

**БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНАЯ И СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ  
РАЗВИТИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:  
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД**

*В статье рассматривается интеграция синергетического подхода с биопсихосоциодуховным подходом в психотерапевтическом сопровождении онкологического заболевания. Использование фрактальной диагностики позволяет оценить степень развития заболевания. Подчеркивается важность поиска ресурсов личности на любом этапе развития заболевания. Психотерапия может служить важным внешним ресурсом.*

**Ключевые слова:** биопсихосоциодуховная модель, синергетическая модель, онкологическое заболевание, ресурсы личности.

S. Kulakov

**BIOPSYCHOSOCIALSPIRITUAL AND SYNERGETIC MODEL  
OF DEVELOPMENT OF ONCOLOGY DISEASE:  
SYSTEMIC APPROACH**

*The integration of synergetic model with other approaches is discussed. The use of this model has been shown on the example of oncology disease. Fractal diagnostic permits to evaluate the stage of disorder. The relevance of searching for resources the of patient's personality. Psychotherapy can be an external resource in every fractal.*

**Keywords:** biopsychosocialspiritual and synergetic model, oncology, personality resource.

Методологические принципы медицинской психологии постоянно развиваются и совершенствуются. Основатель биопсихосоциального подхода, популярного в конце XX столетия, Engel полагал, что различные уровни биопсихосоциальной иерархии могут взаимодействовать, но закономерности их взаимодействия нельзя вывести непосредственно из принципов, присущих верхним или нижним ступенькам биопсихосоциальной лестницы. Результат скорее следует считать непредсказуемым, зависящим в очень большой степени от личных особенностей пациента и от первоначальных симптомов [12]. Несколько десятилетий такой подход вдохновлял исследователей, стремящихся прояснить природу подобных взаимодействий.

За 25 лет, прошедших с тех пор, в науке сформировалось множество интегративных вариантов для системного анализа проблем, способных эту модель подкрепить: BASIC — ID Лазарус [6], многоуровневая психосоциальная модель расстройств аффективного спектра как средство синтеза знаний Холмогоровой [11], «Цветок потенциалов Ананьева» [2] и др. В реабилитации наркозависимых мы уже не первый год практикуем биопсихосоциодуховную модель заболевания [4].

Интегративный подход (полиmodalность, мультимодальность) предлагает эклектический подход к лечению — разные методы для разных людей. Приверженцы мультимодального подхода ориентированы на теорию систем: улучшение функционирования на одном уровне приводит к позитивным изменениям на другом. Изолированное использование семейной, когнитивной психотерапии, психодрамы направлено на один или несколько аспектов, тогда как в случае интеграции методов идет поиск максимально широкого воздействия.

Перспективным подходом в изучении формирования психосоматических заболеваний может стать синергетика — междисциплинарная наука о развитии и самоорганизации [2; 8; 10]. Синергетика (от греч. synergetikos — совместный, согласованный, действующий) изучает связи между элементами структуры (подсистемами), которые образуются в открытых системах (биологических, социальных и др.) благодаря интенсивному (потокосому) обмену веществом и энергией с окружающей средой в неравновесных условиях. В таких системах наблюдается согласованное поведение подсистем, в результате чего возрастает степень упорядоченности, т. е. уменьшается энтропия (самоорганизация). Самоорга-

низацией принято называть возникновение упорядоченных структур и форм движения из первоначально неупорядоченных, нерегулярных воздействий на систему. Такой процесс всегда связан с потерей устойчивости менее организованного состояния и является проявлением нелинейных свойств системы. Основными принципами синергетики является нелинейность, неустойчивость, открытость, иерархичность, наблюдаемость.

Организм человека представляет собой диссипативные структуры — дискретные самоорганизующиеся, рассеивающие энергию системы, отличающиеся спиралеобразным развитием в многомерном пространстве, траектория и автоколебательная амплитуда которого носит многовариантный характер, предопределяясь сложением разнонаправленных сил и факторов в точках бифуркации. При равенстве разнонаправленных влияний (особенно провоцирующих и ресурсных факторов) выбор системой траектории развития может предопределяться случайностями вблизи точек бифуркации.

Синергетический подход можно представить четырьмя основными плоскостями (векторами) биопсихосоциодуховной модели: соматогенезом, психогенезом, социогенезом и ноогенезом. Соматогенез предполагает развитие систем и функций организма; психогенез — развитие психических функций, социогенез — развитие социальных ролей и отношений, ноогенез — динамику развития личности в духовной сфере и включает в себя Я-концепцию, четыре базовые экзистенциальные мотивации [7; 9], систему ценностей индивидуума, экзистенциальную фрустрацию, «духовный диагноз» и т. д.

