в широком и высоком смысле и состоит наше созвучие с экзистенциальной психотерапией.

В более поздней работе Уильяма Брейтбэрта с сотрудниками из Нью-Йорка (Breitbart W., Gibson Ghr., Poppito Sh. R., Berg A. (2004)) предлагаются 8 групповых экзистенциальных занятий (сессий), вскрывающих сложные отношения между переживанием смысла и переживанием болезни, занятий, помогающих в свободной групповой дискуссии открыть, найти каждому участнику группы свой смысл в настоящем своём положении. Метод основывается на учении Виктора Франкла о лечении поиском смысла (логотерапия) и называется: «Центрированная (сосредоточенная) на поиске смысла групповая психотерапия для больных раком» (в терминальной стадии) – «Meaning-Centred Group Psychotherapy for Cancer Patients», Breitbart and Colleagues». Темы этих сессий: 1. Вводное занятие, беседа о концепциях смысла вообще (Кьеркегор, Хайдеггер, Сартр). 2. Рак и смысл. 3 и 4. Поиск смысла в истории (исторические истоки смысла – прошлое, настоящее, будущее). 5. Поиск смысла в ценностях человеческих отношений. 6. Поиск смысла в ценностях творчества и в ответственности перед людьми и миром. 7. Поиск смысла в ценностях переживаний. 8. Завершение занятий и обратная связь (высказывания пациентов, прощание и надежды на будущее) [р. 371].

Экзистенциальная психотерапия, как видится, не нуждается в психотерапевтическом клиницизме: в опоре на природу души, на особенности клинической психопатологической картины, варианты личностной почвы. Этот подход рассчитан на психотерапевтов и пациентов с природной предрасположенностью к чувству изначальности Духа, который, в сущности, и есть для экзистенциалиста подлинная реальность в своей, в целом, универсальности для всех людей (Бурно М. Е., 2006 б).

Наконец, в статье Уильяма Брейтбэрта, опубликованной уже со многими его американскими сотрудниками (Breitbart William, Rosenfeld Barry, Gibson Christopher, Pessin Hayley, Poppito Shannon, Nelson Christian, Tomarken Alexis, Timm Anne Kosinski, Berg Amy,

Jacobson Colleen, Sorger Brooke, Abbey Jennifer, Olden Megan, 2010), в этой статье о психотерапевтической помощи больным раком указанным выше методом групповой психотерапии анализируется настоящее пилотное (пробное) рандомизированное контролируемое (шкалы, серии повторяющихся измерений, статистический анализ), 8-недельное исследование 90 депрессивных, тревожных (анксиозных) пациентов с III и с IV стадиями рака, с переживанием бессмысленности, безнадёжности своего существования. В результате лечения по данному методу (МСgp) у этих пациентов, имевших в конце своей жизни эмоциональное (душевное) и духовное страдание, наступило значительное улучшение душевного, духовного состояния, серьёзное улучшение качества их жизни во всех отношениях. В дальнейших исследованиях, – отмечают авторы, – важно выяснить, понять как можно глубже, полнее этот выразительный результат, пользу, яркий сдвиг, возникший в результате настоящего необыкновенного нового психотерапевтически-экзистенциального вмешательства, как подчёркивают авторы статьи.

Признаться и мы, пусть в более скромном количестве случаев и, возможно, при более скромном просветлении качества душевной, духовной жизни, но зато, работая российски по своему со своими российскими пациентами, переживали подобное в нашем, ином исследовании. И в этом отношении мы хорошо понимаем американских коллег. При том, что большинство наших пациентов, видимо, не способно проникнуться лечебным курсом глубинной экзистенциальной философии-психотерапии. Франкл прекрасен в своей экзистенциальной глубине, но у нас своя великая русская культура.

Известно, что *терапию духовной культурой* – терапию одухотворенным творчеством в широком смысле (Kretschmer Wolfgang, 1982; Кречмер Вольфганг, 1994; Бурно М. Е., 2006 б) составляют психологически-ориентированная *психотерапия искусством* (арт-терапия, драматерапия, танцевально-двигательная терапия и музыкотерапия), *экзистенциально-гуманистическая психотерапия*, *религиозная терапия* (в сущности, неразделимая с религией) и *естественнонаучная (клиническая) терапия творчеством* (в том числе, отечественная терапия творческим самовыражением М. Е. Бурно, вариант которой мы разработали). Психологически-ориентированная *психотерапия искусством* основывается на психоаналитических, экзистенциальных, психологически-эkleктических концепциях, не имея своего научно-теоретического фундамента (Rech P., 1991; Хайгл-Эверс А. с соавт., 2002; Корутич А., 2003 а, б, 2007, 2010; Мак Нифф Ш., 2005; Розаль М., 2007; Хаген Л., 2008; Григалюнайте-Плерпене В., 2008). Ею часто занимаются художники-профессионалы, музыканты и другие гуманитарии, обычно получающие на Западе особую, «арт-терапевтическую», специальность, работают они и с умирающими больными.

Арт-терапевт Alun Jones (Элин Джонс) (1997) из Манчестера (Англия) рассказывает о своих приёмах психодинамической психотерапии в паллиативной помощи женщинам с генерализованным раком шейки матки. В этих приёмах, «в процессе приготовления к смерти, человечность, живопись, поэзия оказываются средством, с помощью которого, благодаря переносам, контрпереносам, осознаются, понимаются непонятные прежде чувства, относящиеся к событиям прошлого». Из работы выходит, что богатый символический язык и метафоры, благоухание живописи и поэзии покоряют, как мощное терапевтическое оружие. Так, одной женщине открывается, что именно напрягало её страданием. Когда ей было 13 лет, дядя, приезжавший в её семью каждое Рождество, надругался над ней анально и вагинально, объясняя, что делает это, потому что любит её. Потом сказал ей, что она распутная, порочная и если расскажет кому-то о том, что они делали, Бог её накажет. Годы жила она с тяжёлым чувством, хотя догадывалась, что именно дядя во всём этом виноват. Секс и любовь вместе представлялись ей извращением.

Измучившись, она, наконец, рассказала всё мужу, он упрекнул её, но, в конце концов, секс и любовь соединились в ней в одно чувство, они были с мужем счастливы. Но тут обрушилась на неё болезнь. Далее рассказывается сложная тонкая психоаналитически-поэтическая психоаналитически-экзистенциальная работа (переживание творчества известных поэтов и собственное поэтическое творчество). Описаны со всей искренностью и переживания психотерапевта. Благодаря всему этому пациентка смогла освободиться от своих переживаний (слова дяди), тепло попрощаться со своей семьёй.

Jennifer Tyler (Дженнифер Тайлер) (1998) арт-терапевт из хосписа в г. Кентербери (Соединенное Королевство) в своей работе описала два случая. Вот один из них. Автор рассказывает, что 78-летний пациент в палате на четверых произвёл на неё при первом знакомстве впечатление скелета, лежащего в полуэмбриональной позе с открытыми, но невидящими глазами, с оскаленными стиснутыми зубами, будто животное застыло в дикой боли. Общение с ним казалось невозможным, поскольку он не говорил, а отвечал как-то движением стиснутых зубов, как парализованный дикарь. Было известно, что он узник нескольких германских концлагерей. Видимо, он регрессировал в то своё время, поэтому был так напряжён, никому не доверял, всё в нём говорило: оставьте меня одного. Автор статьи поначалу сидела с ним тихо, не двигаясь, затем посмотрела в его глаза, поскольку они повернулись к ней, большие и пристальные. Автор улыбнулась и попыталась показать жестами, что хочет ему помочь. Сказала ему, кто она, и стала рисовать пещеру отшельника, святого Гавена, которую посещала в Уэльсе. Он с удовольствием стал наблюдать, как она это делает. Пещера смотрела на море, соединяя две скалы. Автор рассказывала о том, что Святой Гавен сам спрятался от мира в этом диком месте, и так хорошо было ему здесь среди природы. Она постаралась передать звуками, как шумит ветер в травах и камнях, как волны плещутся на скалы. Когда картина была закончена, пациент дал жестом понять, что хотел бы сказать, но не может. Вскоре она нежно погладила его напряжённые руки, и он расслабился, смягчился, согласился, чтобы за ним поухаживали, привели в порядок его рот, зубы.

Выбор темы картины был счастливой случайностью. Автор полагает, что раковая боль пациента, возможно, способствовала тому, что он в тех людях, которые ухаживали за ним в хосписе, поначалу чувствовал лагерных мучителей. Но вот увидел на рисунке пещеру святого отшельника, которая отличалась от лагерной жуткой камеры своей свободой духа, ума, тела и надеждой на будущее счастье, и переменялся в своём отношении к людям, что были с ним рядом, принял от них перед смертью помощь. Опираясь на работы Виктора Франкла, Карла Юнга и на собственный опыт работы с умирающими, автор приходит к заключению: имеет смысл в подобных случаях доверять «шестому чувству», позволяя ему работать в лечебном изобразительном творчестве. Искусство (это известно из религии и психологии) способно проникать в глубинное, «по ту сторону языка» («beyond language»), способствуя вербализации этих глубинных, скрытых переживаний [р. 124].

Synthia E. Kennett (2000) (Синтия Кеннет), арт-терапевт из дневного хосписа Святого Кристофера в Лондоне, изучала переживания больных на выставке их творческих художественных работ (не только картин), объясняя эти переживания, исходя из известных гуманистически-экзистенциальных концепций Маслоу и Роджерса о личностном росте и креативности. Исследовались картины десяти пациентов и одиннадцати фасилитаторов (мы бы перевели: «садовников», способствующих «произрастанию» картин пациентов) с использованием звукозаписей интервью. Углублённый полуструктурный анализ выявил такие главные темы картин, как наслаждение, восторженность, волнение, гордость, успех, довольство, целеустремлённость, взаимную поддержку, преданность. Эти темы были истолкованы как позитивная самооценка, самостоятельность, включённость в общество и надежда.

Предполагалось, что, таким образом, возможно толковать надежду как сущность необычного явления. Это представляется автору важным в паллиативной помощи, где принято активное медицинское вмешательство понимать как вселение в пациента надежды. В статье приводятся одухотворённые высказывания пациентов, одухотворены их позы за художественной работой на фотографии. На другой фотографии – подвижная композиция восторженных шаров, созданная дружной группой пациентов «Надежда». Вот в нашем (Т. О.) переводе-«подстрочнике» последние строки стихотворения, написанного пациентом из «писательской» группы за несколько недель до смерти, проникнутые духом неукротимой надежды: «А ну, давай, дряхлое море, Я готов сражаться с тобой, Я поборю тебя, поскольку должен. /И даже если ты одолеешь меня, Ты никогда не погасишь моё страстное желание справиться с тобой» (р. 424).

