

Плескач Б.В. Психологічні фактори в розвитку та перебігу онкологічного захворювання; гіпотези для психотерапії /Б.В. Плескач // Актуальні проблеми психології. Том.3.: Консультативна психологія і психотерапія. Вип. 6. – Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України; Видавець ПП Лисенко М.М. , 2009. – С. 241-257.

-241-

**Психологічні фактори в розвитку та перебігу
онкологічного захворювання, гіпотези для
психотерапії**

Плескач Б.В.

*Інститут психології
ім. Г.С. Костюка АПН України*

В статті здійснений огляд літератури з проблеми значення психологічних особливостей для ризику виникнення та прогресії онкологічної патології. Розглядається значення стресу, депресії, ранніх дитячих стосунків, психічної адаптації до раку, регуляції емоцій та соціальної підтримки. Формулюється гіпотеза, що психологічна проблема онкологічних хворих може бути представлена як розвиток самоконтролю для того, щоб виглядати прийнятним та сильним. Дослідження фантазій навколо вираження неприйнятних якостей, можуть бути кроком до того, щоб навчитись отримувати соціальну підтримку, промовляти свої потреби та більш повно проявляти свої риси.

Ключові слова: онкологічні захворювання, психосоціальні фактори ризику, психотерапія.

Постановка проблеми

В сучасному світі спостерігається швидке збільшення випадків розвитку онкологічних захворювань. Так, згідно даним ВООЗ (2005 р.), щороку діагностується 400-500 тисяч нових випадків онкологічних захворювань. В Україні причина смерті в зв'язку з злоякісним новоутворенням знаходиться на другому місті після серцево-судинної патології. Тому актуальними є аспекти профілактики, ранньої діагностики, лікування та реабілітації в області онкології. Область психології в багатьох

-241-

точках перетинає область медичного лікування, реабілітації та профілактики онкологічних захворювань. Це проблеми: повідомлення діагнозу; комплайнсу між лікарем та пацієнтом, який залежить від здатності лікаря зважати не лише на хворобливі симптоми, а і на особистість пацієнта, його смуток та страждання; оцінки та корекції психічних розладів в процесі лікування; психологічного прогнозу тривалості життя; психологічної реабілітації та усунення віддалених наслідків лікування. Дослідження в області психології спрямовані на визначення та розгляд факторів, які мають значимий вплив на перебіг захворювання й повернення людини до здорового життя. Є надія, що вплив на психологічні особливості хворих психотерапевтичними методами може сприяти розв'язанню означених проблем.

Більшість особистісних рис онкологічних хворих виявлені психоаналітично зорієнтованими дослідниками в рамках психосоматичного підходу до цієї проблеми в 50-70 роки ХХ століття. В новітніх дослідженнях психоаналітичні тлумачення онкологічного захворювання як внутрішньопсихічного конфлікту відійшли на другий план, поступившись місцем таким задачам, як покращення якості життя [2], допомога в емоційній реакції при важкому захворюванні, реабілітації [26]. Проте, уявляється, що саме знання глибинних психологічних особливостей пацієнтів наближає до розуміння їх потреб та може бути покладено в основу психотерапевтичного підходу в процесі реабілітації. Мета статті полягає в розгляді класичних та сучасних досліджень в психоонкології, окресленні психологічних особливостей онкологічно хворих та висуненні гіпотез щодо психологічної допомоги.

Результати теоретичного аналізу проблеми

Стрес та дистрес. Уявлення про стрес та дистрес базується на описаному Г. Сел'є загальному адаптаційному синдромі або біологічному стресі. Стрес - це фізіологічні зміни, спрямовані на те, щоби мобілізувати організм на подолання перешкоди. Г. Сел'є виділив три стадії стресу. Перша стадія „тривоги” - мобілізація адаптаційних можливостей. Якщо стресор не викликає загибель організму і не зникає, за стадією тривоги настає „резистентність”. На цій стадії відбувається перебудова систем гомеостазу для того, щоб забезпечити можливості адаптації. Третя стадія – „виснаження”. Здатність до адаптації вичерпується, і невідповідність організму стресорам оточуючого середовища проявляє себе в закликах про допомогу (підтримка або нівеляція стресору). Якщо допомога не надходить, – настає смерть. Дистресом називають випадки, коли загальний адаптаційний синдром активізований, але організм не може адагуватись, а також, коли адаптаційна реакція є занадто бурхливою, неадекватною та не має успіху. В сучасних підходах людину розглядають як єдину істоту, в якій взаємодіють

три системи: біологічна, соціальна та психологічна. Як стресори розглядаються не лише фізичні, а й психологічні та соціальні чинники. Дистрес на одному рівні компенсується через перебудову гомеостатичної рівноваги на іншому. Наприклад, Собчик Л.Н. [5] припускає, що соматична хвороба пов'язана з одночасною активацією невротичних і поведінкових (психотичних) рис особистості, на зразок надмірного контролю та демонстративності. Як наслідок, психологічна адаптація до стресу не відбувається (дистрес), компенсується біологічною системою, яка згодом перенапружується, що веде до хвороби.