Преимуществом синергетического подхода служит тот факт, что на смену линейной нозоцентрической динамике приходят нелинейная дискретность и фрактальность. Фрактал — это интервал развития диссипативной системы со

своими внутренними механизмами самоорганизации и саморазвития, с многовариантными траекториями движения в многомерном пространстве. В клинической медицине это одновременно развитие и состояние, объединяющее временные и качественные характеристики системы или организма.

Рассмотрим один из вариантов интегративного подхода применительно к онкологическим заболеваниям.

В результате исследований, проведенных в XX веке, были выявлены многочисленные факторы риска, относящиеся ко всем уровням биопсихосоциальной модели. Открытия нейроиммунологии в области изучения клеточных и нейроиммунологических механизмов позволили увидеть взаимосвязь психологического и биологического уровней. Если еще сравнительно недавно онкологическое заболевание считалось не связанным с личностью и жизненными обстоятельствами, этот процесс понимали как патологический процесс роста клеток, протекающий фатально, то успехи психосоциальных вмешательств способствовали изменению этого взгляда. Показав эффективность использования ресурсов психики для влияния на течение онкологического заболевания, ученые пришли к выводу, что определенный психогенный фактор может как способствовать возникновению заболевания, так и оказывать воздействие на его течение. Однако до сих пор не удалось выделить определенную психогенную составляющую. Причинами, обуславливающими трудность изучения онкологического заболевания, является широкий диапазон возможных повреждающих факторов и длительное скрытое протекание процесса по отношению к повреждающему воздействию.

Понимание патогенеза этих расстройств совершенствуется по мере получения клинических, катамнестических данных и биографического анализа исто-

рий, полученных в ходе психотерапевтической практики. Большинство исследователей подчеркивает многофакторность этиологии онкологических заболеваний. Известно множество факторов риска, среди которых: повышение содержания онкомаркеров, наличие длительных дистрессов, гиподинамия, профессиональное сгорание, отсутствие социальной поддержки, фиксация на более ранних этапах онтогенеза.

Принимая во внимание, что по статистике на первом месте по заболеваемости и смертности в мире стоят болезни сердечно-сосудистой системы, известные как психосоматические (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и их осложнения), а на втором месте — злокачественные опухоли, вывод о психосоматическом механизме онкологического заболевания получает подтверждение. Таким образом, новые открытия не только совершенствуют понимание этиологии и течения рака, но и показывают необходимость продолжения исследований в направлении решения основной проблемы современной онкологии, а именно — получения возможности в какой-то мере воздействовать на злокачественный опухолевый процесс. Этапом на пути решения этой задачи может быть понимание психосоматических механизмов рака, среди которых важнейшими представляются особенности личности, проявляющиеся в образе жизни и в преодолении стрессовых воздействий среды.