Арт-терапевт из Монреаля (Канада) Mona Rutenberg (2008) (Мона Рутенберг) разработала особый метод «лепки духа» («Casting the Spirit») в паллиативной помощи – для

пациентов и их страдающих близких. Ритуал одухотворённого сближения рук умирающего пациента с дорогим ему человеком превращается, благодаря искусству арт-терапевта, в наполненное смыслом и любовью скульптурное рукотворное наследие (памятник). Включённые в статью фотографии этих скульптур в сравнении с фотографиями живых соединившихся рук замечательно показывают эту психотерапевтическую «лепку духа», в которой участвуют и сами пациенты, например, окрашивая кисточкой ногти в скульптуре (делая ей маникюр). Автор отмечает, что метод её не для всех. Так, дочь, ухаживающая за своей больной матерью, лежавшей на соседней кровати, посматривала сбоку на работу арт-терапевта и резко, заплавав, отказалась от подобного соединения со своей матерью в скульптуре. Автор предполагает, что рука матери не раз физически наказывала дочь, и вот она не хочет этого помнить. Думается, для многих наших пациентов и их близких подобные скульптуры-обрубки (просим прощения за это грубое пришедшее в голову выражение) были бы жутковато-тягостными. Даже (тоже есть фотография) руки отца-строителя за работой, с инструментом – в этой же статье. **У большинства наших российских пациентов всё-таки иные душевные, духовные особенности – им нужно меньше концептуальности, символичности, больше земной задушевности.**

Японские исследователи Michiyo Ando & Tatsuya Morita (2010) (Мичио Андо и Татсуя Морита), называя переживания по поводу смысла жизни, существования человека *духовностью*, упоминая, что Всемирная Организация Здравоохранения считает духовность «важным фактором качества человеческой жизни», предлагают свой метод усиления духовности у онкологических больных в терминальной стадии (у этих пациентов, как считают авторы, часто отмечаются экзистенциальные страдания). Существо этого эффективного (статистически-аналитическое доказательство) метода («Краткосрочный пересмотр жизни» – «Short-Term Life Review») состоит в том, что в суггестивно-экзистенциальных (в нашем понимании) занятиях с пациентами происходит упорядочивание их мыслей и переживаний о своей жизни. Разговоры с пациентом (его живой голос) записываются, психотерапевт внимательно вслушивается в каждое произносимое пациентом слово. Составляется специальный альбом из отобранных ключевых слов в ответах на вопросы. Эти слова, фразы записываются от руки в альбоме, повторяются в альбоме психотерапевтом, сколько это возможно. Там и плохое, и хорошее, там исправляются-уточняются мысли, описания переживаний: как считает, чувствует пациент сейчас, как относился к этому прежде и т. п. (переосмысление прошедшего). В альбом наклеиваются фотографии, рисунки из разных книг, журналов, имеющие отношение к тому, что говорит пациент. Альбом делается «впечатляющим». Всё это (курс терапии) происходит в течение недели.

Считается, что «Позитивная психотерапия» германского психотерапевта Носсрата Пезешкиана (1996) (Nossrat Peseschkian) сродни психодинамической и гуманистической (экзистенциально-гуманистической) психотерапии. Последней – именно своей заботой о личностном росте человека в психологическом, изначально-духовном (не естественно-научном) понимании и, в то же время, в духе «здорового смысла». Родившийся в Иране, автор вносит в свою психотерапию бахаизм и восточные притчи и анекдоты. Носсрат Пезешкиан полагает, что больные раком часто не осознают своих желаний или, склонные к самопожертвованию ради других, не решаются сделать то, о чём мечтают. Рак – «сигнал для интеграции четырёх сфер переработки конфликтов»: «верность, доверие, контакты и вера/надежда». Психотерапевт, способствуя интегрированию этих четырёх моделей, «уменьшает самостоятельное существование («метастазы») отдельных жизненных сфер». Так, например, невозможно больной и поправиться, и вернуть мужа, оставившего больную. Поэтому психотерапевт рассказывает этой пациентке притчу о мулле, который не мог вытащить из кувшина руку, потому что в ней были зажаты орехи (с. 292-299).

В 1997 г. архангельским психиатром-психотерапевтом Михаилом Николаевичем Панковым (1997) была защищена кандидатская диссертация, в которой «впервые проведён анализ психосоциальной ситуации инкурабельных онкологических пациентов в рамках модели позитивной психотерапии». Разработанная автором «психосоциальная реабилитационная программа <...> адаптирована к российским хосписам с учётом психосоциальных и культуральных особенностей наших пациентов». «Изучена динамика психологических

характеристик инкурабельных онкологических пациентов хосписа в процессе позитивной психотерапии». Выяснилась «неразвитость сферы «Будущее» (имеются в виду «4 сферы деятельности в базовой модели по Н. Пезешкиану»), дезориентировка в вопросах «смысла жизни», «жизни и смерти», «жизни после смерти». Всё это отягчало состояние больных и их близких. Больные доверчиво стремились в психотерапии к общению, эмоциональной поддержке, усиливался их интерес к вопросам мировоззрения, веры, религии (с. 6). Таким образом, указанная психотерапевтическая помощь оказалась востребованной и актуальной. Достоверность результатов исследования со статистической обработкой базы данных весьма убедительная. Поскольку составной частью метода М. Н. Панкова является включённая в модель психотерапии Н. Пезешкиана отечественная терапия творческим самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ) (с. 11), мы ещё скажем об этом ниже в этой главе, когда коснёмся темы ТТСБ.

Подобным образом возможно было бы пересказывать ещё многие работы об экзистенциально-гуманистической помощи пациентам в паллиативной онкологии (Левин С., 1996; Palliative care: The Creative response, 1998; Смирнов М. В., Уманский С. М., Зотов П. Б., 1999; Bolmsjo I., 2000; Rousseau P., 2000; Webster J., Kristjanson L., 2002; Hirai K., Morita T., Kashiwagi T., 2003; Coward D. D., 2003; Craig R. W., 2004; Bourgeois Sh., Johnson A., 2004; Chochinov H. M., Hack T., Hassard T., Kristianson L. J., Mc Clement S., Harlos M., 2005; Lobb E. A., 2006; Murata H., Morita T., 2006; Моцкувене А., 2006; Копытин А. И., 2007; Vasquez M. J., Bingham R. P., Barnett J. E., 2008; Strada E. A., 2008; Кривцова С. В., Лэнгле А., коллектив авторов, 2009). Об этих работах нет смысла рассказывать слишком кратко, дабы уложиться в настоящую главу: они экзистенциально, креативно разнообразны, их невозможно «разложить» в какие-то общие группы. Общим знаменателем (и то относительно) здесь могло бы быть лишь понятие Смысла в понимании В. Франкла («неосознанный в нас Бог»), а в, главным для нас, *практическом* применении они бесконечно неповторимы.

Немало работ о психологически-ориентированной музыкотерапии онкологических больных (в том числе больных с IV стадией заболевания). Это особая сложная область психотерапии со своими разнообразными подходами, дискуссиями, «рецептурами» (Ласовская Т. Ю., 1998; Rose J. P., Brandt K., Weis J., 2004; Uchitomi Y., 2004; Zettl S., 2005; Cathcard F., 2008). Музыкотерапия пока не была темой нашего исследования. Поэтому мы не останавливаемся в обзоре на этих работах, подчеркнув только, что часто сильнодействующие (во благо и наоборот) приёмы музыкальной помощи, по нашему скромному опыту, требуют осторожности, деликатности и клинической, характерологической согласованности с особенностями личности композитора, исполнителя, возможными воспоминаниями пациента из прошлого, его культурой, музыкальными интересами и склонностями. Это относится даже к так называемым записям «звуков природы» и к работе с известным изо-принципом Айры Альтшулера (Ira M. Altshuler, 1941, 1948; Бурно М.Е., 2009, с. 332-333).

Не погружаясь также в сложную, перекликающуюся с экзистенциальной помощью, особую могучую помощь религии, религиозной психотерапии, оставляя эту тему работающим и в хосписах священникам, глубоко верующим религиозным психотерапевтам, всё же отметим, что в литературе о психотерапевтической помощи в паллиативной онкологии немало работ на тему религиозной психотерапии (Митрополит Антоний Сурожский, 1995; Дунаевский И. В., Беляев Д. Г., 1996; Епископ Иона, Левина Т. А., 1997; Невярович В. К., 1997; Петров Р. В. (священник Ростислав), 1998; Арьев А. Л., Гнездилов А. В., 2000; Василюк Ф. Е., 2005). Имеются также работы, проникнутые теософией, мистицизмом (эзотерическое учение, «Мудрость Востока»). Важно помнить, что для некоторых пациентов «духовным спасением» является и эта область (Налчаджян А. А., 2004).

Всякая помощь умирающим пациентам заслуживает внимания и уважения врача, лишь бы она не была безнравственной. Кэрол У. Пэрриш-Хара (2003), американский экстрасенс, духовный учитель, отмечает, что «наши жизни и наши души тесно переплетаются», что человечество «проявляется в разных образах Всего Сущего». И заключает, что мы «приходим к тому, чтобы воспринимать смерть как друга» [с. 205].

О клинической классической психотерапии (клиницизме) в паллиативной онкологии

Клиническая классическая психотерапия – это не только психотерапия больных (клинических случаев), это часть клинической классической медицины (медицины Гиппократов). Существование клинической классической медицины состоит в подробном изучении клинической картины заболевания с убежденностью врача в том, что излечивает (исцеляет) всё-таки, прежде всего, сама природа, а он, врач, со своим научным искусством способствует, помогает стихийной природе совершеннее защищаться от вредоносных воздействий (внешних и внутренних (в том числе, конституционально-генетически обусловленных)). Этим объясняется озабоченность врача дифференциальной диагностикой, уточняющей, каким именно образом происходит природная защита, «записанная» в клинической картине.

В клинической психиатрии особое значение имеет всегда индивидуальная личностная почва (прежде всего, конституциональная), серьезно определяющая, «прорисовывающая» клинико-психопатологическую картину. Со всем этим тесно связана обязательная здесь более или менее строгая система показаний и противопоказаний в лечебных воздействиях. Таким образом, клиницист естественнонаучно убежден в первичности сомы (организмической материи) по отношению к духу, с которым сома находится в неразрывном единстве, и клиницист лечит не болезнь (как только симптом, синдром, нозос), а больного, неповторимого в своём целостном страдании. Со времён Гиппократов существуют по сей день и другие светские медицинские школы. Например, книдская (от названия полуострова – Книд), которая прицельно лечит симптомы болезни (Карпов В. П., 1936).