В області онкології досліджується стрес та дистрес на біологічному, психологічному та соціальному рівнях; їх вплив на схильність до онкологічних хвороб та їх прогресію.

Koupil I. et al [23] дійшли до висновку, що стрес може збільшувати ризик онкологічної патології. Оцінювався ризик захворювання серед осіб, які отримали комплексний стрес (голод, переохолодження, психологічне навантаження) в дитинстві – дорослому віці (до 31 року) під час блокади Ленінграду. Встановлено, що в популяції жінок, яким на момент піку блокади (1941-1942 рр.) було 10-18 років, ризик захворюваності на рак молочної залози (РМЗ) був вищим в 9,9 разів. Проте, відсутнє достовірне збільшення захворюваності на рак передміхурової залози у чоловіків такого ж віку.

Schmiegelow K. et al. [39] оцінюють роль біологічного стресу при гострій лімфобластній лейкемії серед дітей як позитивну. Дослідники спираються на дані епідеміологічних досліджень щодо зростання частоти гострих лімфобластних лейкемій у розвинутих країнах паралельно зі зниженням частоти гострих інфекційних хвороб. Автори висунули гіпотезу, що гострі інфекційні захворювання індукують зміни у гіпоталамо-наднирниковій системі і підвищення рівню кортизолу, що безпосередньо пригнічує лейкемічні клітини. Такий механізм дії інфекційно-індукованого стресу можна екстраполювати і на інші різновидності стресу. Тобто, з цієї точки зору, стрес є корисним.

З іншої сторони, дослідження на тваринах переконливо показують, що стрес прискорює прогресію злоякісних пухлин [11]. Наприклад, Chan C. et al. [10] показали, що один з гормонів стресу (норепіфедрін) індукує ріст злоякісних клітин через секрецію цитокінів та факторів росту.

Голотюк С.І. та Голотюк І.А. провели ретроспективне дослідження оцінки ролі ситуативного стресу в розвитку РМЗ [3]. Дослідники виявили, що психотравмуючі ситуації частіше зустрічались в анамнезі жінок, хворих на РМЗ (73%), у порівнянні з хворими на доброякісну дисплазію молочних залоз (32,7%). Стресорами вважались сімейні негаразди, втрата рідних і близьких, які частішали після 50 років. Дослідники здійснили спробу знайти біологічне пояснення погіршенням психоемоційного стану та розвитку онкопатології, яким вони вважають порушення процесів обміну міді.

Namer M. et al [18] оцінили психологічний дистрес за 12-бальною шкалою опитувальника загального здоров'я серед 15453 чоловіків та жінок. Під дистресом розумілись депресія та симптоми, пов'язані з тривогою (4 та вище балів за опитувальником). Через 3-7 років серед досліджених було зафіксовано 425 смертей від раку. Показано, що дистрес збільшує ризик раку легень в 1,97 разів та смертність серед онкологічно хворих в 2,05 разів. Недоліком роботи є те, що перед психологічним анкетуванням не було проведено медичне обстеження, яке б констатувало стан здоров'я досліджених.

В цілому, вважається, що роль стресу (особливо психосоціального) в розвитку злоякісних пухлин не є однозначною та вимагає подальших досліджень. Водночас, роль стресу в прогресії онкологічних захворювань виглядає як достовірна.

Депресія. На сьогоднішній день проведено багато проспективних досліджень, спрямованих на вивчення взаємозв'язку депресії та ризику онкологічної патології.

Persky V.W. et al [33] провели дослідження захворюваності на онкологічну патологію серед 2018 осіб 40-55 років, які пройшли тестування за ММРІ та спостерігались протягом наступних 20 років. Через 20 років вижило 1510 осіб, померло 508. За 20 років виявлено 212 (10,5%) випадків онкологічної патології, які були основною причиною смерті у 123 досліджених. Виявилось, що серед тих, хто захворів на рак, частіше (24,1%) зустрічався особливо високий преморбідний рівень депресії (вище 58,5Т), ніж серед тих, хто був здоровий, хворів на рак шкіри (інший, ніж меланома), помер від іншої патології (18,2%). Частота, з якою зустрічається високий преморбідний рівень депресії, була однаковою для всіх видів пухлин. Кореляція між депресією та онкологічним захворюванням з'явилась через 10 років спостережень. Депресія виявилась самостійним фактором ризику злоякісної патології, незалежною від віку, кількості вичурених цигарок, вживання алкоголю, професійного статусу, генетичної схильності, індексу маси тіла, рівня холестерину.