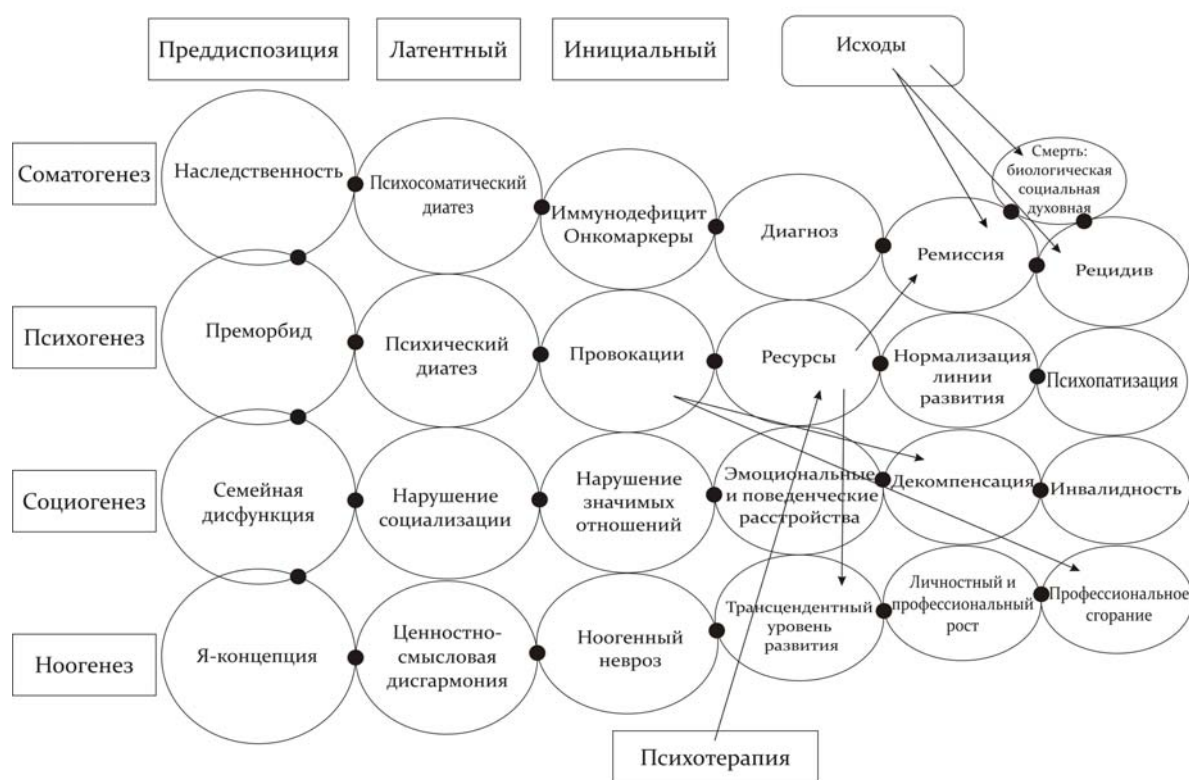
Сегодня признается, что стресс создает определенные условия для возникновения широкого спектра заболеваний, в том числе и онкологических, но поскольку для заболевания недостаточно действия какого-либо одного, пусть и сильного фактора, современный психосоматический подход учитывает именно взаимодействие различных биопсихосоциальных факторов. Среди биологиче-

ских факторов исследователи рассматривают в том числе и взаимосвязь рака с другими заболеваниями. Так, в сравнительно недавних исследованиях было обнаружено, что риск развития рака увеличивается при длительном (более 10 лет) течении артериальной гипертензии (АГ). Поскольку объяснения механизма этой связи пока не найдено, предполагается, что здесь возможна взаимосвязь с другими факторами риска — с ожирением, курением, сахарным диабетом. Сегодня признается, что в этиологии АГ, как и других психосоматических заболеваний, существенная роль принадлежит социально-психологическим факторам, как и то, что изменение образа жизни и борьба с факторами риска влияют на характер протекания заболевания и могут замедлить его развитие.

О важности духовного компонента в развитии онкозаболевания писали классики нашей литературы. Так, например, герой известного произведения Льва Толстого Иван Ильич умирал от рака слепой кишки и страдал от сильнейших болей: «Но хоть бы понять, зачем это? И того нельзя. Объяснить бы можно было, если бы сказать, что я жил не так, как надо. Но этого-то уже невозможно признать», — говорил он сам себе, вспоминая всю законность, правильность и приличие своей жизни».

Рассмотрим синергетическую модель возникновения онкологического заболевания. Динамика онкологического заболевания включает следующие фракталы: предрасположения, фракталы латентный, инициальный, фрактал развернутой клинической картины, исходов: ремиссии, рецидивов и смерти (см. рис.).

Во фрактале предрасположения вращаются четыре изомера: наследственная отягощенность, преморбидные особенности личности (акцентуация характера, расстройство личности), семейная дисфункция, Я-концепция.



*Синергетическая модель формирования онкологического заболевания*

Фрактал «латентный период» состоит из психосоматического диатеза, психического диатеза, нарушения социализации и ценностно-смысловой дисгармонии. Психосоматический диатез — это нарушение психической адаптации организма, проявляющегося различными соматическими эквивалентами, которое может трансформироваться в заболевание под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных (генетически обусловленные аномалии и др.) факторов. Психический диатез — это совокупность признаков, характеризующая предрасположенность к психической патологии. При выявлении основной ценностно-смысловой дисгармонии и при клинической оценке степени нарушения в иерархиях ценностно-смысловых ориентаций опираются на следующие характеристики: 1) степень ригидности-гибкости ценностно-смысловой ориентации, ее значимости для пациента; 2) направленность на быструю или

медленную реализацию; 3) степень искажения реальности интерперсональных отношений; 4) степень противоречивости между ценностно-смысловыми ориентациями разного уровня.