Клиническая классическая психотерапия лечит так же, как и психологическая, и любая другая психотерапия, средствами души врача, но подробно отправляясь в своих воздействиях от клинической картины, включающей личностную (характерологическую) почву, которая так же несёт в себе определённую физиономию душевно-телесной защиты (вытеснительной, деперсонализационной и т.д. (Рожнов В. Е., Бурно М. Е., 1978; Савин А. В., 2005; Биктимиров Т. З., Модников О. П., 2000)). В этом отношении, например, **экзистенциально-гуманистическая психотерапия, в целом, идёт «мимо» личностной почвы, не озабочена показаниями, противопоказаниями**, занимаются этой психотерапией нередко психологи, вообще не клиницисты. В работах об экзистенциально-гуманистической психотерапии в паллиативной онкологии, о которых сказано выше, о личностной почве пациентов, о том, как их переживания связаны с их характером, в сущности, ничего нет. Анализ психоаналитического учения о психологической защите – у Бурно М. Е. (2009, с. 33).

Клиническая классическая психотерапия может использовать, кроме самобытных своих, любые неклинические психотерапевтические приёмы (когнитивно-поведенческие, гипносуггестивные, аналитические, экзистенциальные и т.д.), но преломляя их клинически, то есть, сообразуя, видоизменяя сообразно клинической картине, дифференциальной диагностике, отчего они перестают быть собою, остаётся лишь психотерапевтический «механизм», но теперь уже в «клинических одеждах» показаний и противопоказаний.

Психотерапевтический клиницизм в онкологии (в том числе, паллиативной) начинается уже с деонтологического вопроса о том, говорить или не говорить больному его «злокачественный» диагноз. Тем более – говорить, в сущности, об обречённости. За рубежом, в основном, **существует тенденция несокрытия онкологического диагноза от больного**, даже если заболел маленький ребенок (в ряде случаев оговаривается необходимость пользоваться эмфемизмами для смягчения правды при сообщении о самом заболевании, или о степени ее распространенности), публикации об изучении этой тенденции несокрытия диагноза в хосписах есть и у российских исследователей (Сондерс С., 1982; Зорза Р. и В., 1990; Твайкросс Р. Д., Фрамpton Д. Р., 1992; Гамли М., Бик В., Чулятова В., 1994; Зельницкий Л. А., Стерлева Е. П., 1996; Салмон А., 1999; Ялом И., 1999; Cassem E. H., 2000; Вуд М.Э., Банн П. А., 2001; Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., 2002; Хойфт Г., Крузе А., Радебольд Г., 2003; Тинсли Р. Харрисон, 2005; Касчиато Д., 2008).

Клиницист в вопросе о правде диагноза сразу же думает о личностной почве (прежде всего) и многих других особенностях больного и его жизни. В одних случаях суровый диагноз следует сообщить (даже если больной не отказывается от операции), в других – умолчать о диагнозе. Клиницизм традиционен в России, и наши онкологи, чаще всего, чувствовали своих больных, не будучи психиатрами, психотерапевтами, **и знали, кому, что и как сказать**. Тем

более это важно для психотерапевта. В. А. Ромасенко и К. А. Скворцов считают **«нецелесообразным говорить больным о диагнозе рака»**. Но они же указывают, что «большую ответственность налагает на врача сокрытие диагноза рака». Указывают, что в случае сокрытия диагноза из разговоров в присутствии больного необходимо «изъять синонимы и латинские термины и всё, относящееся к раку». Авторы полагают, что здесь видится во многих случаях природная защита – «непреодолимая тенденция «вытеснить» не только представление, но и само слово «рак» из инвентаря внутреннего мира больного». И здесь надо «следовать указаниям природы», «действовать в согласии с темпераментом и установками больного», «ведь существуют «опухоли» – доброкачественные, неясные, смешанные».

«Опыт приучает старых и любящих своё дело сестёр вести диалоги со своими больными. Одна умная и сердечная сестра сказала мне (К. А. Скворцов – Т. О.) однажды о таких беседах с больными: «Это как сказка со счастливым концом...» (Ромасенко В. А., Скворцов К. А., 1961, с. 364-366). Мы убеждены, что всё это, написанное полвека назад, современно и сегодня. Даже трудно к этому что-то прибавить по клинической сути. Разве что сегодня мы уже увереннее можем опираться и в онкологии на современную, более разработанную, чем прежде, характерологию. Если человек по-пушкински «сам обманываться рад», не стоит ломать его природную защиту, это может быть опасно для его жизни, **известны ведь и случаи самоубийства при объявлении диагностической правды**. Больная Ф. (авторитарно-напряжённый характер; рак прямой кишки, IV стадия) (Бурно М. Е., 1984) «терялась, сбита (врачами – Т. О.) со своей инертно-прямолинейной оптимистической веры». «Бледно-жёлтая, с мешками под глазами, постоянной слабостью, она охотно соглашалась, что боли не опасны для жизни, а «нервные», «от головы» и «жестокий радикулит». О врачах, мешавших ей думать так, вспоминала с раздражительной, несколько дисфорической напряженностью». Умерла через 4 месяца. «Со слов мужа, боли всё это время оставались тяжёлыми, но спала по-прежнему до пяти и с благодарностью вспоминала гипнотические сеансы, беседы, верила до конца в «жестокий радикулит»» [с. 68].

Самуил Борисович Корж (1975) отмечал, что **виднейшие онкологи нашей страны едины** в том, что **«истинный диагноз надо сообщать больному только в случае отказа от операции»**. Напоминал, что Николай Николаевич Петров настаивал на том, что диагноз «рак» следует «сообщать больному не в виде достоверности, а только в виде серьезного предположения и только в том случае, если иначе не удаётся побудить больного подвергнуться необходимому лечению» [с. 17]. Настоящий клинический подход в вопросе о том, как сказать больному о его диагнозе (в зависимости от душевных особенностей пациента), в большинстве случаев соблюдается в России и сегодня при том, что на Западе принято, как уже отмечалось выше, сообщать каждому больному его диагноз. Американский психиатр Эдвин Кессим (E.Cassem, 2000), например, сообщает что 79% опрошенных пациентов высказались за то, чтобы врач сказал им истинный диагноз и прогноз. Поэтому врачу следует быть честным, не входить в фальшивое притворство [р. 14].

Однако психотерапевт-клиницист знает, как нередко живут вместе в сложных аффективных взаимоотношениях пожелание больного всё знать о своей серьезной болезни и категорическое нежелание знать о ней. Впрочем, и у нас врач-психотерапевт Людмила Викторовна Симак (2009) из Краснодара полагает, что все онкологические больные «очень правильные, положительные люди с бессознательными запретами чувствовать, о которых они не догадываются». Чтобы пациент испытал, выразил свои чувства, врач должен «встряхнуть» его словами: «смерти никому не удастся избежать», «важно открыто принять такую возможность». Автор считает, что это освобождает пациента от страха смерти, смягчая мышечное напряжение, уменьшая боль.

В целом клинической психотерапией в паллиативной онкологии мы считаем систему петербургского психиатра-психотерапевта Андрея Владимировича Гнездилова (2002 а). Прежде всего, А.В.Гнездилов считает, что ««белая ложь» допустима в целях милосердия по отношению к безнадежному больному во избежание суицида» [с. 13]. Но терминальный больной чувствует приближение смерти и остро ощущает обман, что мешает ему любить близких, порождает чувство одиночества среди них. Автор рассматривает как клиницист душевное «терминальное

состояние» онкологического больного сквозь всё движение клинической картины его психики с самого начала болезни. Поначалу это, чаще всего, *тревожно-депрессивный синдром*, в основном, как психогенное расстройство (реакция) на диагноз («общее беспокойство, страх перед «безнадёжным» заболеванием, угнетенность, мысли о бесперспективности, близкой смерти, мучительном конце») [с. 33]. Реже встречаются другие синдромы, тоже, в основном, психогенные, сообразно своим *особенностям личности* (дисфорический, тревожно-ипохондрический, обсессивно-фобический, апатический, астено-депрессивный, астено-ипохондрический, деперсонализационно-дереализационный, параноидный, эйфорический, «синдром самоизоляции»).

А.В.Гнездилов достаточно подробно описал эти особенности онкологических больных, выделив 5 «условных психологических типов личностей» на основе кречмеровской характерологии (синтонные пациенты, шизоидные, эпилептоидные, истероидные, психастенические). Картина психогенных расстройств, как выяснилось, зависела и от «характера оперативного вмешательства» [с. 41]. На первом плане в переживаниях «терминальных больных» стоит «приближающаяся смерть», в зеркале которой преломляются все бесчисленные душевные переживания (любовь, надежда, долг, вина и т.д.). Автор клинически, по-своему, подробно описывает известные 5 основных, следующих одна за другой, стадий психологической адаптации больных, узнавших о своём диагнозе и о «возможном прогнозе за пять лет до кончины» (шок, стадия отрицания, стадия агрессии, стадия депрессии и стадия принятия (примирения с судьбой)), и детально-клинически соотносит картины всех этих пяти стадий с особенностями личностной почвы.

«Психотерапия терминальных больных» для А.В. Гнездилова – это психотерапия средой (вплоть до «терапии домашними животными» – тепло собаки, кошки «несоизмеримо ни с каким иным источником эмоций»), арт-терапия, звукотерапия (в том числе, особая авторская *«психотерапия посредством колокольного звона»* (помогающего, как считалось на Руси, проходить душе в «высшие сферы»), сказкотерапия и театротерапия («волшебная музыка сказки, где смерть запрятана в сюжете или является не чем иным, как сменой образа, маски, костюма» – и «в пациенте ликовал *ребёнок*»), куклотерапия (с переносом больным человеком на куклу своих чувств), невербальная психотерапия, «духовная помощь» (даже неверующие говорят об «умиротворяющем воздействии» общения со священником) [с. 86-100].

Как и многие авторы (см. обзор: Володин Б. Ю., Куликов Е. П., Савин А. И., Володина Л. Н., 1999; Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко И. С., Чугунов В. В., 2002), А. В. Гнездилов тесно связывает переживания пациентов с их характерами. В терминальном состоянии шизоид возводит свой особенный аутистический мир, часто религиозного содержания; циклоид живёт настоящим, стремится к общению; психастеник удовлетворён определённой (всё ясно, умру, «словно стал самим собой» и испытывает чувство ускорения времени); эпилептоиду необходимо убедить в своей «правде» «хоть кого-либо со стороны» (тогда и он в эту «правду» поверит); истероиду нужно в это время побольше зрителей, чтобы возились с ним [с. 108-121]. Таким образом, мы всё больше убеждаемся в несомненном клиницизме глубоко одухотворённой работы А. В. Гнездилова. Онкологические пациенты (в том числе, терминальные) клинически-зримо видятся нам как живые, клинически по-разному страдающие люди с различными характерами.

В отличие от К. А. Скворцова, полагающего, что в терминальной стадии «характерологические особенности ступёвываются», прикрываются «внехарактерологическими» раздражительностью, подозрительностью, настороженностью, дремотностью, фантазированием и т.д. (Ромасенко В. А., Скворцов К. А., 1961, с. 62), А. В. Гнездилов сквозь указанные «нажитые» расстройства клинически отчётливо видит и характерологическое ядро. Однако дело не доходит до достаточно подробного *психотерапевтического* клиницизма, то есть, до установленной сообразности определённой психотерапии к определённой клинике, в основе которой – определённое ядро личности (характера). Сама психотерапевтическая помощь больным, указанная выше, близка к экзистенциально-гуманистической психотерапии. В сущности, это проникновенно-одухотворённая психотерапевтическая помощь разным по характеру больным, не связанная с определённой картиной личностного страдания и поведения. Создаётся впечатление, что

именно здесь оставлено место для нашей дифференцированной психотерапевтической клинической работы, подробности которой в каждом случае обусловлены подробностями клиники.

А. В. Гнездилов даже намечает общее направление этой работы, подчёркивая в конце книги важность для страдающих людей «в драматический для них период жизни» «сеансов арт-терапии (арт-терапия, видимо, понимается здесь широко, как помощь искусством – Т. О.) <...> на базе произведений живописи» (особенно «картины природы»). «Тут важно учитывать интерес и вкусы больных». Поскольку с «музейными экспонатами» такая работа пока неосуществима, автор предлагает воспользоваться «качественными репродукциями» (с. 160).

Отметим, что и в лечебных сказках А. В. Гнездилова (2002 б), созвучных многим петербургским пациентам, видимо, больше утончённого петербургско-символического, нежели синтонно-реалистического, угрюмо-простодушного, что часто видится в наших, московских, пациентах. Ещё В. Г. Белинский (1984) прозорливо подметил эту разницу в общем характерологическом стиле у москвичей и петербуржцев. Может быть, в связи с этим наши пациенты не так склонны и к религиозным переживаниям в отличие от вообще северо-западных пациентов. Кстати, в отличие от западных терминальных пациентов наши больные, видимо, слабее, астеничнее и в том отношении, что **не выносят такого количества психометрических и экспериментально-психологических исследований, как это видится в западных работах.**

Клиницизм и духовность

«Психологический лексикон» (2005) толкует *духовность* как «высокоразвитую форму психического, как высоконравственное начало в психической жизни, как стремление к идеалу, способность к самоанализу поступков и переживаний и т. п.» (с. 114). Т. о., духовность возможно понимать и в религиозном, и в широком, общечеловеческом, смысле («вне теологической трактовки» – с. 114), что и происходит в переживаниях больных, в психотерапевтической работе в паллиативной онкологии.

А.В. Гнездилов в своей книге «Психология и психотерапия потерь» (2002, а), в разделе «Духовный аспект работы с умирающими» пишет о том, что «рассыпается» перед уходом из жизни всё, чем жил человек, и появляется «попытка найти смысл за пределами жизни». Автор видит этот смысл в словах Христа о Царстве Небесном («если Он, сотворивший мир, существует, то нет смерти») [с. 97]. Одна из пациенток сказала: «Стоило заболеть раком хотя бы ради того, чтобы открыть для себя Бога» [с. 99]. Борис Аркадьевич Воскресенский (2004) на своём многолетнем психиатрическом опыте подчёркивает, что «духовное (в религиозном смысле – Т. О.) <...> осуществляет психотерапевтически-реабилитационное воздействие» [с. 135]. Необходимо «признать приоритет духовного начала в человеке, объединяющего, интегрирующего все составляющие индивида, преобразующего его в личность»; это подразумевает воздействие на формирование отношения к болезни, смысла болезни, «образа болезни» (Воскресенский Б. А., 2007).

В то же время в учебном пособии, составленном коллективом курса паллиативной помощи кафедры онкологии ФППОВ Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, под ред. Г. А. Новикова и В. И. Чиссова. (2006), духовность понимается шире веры в Бога. Главное здесь – смысл, цель, одухотворённое отношение к людям, всему живому, событиям. Авторы различают *духовные* и *экзистенциальные* переживания терминальных больных. Если у больного не удаётся обычными способами снять боль, следует предположить у него «вероятность скрытых духовных или экзистенциальных проблем». Всё тут, как считают авторы, глубоко по-разному. Некоторые пациенты в ожидании чуда разочаровываются в своей религиозной вере. Важно поддерживать у них веру встречами с духовными наставниками, священнослужителями [с. 157-159]. Как бы подспудно ставится вопрос и о медицински-духовной помощи пациентам, не способным или мало способным по своей природе к религиозным переживаниям.

Юрий Иосифович Полищук (2010) также говорит о *духовности* в широком понимании. «Духовность является идеальным свойством человека, ядром его личности. Она проявляется в направленности сознания, мышления и чувств к высшим ценностям – моральным, эстетическим, научным, культурным, религиозным, к идеалам, смыслам, мировоззренческим принципам, в стремлении человека к самопознанию и самосовершенствованию» [с. 8]. Иные

пациенты, сообразно своей характерологической природе, находят смысл «за пределами гробовой доски» (Гнездилов А. В., 2002 а) не в вечной жизни души как таковой, а в известном продолжении жизни души в воспоминаниях близких, в опубликованной статье, рассказе, в нарисованной по-своему картинке, на которую, может быть, будут смотреть правнуки. Не все могут почувствовать изначальность-вечность Духа. И Гнездилов понимает, как всё тут разнообразно.

Всё это для нас очень важно – учитывая нерелигиозность многих наших российских пациентов, неспособность их так чувствовать, чтобы полюбить смерть как истинное «приобретение» (Апостол Павел), как начало подлинной жизни. Они тревожно вспоминают горькое гоголевское о смерти Акакия Акакиевича: «И Петербург остался без Акакия Акакиевича, как будто бы в нём его и никогда не было».

О терапии творческим самовыражением (М. Е. Бурно)

В «Психотерапевтической энциклопедии» (2006), «Психологическом лексиконе» (2007) и некоторых других изданиях, диссертационных работах этот клинико-психотерапевтический метод разрабатывается уже более 20 лет и связывается с именем автора, поскольку это не вариант арт-терапии (см. об этом – Копытин А. И., 2001, с. 62) и сам термин «терапия творческим самовыражением» понимается в мире и нередко у нас сейчас весьма широко. Подробно об этом методе-школе (с большой библиографией публикаций и диссертационных работ), о сегодняшнем применении метода в различных областях медицины – в книге М. Е. Бурно (2009). Здесь отметим лишь существо этого метода, показанного для разнообразных пациентов и здоровых людей с душевными трудностями, объединённых более или менее тягостным переживанием своей неполноценности, несостоятельности, известной беспомощности (дефензивность).

Существо метода, автором которого является известный московский врач психиатр-психотерапевт, доктор медицинских наук, профессор Марк Евгеньевич Бурно, состоит в возможном посильном познании под руководством психотерапевта особенностей своего характера в сравнении с другими характерами, элементов естествознания, психиатрии, психотерапии – в разнообразном творческом самовыражении: для того, чтобы чувствовать себя, понимать и быть собою, сообразно своей природе со своим смыслом и целительным вдохновением в душе. Если в экзистенциальной психотерапии Франкла Смысл понимается как изначальная духовная сила, ниспосылаемая в нас, и надобно её искать в себе, то в ТТСБ Смысл открывается в нашем вдохновении и отвечает особенностям нашей природы, которая есть его основа, как и основа вдохновения. Кстати, в ТТСБ оказалось возможным найти место и для клинически преломленной экзистенциальной психотерапии (Сосновская К. Ю., 2007). В отечественной паллиативной онкологии уже ряд лет существует потребность в отечественной клинической терапии духовной культурой. До настоящего времени не разработаны подходы к конструированию лечебно-реабилитационных программ терапии и реабилитации искусством (Сидоров П. И., Миткевич В. А., Задорина Е. Л., 1998), а опыт применения творческих методов терапии больных представлен, в основном, в работах зарубежных исследователей (Rykov M., Salmon D., 1996) (Биктимиров Т. З., Модников О. П., 2000).

В известном американском руководстве по паллиативной психиатрии, на которое мы уже опирались (*Handbook of Psychiatry in palliative medicine*, 2000), Edwin H. Cassen (Эдвин Кессим) подчёркивает, что пациентам надо помочь как можно дольше чувствовать себя собою в самом конце жизни (это входит в существо ТТСБ – Т. О.), важно одобрить и отпраздновать в это время ценность именно этой прожитой жизни. Автор даже полагает, что и «нет «лучшего» способа умереть» [р. 15-16].

Георгий Андреевич Новиков и Александр Николаевич Великолуг («Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным», Т. II., 2004) отмечают, что в процессе их собственных исследований в паллиативной онкологии выяснилось, что больные тянутся **«к самореализации, достижению успеха и удовлетворению потребностей в противодействие к средовым факторам, ограничивающим самореализацию»** [р. 198].

Юрий Васильевич Гуров (2004) в своём разделе в этом же томе курса лекций пишет: «По современным представлениям, не столько трудотерапия (как чистое отвлечение от реалий в состоянии больного), сколько активный творческий труд, побуждающий к самовыражению,

раскрытию внутренних духовных сил больного, является максимально действенным компонентом в данном направлении. Ситуация в онкологической патологии тем более должна быть направлена на творческий компонент деятельности на реализацию замысла, на путь к успеху – ведь конечный результат нередко весьма ограничен общим состоянием больного» [с. 218].

ТТСБ применяется в медицине не только в психиатрии и наркологии, но и в неврологии, кардиологии, фтизиатрии, эндокринологии, офтальмологии, гастроэнтерологии, дерматологии, гериатрии, курортологии, при лечении аутоиммунных заболеваний, сколиоза у детей и т. д. (Бурно М. Е., 2009, с. 180-181).

Впервые стал применять ТТСБ в паллиативной онкологии, как мы уже отметили выше, М. Н. Панков (1997), включив метод (элементы метода) в модель позитивной психотерапии Н. Пезешкиана. Одну из 4-х сфер деятельности в этой базовой модели («Работа/Достижения») автор конкретизирует следующим образом: «Осознание своей новой социальной роли; оживление, раскрытие нереализованных творческих мотиваций (Терапия творческим самовыражением по М. Е. Бурно)» [с. 11].

Необходимо также упомянуть работу педагога-художника Юлии Валерьевны Поздняковой (2005) о применении элементов ТТСБ в реабилитационной работе с детьми в онкологическом центре, хотя это и не относится к нашей теме: у этих выздоравливающих детей, к счастью, впереди – жизнь.