Во фрактал «инициальный период» на биологическом уровне определяются различные клинико-иммунологические отклонения в лабораторных анализах (повышение онкомаркеров, трансаминаз, изменения в формуле крови и т. д.). В анамнезе нарастают различные стрессовые факторы (показатели по шкале стресса Холмса превышают 300 баллов). Нарушаются значимые отношения личности. В психическом статусе наблюдаются различные эмоциональные отклонения, отмечается появление деструктивных аффектов рефлексии и мстительности (вина, обида). В духовной сфере присутствует экзистенциальный вакуум или фрустрация. Следующий фрактал «диагноз» определяется уже конкретной

нозологической формой онкологического заболевания, порой запущенного. Социогенез проявляется эмоциональными и поведенческими расстройствами. Исследуя психогенез, важно понять, насколько истощены ресурсы личности. В этом плане сопутствующая специфическому лечению психотерапия может оказывать затормаживающее действие на рост опухоли и может тем самым способствовать более быстрому продвижению к ремиссии. От того, как пациент далек от перехода на трансцендентный уровень своего духовного развития, будет также зависеть прогноз.

С точки зрения святоотеческой психотерапии фракталы ноогенеза тесно связаны духовным диагнозом [3]. Существуют два основных понятия, требующих осмысления: грех и страсть. Грех — это мысли или действия, непосредственно доставляющие человеку приятность, удовольствие и тем привлекающие его извне, обращающие к внешнему миру. По своей негативной разрушающей силе они стремятся погубить человеческую душу, всевая в нее греховные мысли и желания, содействуя в любой форме греховным поступкам и создавая для них условия. Страсть — это постоянное желание совершать какой-либо грех, используя любую возможность для своего воплощения и создавая такую возможность. Страсти толкают человека к греху изнутри, и в этом случае человек губит сам себя, используя для этого силы собственной души. Накопление грехов и длительное существование страстей ослабляют дух и усиливают энтропию организма, что приводит к снижению иммунитета и к возникновению различных болезней.

Следующий фрактал — «исходы» — характеризуется колебаниями между рецидивами заболевания, психопатизацией, инвалидностью, профессиональным сгоранием и смертью пациента. Но и здесь

продолжительность жизни определяется взаимодействием провоцирующих факторов (снижение качества жизни, стрессы) и ресурсных факторов (социальная поддержка, философско-религиозное отношение к конечности бытия, сохранение силы духа).

Внутренние ресурсы создают иерархические уровни (образуя внутренний контур самоуправления, живущий параллельно с биопсихосоциодуховным).

Один из признанных лидеров в области психоонкологии Cunningham [13] предлагает на основе данных литературы и собственных наблюдений ввести сопутствующую психотерапию в арсенал обязательного лечения онкологических пациентов вне зависимости от того, имеет пациент признаки психопатологии или нет.

Применение многомерной диагностики в психотерапевтическом сопровождении пациентов с онкологическим заболеванием дает возможность систематизировать данные в соответствии с основными плоскостями биопсихосоциодуховной модели, проанализировать существующие взаимосвязи и оценить имеющиеся у пациента ресурсные и провоцирующие факторы, которые в синергетике называют «аттракторами болезни или здоровья» [5]. В психотерапевтическом процессе возможность положительного исхода возникает в том случае, когда пациент находится в неустойчивом состоянии хаоса сомнений и выбора при высоком мотивационном фоне.

Синергетика в сфере медицинской психологии несет большой эвристический потенциал, дает эволюционную методологию управления психотерапевтическим пространством с учетом феноменов самоорганизации личности в этом пространстве.

Синергетическая концепция формирования психосоматического заболевания в сочетании с биопсихосоциодуховной парадигмой развития психических рас-

стройств позволяет организовать психо-профилактику заболевания еще на до-нологическом уровне и обосновать инди-видуальное психотерапевтическое со-провождение.

Таким образом, синергетику можно рассматривать как позитивный способ овладения нелинейной ситуацией на ос-новании позитивной установки синерге-тического подхода: у личности есть ре-сурс к самоорганизации и к самовосста-новлению, и цель специалиста — изучать ресурсы личности и уметь вовремя под-толкнуть личность в направлении совла-дания с заболеванием.