О варианте ТТСБ для применения в паллиативной онкологии

Наш выбор метода терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно с разработкой его облегченного краткосрочного (двухнедельного) варианта для применения в паллиативной онкологии был обусловлен обнаруженной дефензивностью терминальных онкологических больных. Несмотря на свою краткосрочность (5 психотерапевтических сессий), наш вариант ТТСБ (как и любой другой этого метода) реализует цель помочь человеку почувствовать и осознать себя неповторимым собою, обрести *свое*, свойственное *своей* природе творческое вдохновение, *свою* неповторимую, вдохновенно-творческую жизненную дорогу, свой смысл завершающего жизнь периода. Постигая *общее* (известные природные характеры с их особенностями), опираясь на эти общие ориентиры, человек приходит к ощущению своей неповторимости. Чувство-понимание того, чем я не похож на других людей с таким же характером, в чем я неповторим, и есть творческое вдохновение, душевный свет, в котором живут любовь (в том числе, просто доброжелательное отношение ко всему вокруг с поиском хорошего) и живёт смысл (Бурно М. Е., 2009, с. 152).

Краткое обозначение тем занятий.

1-е занятие – объяснение ожидаемого эффекта от проведения творческих занятий; поиск созвучного в парах репродукций картин художников с различными мироощущениями (материалистическим и идеалистическим).

2-е занятие – выявление основного характерологического радикала пациента, его склонности к тому или другому мироощущению, выбор созвучного из репродукций картин художников с различными характерами, прояснение характерологического портрета семьи пациента с коррекцией (при необходимости) внутрисемейной ситуации.

3-е занятие – мастерская ТТСБ по творческому выбору созвучных предметов природы – камней, раковин, живых цветов в горшках и засушенных в гербариях растений с рассказом врачу о своих чувствах, воспоминаниях, возникших по поводу возникшего душевного созвучия с выбранными предметами.

4-е занятие – мастерская ТТСБ по творческому выбору созвучных репродукций фотопейзажей, созданных фотографами с материалистическим и идеалистическим мироощущением, или созвучных репродукций картин художников с различными мироощущениями на тему природы.

5-е занятие – мастерская ТТСБ по творческому общению с произведениями живописи на религиозную тему художников, имеющих различные мироощущения, творческому выбору созвучного из пары репродукций художественных произведений, определение пациентом своего типа духовности. Обсуждение с пациентом возможностей продолжения использования приемов ТТСБ в домашних условиях с целью профилактики и лечения расстройств настроения.

Медицинская аппаратура в процессе психотерапевтических занятий не применяется. Для работы с пациентами используются репродукции картин известных художников, фотографии с видами природы, магнитофон, предметы природы (цветы в горшках и в гербарии, минералы, ракушки и т.д.), пластилин, карандаши, краски.

ТТСБ отличается своей клинической самостоятельностью от арт-терапии, которая помогает человеку художественно выразить и понимать с помощью той или иной психологической концепции свои ранее неосознаваемые душевные конфликты, свой внутренний мир. *Арт-терапия* – это, в основном, изобразительное творчество, в котором пациент имеет возможность выразить свои душевные конфликты, бессознательные желания, духовные устремления. Его живописные или скульптурные произведения интерпретируются психотерапевтом согласно какой-либо психодинамической, экзистенциальной концепции, что может принести пациенту облегчение через осознание этого внутреннего конфликта, позволить каким-либо образом отреагировать его. Для наших ослабленных больных, имеющих в большинстве своем материалистическое мироощущение, **даже щадящий вариант психоанализа в виде системной семейной психотерапии (расстановки с помощью фигурок) оказывается утомительным и пугающим**, что затрудняет, как следует из нашего опыта, его сколько-нибудь широкое применение в паллиативной онкологии.

ТТСБ не является вариантом древней *терапии увлеченностью*. При этом виде психотерапии человек побуждается к разнообразным творческим занятиям, чтобы душа его засветилась радостью от пения и танцев, игр с клоунами, общения с милыми, смешными животными и т. д. Этот вид терапии требует достаточной телесной крепости от пациента и предполагает освоение им новых интересных дел. Наш вариант ТТСБ отличается от терапии увлеченностью тем, что больной, оживляясь душой, исследует себя через неутомительный выбор того, что ему ближе и созвучнее, как бы собирает свой единый образ, «рассыпанный» в телесном и душевном страдании. Возникающее при этом вдохновение сохраняется и может усиливаться повторением созвучных, полюбившихся ему творческих занятий, очень простых, на которые хватает сил даже в состоянии выраженной астенизации.

В связи с тяжестью соматического состояния мало кто из наших больных может писать, рисовать, лепить из пластилина, многие не в состоянии читать, сколько-нибудь длительно удерживать внимание в разговоре на том, что не касается их непосредственно, не оживляет их эмоционально именно здесь и сейчас. Больные могут, не утомляясь, рассматривать, держа в руках, репродукции картин или фотографий пейзажей, наклеенные на картон, брать в руки небольшие камни, ракушки, рассматривать и дотрагиваться до засушенных растения и живых цветов в горшках (при нейропатиях верхних конечностей осуществлять контакт с предметами природы помогает врач).

В связи с быстрой утомляемостью пациентов наш вариант ТТСБ не предполагает подробное изучение характеров, мы лишь обсуждаем, при необходимости, имеющиеся у них основные характерологические особенности (дефензивные, агрессивные черты характера и т.д.), психопатологическую клинику (астенический синдром, вегетативные компоненты тревожно-депрессивных расстройств, пугающие их галлюцинации при делириозном состоянии). Суть ТТСБ при этом остается прежней и в упрощенных занятиях – усиленное изучение в различном творческом самовыражении своего мироощущения, характера как совокупности природных особенностей, которыми человек открывается миру. Наглядно, в зримом сравнении представленных рядом противоположностей (картин художников с разными мироощущениями, разнообразных по виду предметов природы) происходит творчество выбора созвучного себе. Нахождение пациентом своего аутистического, психастенического и т.д. характерологического, мировоззренческого круга, своего родственного сообщества, облегчает понимание и принятие себя – неповторимого психастеника, неповторимого аутиста и т.д.

Прийти к пониманию себя помогает необременительное для пациента, совместное изучение с ним особенностей мироощущения, характера художника, зримо проявляющихся в выбранной созвучной картине. Рассказом об особенностях характеров разных художников побуждаем больного к творческому рассказу о себе, о своей жизни, о самом важном в ней, что было раньше и есть сейчас – все это для лучшего понимания себя, своих характерологических особенностей, для светлой, содержательной встречи с собой, в которой живет Любовь и

собственный Смысл. Через подражание (в нашем варианте ТТСБ – через творческий выбор и рассматривание-созерцание созвучного, близкого себе), доступное даже сильно ослабленным пациентам, появляется возможность ощутить свое вдохновение, которое является переживанием своего неповторимого «Я», тяготеющего к той или иной характерологической группе, тому или иному мироощущению. Этим «прояснением» себя для себя и для близких людей поддерживаются приспособительные силы психики болеющего человека. Становится понятнее-яснее, как сейчас жить согласно этим своим особенностям, своему проявившемуся мироощущению.

Одним из самых простых приемов, не напрягающим психику, является рассматривание вместе с больными картин художников реалистического и идеалистического мироощущения. Реалистические картины из тех, которые всем хорошо знакомы, из школьного букваря, «Родной речи» – картины Шишкина, Поленова, Левитана, Саврасова, Пластова, из менее знакомых – картины Клода Моне. Картины художников-материалистов сравниваются с картинами художников с идеалистическим мироощущением – Сезанна, Врубеля, Шагала. Просим выбрать – что ближе, что созвучнее, как бы сами нарисовали, если бы умели, в какой картине «больше» Вас? При этом сравнении у человека всегда в той или иной степени возникает творческий подъем, происходит оживление его индивидуальности, которая является единственным «инструментом» сравнения. На высказанный и даже не высказанный вопрос больного – зачем ему жить сейчас, зачем терпеть эти страдания? – помогает ответить чувство творческого вдохновения.

Случается и такое, что пациент в процессе занятий начинает понимать свое религиозное мироощущение, находит свой путь к Богу и решает встретиться со священником или же остаться просветленным материалистом. Этому может способствовать занятие по творческому сравнению с выбором созвучного из пары картин – «Христос в пустыне» И. Н. Крамского с реалистичным изображением Христа или иконы «Спас» Андрея Рублева. Дух на иконе Андрея Рублева изображен как подлинная реальность, подлинная истина, и умирать с этой открывшейся кому-то его собственной правдой становится не слишком страшно. А если созвучен нерелигиозный свет картины Крамского, то звучит другая истина – своего человеческого смысла, своего земного предназначения. Таким образом, оказывается возможным поиск себя вне изучения характерологии, а этот поиск и нахождение своего и есть глубинное существо ТТСБ.

Итак, основными приемами нашего варианта ТТСБ, адаптированными к работе с астенизированными, быстро истощающимися больными, склонными к мягким делириозным расстройствам, являются индивидуальные, ограниченные по времени психотерапевтические занятия с применением возможных здесь следующих выборочных методик терапии творчеством:

1) творческое общение с природой: пациенту предлагается почувствовать, осознать, что именно из окружающего (камни, ракушки, цветы в гербарии и в горшках, фотопейзажи фотографов-художников с различными мироощущениями) ему особенно близко, и к чему он равнодушен;

2) творческое общение с живописью (репродукции картин, в том числе на религиозные темы, художников различных характеров), литературой с осознанными поисками среди различных произведений культуры близкого, созвучного больному, помогающего чувствовать себя собою;

3) проникновенное, творческое погружение в прошлое с помощью рассказов о своем детстве, рассматривания фотографий родителей и других родственников, усиленного изучения истории своей семьи для более глубокого осознания собственной индивидуальности, своих «корней» и своей «неслучайности» в мире;

4) обучение творческому поиску одухотворенного в повседневном, необычного в обычном;

5) для менее астенизированных и склонных к литературному творчеству пациентов – ведение дневника или иного рода повседневных записей с включением в них элементов творческого отношения к своим воспоминаниям, к тем или иным событиям жизни, произведениям литературы, с возможным созданием творческих произведений (написание

мемуаров, творческое описание фотографий семейного фотоальбома, рисование, сочинение стихотворений и др.) с целью выражения для людей особенностей своей личности – своеобразный подарок себя миру;

б) обучение «творческим путешествиям» (по фотографиям, сборникам живописи, на кратких возможных прогулках во дворе больницы, около своего дома, по улицам и даже за город) с целью выявления своего (творческого) отношения к окружающему, вдохновенного познания собственной личности.

Перечисленные методики терапии творчеством в процессе лечения часто переплетаются между собой в соответствующей индивидуальной, разъяснительной работе психотерапевта. Учитывая степень астенизованности пациентов, производится необходимое упрощение занятий с «дроблением» методик терапии творчеством на частицы (более или менее легко усвояемые).

В заключение отметим, что нами впервые разработан и внедрен (не имеющий аналогов) краткосрочный (двухнедельный) вариант терапии творческим самовыражением М. Е. Бурно (ТТСБ) для применения в паллиативной онкологии, с помощью которого врач-психотерапевт способен помочь улучшить качество душевной (психической) и духовной жизни пациентов, находящихся в IV стадии онкологического заболевания.