Системный подход дает представле-ние о сложности взаимодействия различ-ных факторов, могущих повлиять на ис-

ход заболевания. При этом на продолжи-тельность жизни оказывает влияние не только соотношение патогенных и сано-генных факторов, но и возникающие случайности вблизи точек бифуркации (ветвления возможных путей эволюции системы). Необходимость исследования, направленного на изучение саногенных факторов при онкологических заболева-ниях, определяется задачами не только лечения, но и профилактики заболевания путем повышения устойчивости к стрес-совым воздействиям, что особенно акту-ально в связи с усложнением требований жизни, с увеличением неблагоприятных и стрессовых воздействий и, как следст-вие, с ростом уровня заболеваемости и смертности от «болезней цивилизации».

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб.: Речь, 2000.
2. Ананьев В. А. Психология здоровья. СПб.: Речь, 2006.
3. Гурьев Н. Д. Страсти и их воплощение в соматических и нервно-психических болезнях. 2001.
4. Кулаков С. А., Ваисов С. Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. СПб.: Речь, 2006.
5. Кулаков С. А. Основы психосоматики. СПб.: Речь, 2007.
6. Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. СПб.: Речь, 2001.
7. Лэнгле А. Person: экзистенциально-аналитическая теория личности: Сборник статей / Пер. с нем. М.: Генезис, 2005.
8. Сидоров П. И., Новикова И. А. Концепция формирования ишемической болезни сердца с позиции синергетического подхода // Психические расстройства в общей медицине. № 2. 2008. С. 11–17.
9. С собой и без себя. Практика экзистенциально-аналитической психотерапии / Под ред. С. В. Кривцова, С. Лэнгле. М.: Генезис, 2009.
10. Чернобровкина Т. В., Кершенгольц Б. М. Синергетическая медицина: Теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. Йошкар-Ола: Фрактал, 2006.
11. Холмогорова А. Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотера-пии расстройств аффективного спектра: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2006.
12. Боре-Каррио Ф., Сачмен Л., Энстайн Р. М. Биопсихосоциальная модель 25 лет спустя (электронный ресурс). URL:<http://www.strana-oz.ru/?numid=29&article=1236> (дата обращения 14.03.2009).
13. Cunningham Alastair J, Watson Kimberly. How psychological therapy may prolong survival in cancer patients: new evidence and a simple theory // Integrative Cancer Therapies. 2004. 3(3). 214–229.

### REFERENCES

1. Ammon G. Psihosomatičeskaja terapija. SPb.: Rech', 2000.
2. Anan'ev V. A. Psihologija zdorov'ja. SPb.: Rech', 2006.
3. Gur'ev N. D. Strasti i ih voploshhenie v somatičeskih i nervno-psihičeskih boleznjah. 2001.

4. *Kulakov S. A., Vaisov S. B.* Rukovodstvo po rehabilitaciji narkozavisimyh. SPb.: Rech', 2006.
5. *Kulakov S. A.* Osnovy psihosomatiki. SPb.: Rech', 2007.
6. *Lazarus A.* Kratkosrochnaja mul'timodal'naja psihoterapija. SPb.: Rech', 2001.
7. *Ljengle A.* Person: jekzistencial'no-analiticheskaia teorija lichnosti: Sbornik statej / Per. s nem. M.: Genezis, 2005.
8. *Sidorov P. I., Novikova I. A.* Konceptija formirovanija ishemicheskoj bolezni serdca s pozicii sinergeticheskogo podhoda // Psihicheskie rasstrojstva v obshej medicine. 2008. № 2. S. 11–17.
9. S soboj i bez sebja. Praktika jekzistencial'no-analiticheskoj psihoterapii / S. V. Krivcova, S. Ljengle. M.: Genezis, 2009.
10. *Chernobrovkina T. V., Kershengol'c B. M.* Sinergeticheskaja medicina: teoreticheskie i prikladnye aspekty v addiktologii. Joshkar-Ola: Fraktal, 2006.
11. *Holmogorova A. B.* Teoreticheskie i jempiricheskie osnovanija integrativnoj psihoterapii rasstrojstv affektivnogo spectra: Avtoref. dis. ... d-ra psiholog. nauk. M., 2006.
12. *Bore-Karrio F., Sachmen L., Jepstajn R. M.* Biopsihosocial'naja model' 25 let spustja (jelektronnyj resurs). URL:<http://www.strana-oz.ru/?numid=29&article=1236> (data obrashhenija 14.03.2009).
13. *Cunningham Alastair J, Watson Kimberly* (2004)/ How psychological therapy may prolong survival in cancer patients: new evidence and a simple theory // Integrative Cancer Therapies. 2004. 3(3). 214–229.