Данный вариант ТТСБ показан для пациентов с дефензивными переживаниями (переживания своей неполноценности, несостоятельности, беспомощности, иногда – бессмысленности прожитой жизни), составляющих основное большинство среди онкологических терминальных больных, и до последнего сохраняющих характерологически самими собою.

Клинико-психопатологическими расстройствами, так же предрасполагающими к применению данного метода-варианта, являются известные, обнаруженные и здесь:

- 1) органические эмоционально-лабильные (астенические) расстройства (F 06.67);
- 2) невротоподобные реакции на соматически отягощённой почве (F 54);
- 3) мягкие делириозные расстройства (F 05.07).

Существо данного варианта терапии творческим самовыражением М.Б. Бурно состоит в посильном изучении с пациентами в творческом самовыражении особенностей их мироощущения и характера (личностной почвы) с целью обрести посильное творческое вдохновение (или его элементы), свойственное конкретному мироощущению больного, с его убежденностью в бесценности прожитой жизни и сегодняшних или прежних теплых отношений с близкими людьми.

Основными особенностями данного варианта ТТСБ являются:

1) упрощённое, своеобразно приспособленное для ослабленных пациентов, применение, в основном, методик терапии творческим общением с природой и искусством, оживляющих индивидуальность смыслом и любовью к миру;

2) углублённо-неназойливое, с помощью особых методик терапии творчеством (сравнение с выбором созвучного картин художников, камней, ракушек и т. д.), способствование проникновению своим собственным мироощущением (одухотворённо-материалистическим, идеалистическим, мозаичным) – с целью укрепиться в особом, личностном, смысле своей жизни с возникновением в некоторых случаях самостоятельного желания посоветоваться со священником, приходящим к больным в отделение;

3) способствование элементарному постижению характеров, мироощущений в творческом самовыражении, что помогает теплее сблизиться с дорогими людьми, семейными домашними животными;

4) способность помочь ощутить известный покой и умиротворенность при прощании с миром (если умирающий осознает свой уход из жизни) или (если не осознает) клинически-гиппократовски оставить его в неведении того, что ему предстоит.

Терапевтическая эффективность разработанного метода-варианта доказывается субъективно-одухотворенно-содержательными благотворными переживаниями больных, которые невозможно объяснить иными способами помощи, и также доказывается всем комплексом методов измерения эффективности лечения.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
2. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. - М.: Прогресс-Культура; Изд-во Агентства Яхтсмен, 1995. – 608 с.
3. Ануфриев А. К. О современной психосоматике (по поводу книги В. Брейтигама и П. Кристиана «Психосоматическая медицина» 1986) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1991. – № 9. – С. 124-127.
4. Арьев А. Л., Гнездилов А. В. Этнические особенности психотерапии у людей пожилого возраста в условиях хосписа в Санкт-Петербурге // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2000. – № 1. – С. 131.
5. Ахмедов Т. И., Балабуха О. С. Онкологические заболевания с позиций общей теории систем и психологического подхода // Медицинская психология. – 2006. – № 4. – С. 16-19.
6. Белинский В. Г. Петербург и Москва // Физиология Петербурга: сборник. – М.: Советская Россия, 1984. – С. 42-72.
7. Биктимиров Т. З., Модников О. П. Клиническая психология и психотерапия в онкологии, паллиативной помощи и паллиативной медицине // Психотерапия и клиническая психология в общемедицинской практике. - СПб.; Иваново, 2000. – С. 240-245.
8. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. - М.: Академический проект: Деловая книга, 2006 б. – 800 с.
9. Бурно М. Е. Клинический театр-сообщество в психиатрии: руководство для психотерапевтов, психиатров, клинических психологов и социальных работников. - М.: Академический проект, 2009. – 719 с.
10. Бурно М. Е. О характерах людей (психотерапевтическая книга). - М.: Академический Проект: Фонд «Мир», 2008. – 639 с.
11. Бурно М. Е. Случай психотерапии безнадежной раковой больной // Актуальные вопросы психоневрологической помощи. - Владивосток: МЗ РСФСР: Приморское общество невропатологов и психиатров, 1984. – С. 65-68.
12. Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. – М.: Академический Проект, 2006. – 432 с.
13. Василюк Ф. Е. Переживание и молитва. – М.: Смысл, 2005. – 191 с.
14. Великолуг А. Н., Панков М. Н. Медико-социальная реабилитация пациентов Архангельского Хосписа // Экология человека. – 1997. – № 1. – С. 29-30.
15. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону: в 7 кн. - М.: Практика: Мак-Гроу-Хилл, 2005. Кн. 2: Медицинская генетика. Клиническая фармакология. Питание. Онкология и гематология. – 510 с.
16. Воскресенский Б. А. Духовное как лечебно-реабилитационный фактор // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: материалы Общерос. конференции РОП. - М.: МЗ и СР РФ, МНИИП, РОП, 2004. – С. 135-136.
17. Воскресенский Б. А. О некоторых проблемах клинической психиатрии и психологии в современных социально-экономических условиях // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: материалы Рос. конференции психиатрии. - М.: МЗ и СР РФ, МНИИП, РОП, 2007. – С. 181.
18. Вуд М. Э., Банн П. А. Секреты гематологии и онкологии. – М.: Бином; СПб.: Невский диалект, 2001. – 560 с.
19. Гамли М. Принципы и философия хосписов и паллиативной медицины / М. Гамли, В. Бик, В. Чупятова. – М.: БЭРР Траст, 1994. – 35 с.
20. О некоторых психиатрических и психологических аспектах онкологии / В. Н. Герасименко, В. В. Марилов [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1978. – Т. 78 (9). – С. 1399-1408.
21. Гнездилов А. В. Авторская сказкотерапия. Дым старинного камина (сказки доктора Балугу). – СПб.: Речь, 2002 б. – 292 с.
22. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь: пособие по паллиативной

медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. – СПб.: Речь, 2002 а. – 162 с.

23. Григалюнайте-Плерпене В. Использование арт-терапии с психосоматическими заболеваниями в условиях реабилитационного центра // Исцеляющее искусство. – 2008. – Т. 11, № 3. – С. 35-52.

24. Гуров Ю. В. Психическая патопластика у онкологических больных и подходы к её коррекции // Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. - М.: Медицина за качество жизни, 2004. – Ч. II. – С. 206-227.

25. Давыдов М. И. Психоонкология // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 3.

26. Дунаевский И. В., Беляев Д. Г. Место религии в паллиативном лечении онкологических больных // Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении: материалы I Конгресса (Ялта, апр. 1996 г.). – Ялта. – С. 8-9.

27. Епископ Иона, Левина Т. А. Опыт работы городской больницы № 2 с Астраханской епархией русской православной церкви // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997. – № 2 – С. 38-39.

28. Зельницкий Л. А., Стерлева Е. П. Проблема истинного диагноза в учреждениях паллиативной онкологии // Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении: материалы I Конгресса (Ялта, апр. 1996 г.). – Ялта. – С. 13-14.

29. Значение психологической реабилитации в онкологии / Б. Ю. Володин, Е. П. Куликов [и др.] // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1999. – № 3. – С. 23-28.

30. Золотова А. Н. Особенности психических расстройств у онкологических больных с метастатическим поражением головного мозга: клинико-диагностическое значение // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 26-30.

31. Игумнов С. А., Григорьева И. В. Интегративная психотерапия психических и поведенческих расстройств у пациентов, оперированных по поводу рака щитовидной железы // XV съезд психиатров России (Москва, 9-12 нояб. 2010 г.). – М.: МЕДПРАКТИКА – М, 2010. – С. 306-307.

32. Канарш Г. Ю. Социальная справедливость: философские концепции и российская ситуация. – М.: Изд-во Моск. гуманитар. ун-та, 2011. – 236 с.

33. Канарш Г. Ю. Теория справедливости в зеркале национального характера (о некоторых западных и российских особенностях морального мышления) // Философия и культура. – 2010. – № 11 (35). – С. 93-102.

34. Канарш Г. Ю. Философская дискуссия о справедливости в контексте идей психиатрии и социальной психологии // Психотерапия. – 2007. – № 12. – С. 36-40.

35. Касимова Л. Н., Илюхина Т. В. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 21-25.

36. Карпов В. П. Гиппократ и Гиппократов сборник: вступительная статья // Гиппократ. Избранные книги: пер. с греч. В. И. Руднева. – М.: Гос. изд-во биологич. и медицин. литературы, 1936. – С. 9-81.

37. Концевой В. А. Критика герменевтических и телеологических методических подходов в психосоматике, ориентирующейся на психоанализ: реферат работы: Н. J. Muller. Methodenkritische... / В. А. Концевой // Моск. реферативный журнал, раздел XIV. – 1978. – Вып. 9. – С. 3.

38. Копытин А. И. Искусство в лечении цветом: трансатлантический диалог / Ed. Dee Spring. Springfield, Ill: Charles C. Thomas, 2006 // Исцеляющее искусство. – 2007. – Т. 10, № 2. – С. 77-82.

39. Копытин А. И. Системная арт-терапия: теоретическое обоснование, методология принятия, лечебно-реабилитационные и дестигматизирующие эффекты: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04. – СПб., 2010. – 50 с.

40. Корж С. Б. Деонтология в онкологии. – Минск: Беларусь, 1975. – 88 с.

41. Кречмер В. Спонтанные переживания и действия // Независимый психиатр. журнал. – 1994. – Вып IV. – С. 5-12.

42. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным / под ред. Г. А. Новикова, В. И. Чиссова, О. П. Модникова. – М.: Общерос. Общественное Движение «Медицина за качество жизни», 2004. – Т. 1. – 656 с.
43. Ласовская Т. Ю. Особенности проведения музыкотерапии у онкологических больных // Паллиативная медицина и реабилитация, 1998. – № 2-3 – С. 171.
44. Лаукс Г. Психиатрия и психотерапия: справочник / Г. Лаукс, Х. Меллер, М. Фрик. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 512 с.
45. Левин С. Кто умирает? - Киев: София, 1996. – 352 с.
46. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. - СПб.: СПбНИИ им. В. М. Бехтерева, 2000. – 288 с.
47. Макаров В. В. Психотерапия нового века. - М.: Академический проект, 2001 а. – 496 с.
48. Макаров В. В. Клиническая психотерапия сегодня // Успехи теоретической и клинической медицины: материалы науч. исследований Российской медицинской академии последиplomного образования. – М.: МЗ РФ, РМАПО, 2001 б. – Вып. 4. – С. 148-149.
49. Макаров В. В. Психотерапия в Российской Федерации // Профессиональная Психотерапевтическая газета. – 2002 а. – № 3. – август. – С. 1, 3-11.
50. Макаров В. В. Прошлое и психотерапия новой волны: состояние и перспективы развития кафедры психотерапии и медицинской психологии Российской медицинской академии последиplomного образования // Вопросы ментальной медицины и экологии. – М.; Павлодар. – 2002 б. – Т. VIII, № 1. – С. 15-19.
51. Макаров В. В. Психотерапия в Российской империи, Советском Союзе и Российской Федерации // Психотерапия. – 2003. – № 1. – С. 28-36.
52. Менегетти А. Психосоматик. - М.: ННБФ Онтопсихология, 2003. – 328 с.
53. Митрополит Антоний Сурожский. Жизнь, болезнь, смерть. – М.: Зачатьевский монастырь, 1995. – 120 с.
54. Мищук Ю. Е., Ширяев О. Ю. Особенности психологического состояния больных раком молочной железы // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: материалы Рос. конференции. – М.: МЗ РФ, МНИИП, РОП, 2004. – С. 154.
55. Морозов В. М. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. – М.: Медгиз, 1961. – 268 с.
56. Морозов В. М. Избранные труды. - М.: Медиа Медика, 2007. – 292 с.
57. Налчаджян А. А. Загадка смерти. Очерки психологической танатологии. - / А. А. Налчаджян. – СПб.: Питер, 2004. – 224 с.
58. Невярович В. К. Терапия души. (Святоотеческая психотерапия). - Воронеж: МОДЭК, 1997. – 240 с.
59. Нифф Шон Мак. Целостное восприятие арт-терапии // Исцеляющее искусство. – 2005. – Т. 8, № 1. – С. 10-23.
60. Новиков Г. А., Великолуг А. Н. Психотерапевтические аспекты реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным // Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным / под ред. Г. А. Новикова, В. Н. Чиссова, О. П. Модникова. – М.: Медицина за качество жизни, 2004. – Т. II. – С. 197-205.
61. Нозогенные реакции у больных раком желудка / А. Б. Смулевич [и др.] // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 4-10.
62. Онкология / под ред. Д. Касчиато / Серия «Зарубежные практические руководства по медицине» № 12. – М.: Практика, 2008. – 1039 с.
63. Опыт введения в современную психоонкологию / Дж. Холланд, Л. Леско [и др.] // Независимый психиатрический журнал. – 1995. – Вып. IV. – С. 9-17
64. Паллиативная помощь онкологическим больным / под ред. А. Салмон. – М.: Первый Московский хоспис, 1999. – 220 с.
65. Панков М. Н. Возможности позитивной психотерапии в жизнеобеспечении терминальных онкологических больных: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 05.26.02. - Архангельск, 1997. – 21 с.

66. Панков М. Н., Шрага М. Х. Психосоциальная реабилитация пациентов Архангельского Хосписа // Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении: тезисы докладов междунар. конференции / под ред. В. И. Чиссова. – М., 1996. – С. 174-175.
67. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. - М.: Медицина, 1996. – 464 с.
68. Петров Р. В. (священник Ростислав). Духовная помощь неизлечимым раковым больным // Паллиативная медицина и реабилитация, 1998. – № 2-3 – С. 174.
69. Позднякова Ю. В. О психотерапевтической работе с детьми в отделении реабилитации онкологического центра с применением элементов терапии творческим самовыражением // Психотерапия. – 2005. – № 8. – С. 34-35.
70. Попова М. С. Депрессивные состояния, возникающие у больных после тотального удаления гортани по поводу злокачественного новообразования // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1976. – № 6. – С. 890-894.
71. Полищук Ю. И. Духовное измерение в психиатрии. - М.: Цифровичок, 2010. – 142 с.
72. Приленский Б. Ю. Клиника, систематика, динамика, пограничных психических расстройств при урологических заболеваниях и анализ невротических механизмов: автореф. дис. ... д-ра мед. Наук. - Томск, 2001. – 45 с.
73. Психологический лексикон: энциклопедический словарь: в 6 т. / под ред. А. В. Петровского, Л. А. Карпенко. Общая психология / под ред. А. В. Петровского. – М.: ПЕР СЭ, 2005. – 252 с.
74. Психологический лексикон: энциклопедический словарь в 6 т. / под ред. А. В. Петровского, Л. А. Карпенко. Клиническая психология / под ред. Н. Д. Твороговой. – М.: ПЕР СЭ, 2007. – 416 с.
75. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б. Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2006. – 944 с.
76. Психотерапия: учебник для врачей-интернов высш. медицинских учеб. заведений III-IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов [и др.]. – Харьков: Око, 2002. – 768 с.
77. Психоэмоциональные особенности женщин с онкологическими заболеваниями во время беременности / Д. Ф. Хритинин, Ж. Р. Гарданова [и др.] // XV Съезд психиатров России. – М.: МЕДПРАКТИКА – М, 2010. – С. 124.
78. Пэрриш-Харра Кэррол У. Смерть и умирание: новый взгляд на проблему. - М.: Ин-т общегуманитар. исследований, 2003. – 224 с.
79. Ратнер Г. Л. Имеет ли врач право на эвтаназию больного? // Паллиативная медицина и реабилитация. – 1997. – № 3 – С. 24-26.
80. Розаль М. Сравнительный анализ британского и американского стилей групповой арт-терапии // Исцеляющее Искусство. – 2007. – Т. 10, № 3. – С. 4-23.
81. Ромасенко В. А., Скворцов К. А. Нервно-психические нарушения при раке. - М.: Медгиз, 1961. – 388 с.
82. Рожнов В. Е., Бурно М. Е. Учение о бессознательном и клиническая психотерапия: постановка вопроса // Бессознательное: природа, функции, методы исследования / под ред. А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Бассина. – Тбилиси: Мецниереба, 1978. – Т. 2. – С. 346-353.
83. Рожнов В. Е. Медицинская деонтология и психотерапия // Руководство по психотерапии. - Ташкент: Медицина, 1985. – С. 7-19.
84. С собой и без себя. Практика экзистенциально-аналитической психотерапии: сборник статей / С. В. Кривцова, А. Лэнгле. – М.: Генезис, 2009. – 279 с.
85. Савин А. В. Очерки по психотерапии. - М.: Гриф и К, 2005. – 152 с.
86. Саймонтон К. Как снова стать здоровым / К. Саймонтон, С. Метьюс-Саймонтон, Дж. Крейтон. – Ташкент: Путь, 1995. – 200 с.
87. Самушия М. А. Нозогенные реакции у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы // Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы: материалы общерос. конференции / под ред. В. Н. Краснова. – М.: МЗ и СР РФ, МИИП, РОП, 2008. – С. 96-97.
88. Самушия М. А., Мустафина Е. А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со

злокачественными опухолями органов репродуктивной системы // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 11-16.

89. Симак Л. В. Особенности оказания психологической помощи онкологическим больным // Психотерапия. Приложение к журналу. Материалы конференции «Настоящее и будущее психотерапии и психологического консультирования на Юге Российской Федерации». – Краснодар, 2009. – С. 79-80.

90. Скворцов К. А. Психика соматического больного // Соматопсихические расстройства. – М.: Изд-во АМН СССР, 1946 а. – С. 11-15.

91. Скворцов К. А. Расстройство психики при раковой болезни // Соматопсихические расстройства. – М.: Изд-во АМН СССР, 1946 б. – С. 16-23.

92. Скрыбин Д. А. Нозогенные реакции при раке поджелудочной железы // Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы: материалы общерос. конференции / под ред. В. Н. Краснова. – М.: МЗ и СР РФ, МИИП, РОП, 2008. – С. 100-101.

93. Скрыбин Д. С. Эндоформные аффективные нозогенные реакции при раке поджелудочной железы // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах: материалы общерос. конференции / под ред. В. Н. Краснова. – М.: МЗ и СР РФ, МИИП, РОП, 2009. – С. 53.

94. Смуглевич А. Б. Психосоматическая медицина // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 1. – С. 3-10.

95. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации / Г. А. Новиков, С. В. Рудой [и др.] // Медицина и качество жизни, 2010. – № 3. – С. 8-14.

96. Сондерс С. Помощь умирающим // Здоровье мира. – 1982. – № 11. – С. 16-19.

97. Сосновская К. Ю. Терапия творческим самовыражением (ТТС) как метод. Экзистенциально-феноменологический подход // Экзистенциальная традиция: философия, психология, психотерапия. – 2007. – Вып. 2 (11). – сент. – С. 103-109.

98. Спиртус А. М. Универсальная гипнотерапия в решении лечебно-реабилитационных задач у пациентов с онкологическими заболеваниями // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах: материалы общероссийской конференции. – М.: МЗ и СР РФ, МИИП, РОП, 2009. – С. 267.

99. Тарабрина Н. В., Падун М.А., Ворона О. А. Взаимосвязь когнитивно-личностных особенностей онкологических больных с параметрами посттравматического стресса // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: материалы общерос. конференции. – М.: МЗ и СР РФ, МИИП, РОП, 2004. – С. 168.

100. Тарабрина Н. В., Курчакова М. С. Опыт оказания психологической помощи в процессе психофизиологического обследования больных раком молочной железы // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных: материалы общерос. конференции. – М.: МЗ и СР РФ, МИИП, РОП, 2006. – С. 358-359.

101. Тарабрина Н. В., Курчакова М. С. Психофизиологические корреляты посттравматического стресса у онкологических больных // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – № 4. – С. 17-23.

102. Твайкросс Р., Фрамpton Д. Р. Введение в паллиативное лечение. – М.: Центр Сотрудничества ВОЗ по паллиативному лечению. Собелл Паббликейшн, 1992. – 35 с.

103. Франкл В. Человек в поисках смысла. – М.: Прогресс, 1990. – 368 с.

104. Хаген Л. Арт-терапия и медицина // Исцеляющее искусство. – 2008. – Т. 11, № 1. – С. 41-57.

105. Хайгл-Эверс А. Базисное руководство по психотерапии: пер. с нем. / А. Хайгл-Эверс, Ф. Хайгл, Ю. Отг. – СПб.: Восточно-Европейский Ин-т Психоанализа: Речь, 2002. – 784 с.

106. Хойфт Г. Геронтопсихосоматика и возрастная психотерапия: учеб. пособие для вузов: пер. с нем. / Г. Хойфт, А. Крузе, Г. Радебольд. – М.: Академия, 2003. – 370 с.

107. Шаверен Дж. Умирающий пациент в психотерапии. Желания. Сновидения. Индивидуация. – М.: Когито-Центр, 2006. – 318 с.

108. Шафигуллин М. Р. Паранойяльные нозогенные реакции у больных злокачественными новообразованиями желудка // Психические расстройства в общей медицине. – 2007 а. – № 3. – С. 16-20.
109. Шафигуллин М. Р. Нозогенные реакции у больных раком желудка // Взаимодействие науки и практики современной психиатрии: материалы Рос. конференции. – М.: МЗ и СР РФ, МИИП, РОП, 2007 б. – С. 94-95.
110. Шафигуллин М. Р. Нозогенные реакции при раке желудка // Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы: материалы общерос. конференции. – М.: МЗ и СР РФ, МИИП, РОП, 2008. – С. 107-108.
111. Шафигуллин М. Р., Маргарян А. Г. Психические расстройства, коморбидные злокачественным новообразованиям желудка // Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах: материалы общерос. конференции. – М.: МЗ и СР РФ, МИИП, РОП, 2009. – С. 63-64.
112. Шерток Л. Гипноз. - М.: Медицина, 1992. – 224 с.
113. Эриксон М. Гипнотическая техника «рассеивания» для коррекции симптомов и облегчения боли // Московский психотерапевтический журнал. – 1992. – № 1. – С. 97-122.
114. Эфевелон (венлафаксин) в терапии депрессивных расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями / С. В. Иванов, М. Р. Шафигуллин [и др.] // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 31-36.
115. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. - М.: Класс, 1999. – 576 с.
116. Altshuler M. The Part if Music Resocialisation of mental Patients // Occup Therapy and Rehab. – 1941. – P. 75-86.
117. Altschuler M. A psychiatrist's experience with Music as a Therapeutic Agent // Music and Medicine / M. Schullian, M. Schoen. – New York: Henry Schuman, 1948. – P. 266-281.
118. Alun J. Death, Poetry, Psychotherapy and Clinical Supervision (The Contibution of Psychodynamic Psychotherapy to Palliative Care Nursing) // Journal of Advanced Nursing. – 1997. – Vol. 25. – P. 238-244.
119. Anderson T. The use of cognitive behavioral therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study / T. Anderson, M. Watson, R. Davidson // Palliative Medicine. – 2008. – Vol. 22. – P. 814-821.
120. Benedetti G. The Structure of Psychosomatic Symptoms // The American Journal of Psychoanalysis. – 1983. – Vol. 45, № 1. – P. 57-70.
121. Bolmsjo I. Existential Issues in Palliative Care – Interviews with Cancer Patients // Palliative Care. – 2000. – Vol. 16, № 2. – P. 20-24.
122. Bourgeois Sharon, Johnson Amanda. Preparing for meaningful Practices in Palliative Care // Omega (USA). – 2004. – Vol. 49, № 2. – P. 99-107.
123. Breitbart William. Spirituality and Meaning in Supportive Care: Spiritually and Mameaning-centered Group Psychotherapy Interventions in Advanced Cancer // Support. Care Cancer. – 2002. – Vol. 10. – P. 272-280.
124. Cassem E. H. Care and Management of the Patient at the End of Life // Handbook of Psychiatry in Palliative Care / H. M. Cholinov, W. Breitweit. – New York: Oxford University Press, 2000. – P. 13-23.
125. Cathcart F. Lullamnet: Lullaby and Lament Therapeutic Qualities Actualized through Music Therapy // J. Hospice Palliative Care. – 2008. – Vol. 25, № 2. – Apr.-May. – P. 93-99.
126. Coward D. D. Facilitation of Self-transcendence in a Breast Cancer Support Group, II // Oncology. Nurs Forum. – 2003. – Vol. 30. – P. 291-300.
127. Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Invention for Patients near the End of Life / H. M. Chochinov, T. Hack [et al.] // J. Clin Oncology. – 2005. – Vol. 23. – P. 5520-5525.
128. Dunbar F. Emotions and Bodily changes. – New York, 1954 а.
129. Dunbar F. Mind and Body: Psychosomatic Medicine. – New York: Random House, 1947.
130. Dunbar F. Psychiatry in the Medical Speciality. – London-Toronto, 1954 в.
131. Grahn G. «Learning to Cope» – an Interview in Cancer Care // Support. Care Cancer. – 1993. – Vol. 1. – P. 266-271.

132. Greer S. Psycho-oncology: Its Aims, Achievements and Future Tasks // *Psycho-oncology*. – 1994, № 3. – P. 87-92.
133. *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine* / H. M. Chochinov, W. Breitbart. – Oxford, New York: Oxford University Press, 2000. – 436 p.
134. Hinton J. Bearing Cancer // *Brit. J. med. Psychol.* – 1973. – Vol. 46. – P. 105-113.
135. Hirai Kei. Professionally Perceived Effectiveness of Psychosocial Interventions for Existential Suffering of Terminally Ill Cancer Patients / K. Hirai, T. Morita, T. Kashiwagi // *Palliative Medicine*. – 2003. – N 17. – P. 688-694.
136. Home Care of the Cancer Patient: Proceedings of the American Cancer Society's State wide Conference (May 10, 1973). – Syracuse; New York, 1973. – 73 p.
137. Kaplan H. I. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry / H. I. Kaplan, B. J. Sadock, D. A. Grebb. – 7 ed. – Baltimore: Williams&Wilkins, 1994. – 1258 p.
138. Kennett G. E. Participation in a Creative Arts Project Can Foster Hope in a Hospice Day Center // *Palliative Medicine*. – 2000. – Vol. 14. – P. 419-425.
139. Klagsbrun S. Forty years of Death and Dying: Lessons Learned // *American Journal of Psychotherapy*. – 2010. – Vol. 64, № 2. – P. 115-126.
140. Kopytin A. Russian art therapy: problems and perspectives // *Arts-therapies-communication*. – Munster-Hamburg-London: Transactions publishers. – 2003 a. – P. 511-515.
141. Kopytin A. The Silver Drawing Test of Cognition and Emotion: standartisation in Russia // *Epistemology and practice of research in the arts therapies*. – Luxembourg: Fonds National de la Recherche. – 2002 б. – P. 75-92.
142. Levin T., Kissane W. D. Психонкология: состояние на 2006 г. (расширенный реферат) // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2007. – № 3. – С. 59-65.
143. Lidz T. General Concepts of Psychosomatic Medicine // *American Handbook of Psychiatry* / Silvano Arieti. – New York: Basic Books, inc. Publ., 1967. – Vol. 1. – P. 649-677.
144. Lobb E. Suffering, Loss and Grief in Palliative Care / E. Lobb, J. Clayton, M. Price // *Aust. Family Physician*. – 2006. – Vol. 35, № 10. – P. 772-775.
145. Meaning-centerde Psychotherapy for Patients wirh Advanced Cancer: a Pilot Randomized Controlled Trial / W. Breitbart, B. Posenfeld, C. Gibson [et al.] // *Psycho-Oncology*. – 2010. – Vol. 19. – P. 21-28.
146. Michiyo A., Tatsuya M. Efficacy of the Structured Life Review and Short-term Review on the Spiritual Well-being of Terminally Ill Cancer Patients // *Health*. – 2010. – Vol. 2, № 4. – P. 342-346.
147. Murata H., Morita T. Conceptualization of Psycho-existential Suffering by the Japanese Task Forse: the Fisrt Step Of nationwide Project // *Pattern of Palliative Care*. – 2006. – Vol. 4. – P. 279-285.
148. *Palliative Care: The Creative Response* / Ed. by M. Pratt, M. Wood. – New York, Routledge, 1998. – 2002 p.
149. Psychotherapeutic Interventions at the End of Life: a Focus on Meaning abd Sprirtualit / W. Breitbart, C. Gibson [et al.] // *Can. J. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 46, № 6. – P. 366-372.
150. Rech P. Psychoanalytische Zustände fur die Kunsttherapie // *Muzik-, Tanz- and Kunsttherapie. Zeitschrift fur Kunstlerische Therapien*. – 1991. – August, 2 Jahrgang. – S. 158-161.
151. Rose J. Musictherapie in der Oncologic – Concept and Revie / J. Rose, K. Brandt, J. Weis // *Psychother. Psych. Med*. – 2004. – Vol. 54. – S. 457-470.
152. Rousseau P. Spirituality and the Dying Patient // *J. Clinical Oncology*. – 2000. – Vol. 18. – P. 2000-2002.
153. Rutenberg M. Casting the Spilir: A Handmade Legacy // *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*. – 2008. – Vol. 25 (3). – P. 108-114.
154. Spira J. Existential Psychotherapy in Palliative Care // *Handbook of Psychiatry of Palliative Medicine* / Ed. by H. M. Chochinov, W. Breitbart. – New York: Oxford University Press, 2000. – P. 137-214.
155. Strada E. A. Preserving Life at the End of Life: Shifting the Temporal Dimension of Hope // *Journal Of Palliative and Supportive Care*. – 2008. – Vol. 6, № 2. – P. 187-188.

156. Strada E. A., Sourkes B. M. Psychotherapy in the Palliative Care Setting // Primary Psychiatry. – 2009. – Vol. 16 (5). – P. 34-40.
157. Turk D. C., Feldman C.S. Cognitive-Behavioral Approach to Symptom Management in Palliative Care // Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine // Ed. by H. M. Chochinov, W. Breitbart. – New York: Oxford University Press, 2000. – P. 223-239.
158. Tyler J. Nonverbal Communication and the Use of Art in the Care of the Dying // Palliative Medicine. – 1998. – Vol. 12. – P. 123-126.
159. Uchitomi Y. Music to My Ears Psycho-oncology: Human Side of Cancer Medicine // Journal Palliative Med. – 2004. – Vol. 7, № 6. – P. 868-869.
160. Vasquez M. J. Psychotherapy Termination: Clinical and Ethical Responsibilities / M. J. Vasquez, R. P. Bingham, J. E. Barnett // Journal Clinical Psychol. – 2008. – Vol. 64, № 5. – P. 53-665.
161. Voth M. H. Cancer and Personality // Perceptual and Motor Skills. – 1976. – Vol. 42. – P. 1131-1137.
162. Webster J., Kristajanson L. But Isn't It Depressing? The Vitality Palliative Care // Journal Palliative Care. – 2002. – Vol. 18, № 1. – P. 15-24.
163. Whitlock F. A Suicide, Cancer and Depression // Brit. Journal Psychiat. – 1978. – Vol. 132. – P. 269-274.
164. Wilder C. R. Hospital Narratives: «I Remember You» – a Brief Encounter in Palliative Care // J. Palliative Care. – 2004. – P. 57-58.
165. Zetl S. Spirituality, Psychotherapy and Music in Palliative Cancer Care: Research Projects in Psychooncology at an Oncology Center in Switzerland / S. Zetl, A. Menges-Beutel, U. Otto // Urologe A. – 2005. – Vol. 44. – S. 29-32.

Ссылка для цитирования

Орлова Т.В. Краткая история и современное состояние психотерапии в паллиативной онкологии. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 5. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: чч.мм.гггг).

Все элементы описания необходимы и соответствуют ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка" (введен в действие 01.01.2009). Дата обращения [в формате число-месяц-год = чч.мм.гггг] – дата, когда вы обращались к документу и он был доступен.