Linkins RW. та Comstock GW. дослідили 2264 осіб, визначивши рівень депресії за шкалою Епідеміологічного дослідження депресії (CES-D) [24]. Через 12 років у 169 досліджених була діагностована онкологічна патологія. Автори знайшли слабку кореляцію між депресією та подальшим розвитком онкологічного захворювання. Але взаємодія таких факторів, як депресія та паління, збільшувала ризик онкологічної патології в: 4,5 раз (в цілому), 18,5 раз при раку легень та 3 рази при пухлинах, не асоційованих з палінням.

В інших дослідженнях не знайдено взаємозв'язку між преморбідною депресією та ризиком онкологічного захворювання. Наприклад, Zonderman A.B. et al. [46], здійснивши десятирічне проспективне дослідження, дійшли до висновку, що ризик онкологічного захворювання й

смертності (з цієї причини) у депресивних осіб такий же, як і у недепресивних досліджуваних.

Penninx В. et al. дослідили ризик розвитку онкологічної патології у літніх людей з хронічною депресією (середній вік 79 років на 1988 рік), вибірка склала 4825 осіб (1708 чоловіків та 3117 жінок) [32]. В дослідженні використана шкала CES-D, хронічна депресія фіксувалась, коли високі оцінки за шкалою зустрічались в трьох тестуваннях, проведених у 1982, 1985 і 1988 рр. На 1988 рік, всі 4825 досліджених були здорові. Протягом 10 років подальшого спостереження онкологічна патологія була виявлена у 402 (8,33%) осіб. Особи з хронічною депресією мали в два рази більший ризик захворіти у порівнянні з дослідженими без хронічної депресії. Так, у виборці з хронічною депресією загинуло через пухлину 7,5% досліджених у порівнянні з 4,1% серед недепресивних осіб. На думку Penninx В. et al., недоліком багатьох проспективних досліджень, присвячених можливому впливу депресії на розвиток онкопатології, є те, що в них здійснювався лише один вимір, а можливим фактором ризику онкологічної патології є саме хронічна депресія. Автори обчислили, що на основі одного тестування у 12% людей похилого віку була зафіксована депресія, тоді як хронічну депресію було діагностовано у 3% досліджених.

В літературі можна знайти два способи пояснення взаємозв'язку депресії та злоякісної патології. Перший полягає в тому, що депресія виявляє вже існуючі проблеми зі здоров'ям, про які людина може не знати. В експерименті на тваринах показано, що пухлина виділяє біологічно-активні речовини, які викликають порушення, схожі на депресію [34]. Тобто, депресія може свідчити про вже існуючий онкологічний процес. Друге пояснення спирається на дані досліджень, які свідчать, що депресія пригнічує клітинний імунітет та знижує протипухлинний захист організму. В цілому вплив депресії на ризик онкологічної патології вважається доведеним, але дуже малим для того, щоб, спираючись на цей фактор, проводити профілактику (хронічна депресія збільшує ризик онкологічного захворювання на 3-5%). Крім того, депресія є несприятливим прогностичним фактором виживання онкологічних хворих. Наприклад, Loberiza F.R. et al. [25] показали, що депресивні пацієнти на 10% частіше помирають впродовж року після трансплантації кісткового мозку.

Особистісні особливості та їх зв'язок з онкологічним захворюванням

В 1956 р. Greene W.A. [13] висловив гіпотезу про нарцистичну організацію особистості жінок з онкогематологічним захворюванням та сформулював психоаналітичну інтерпретацію цієї групи хвороб. Дослідник відмітив, що в 75% випадків хворобі передували втрати, відділення від значимих людей або зникнення об'єкту-мішені для проективної

ідентифікації, яка дозволяла компенсувати ці втрати. Greene W.A. (використавши теорію Freud A.) вважає, що: таким особистостям дуже важко прийняти втрати значимих людей; сум втрати проєціюється на іншу особу та по відношенню до неї здійснюється турбота, яка не могла бути здійснена по відношенню до власного «Я». Науковець дійшов висновку, що особистісні риси, які сприяють знаходженню нового об'єкту для проєктивної ідентифікації та створенню з ним стосунків, подовжують життя. Жінки, здатні на стосунок, жили довше (медіана 30 міс.) у порівнянні з жінками, які створювали дистанційні стосунки з оточуючими (медіана 6 міс.).

Проводячи інтерв'ю, Greene W.A. помітив, що жінкам нелегко бути „пацієнтами” і отримувати допомогу (вони відчують сором), оскільки допомога означає їх безпомічність. І вони намагаються бути в ролі благодійника по відношенню до об'єкта на який здійснюють проєкцію власної безпомічності. Greene W.A. зробив висновок, що пацієнтки, які схильні створювати стосунки проєктивної ідентифікації, в дитинстві ідентифікували себе з ідеальною матір'ю, про яку розповідала їм їх холодна та вимоглива рідна мати. На думку автора, це захисний механізм «ідентифікації з агресором», що вказує на нестачу материнської любові. Тобто, в дитинстві така дівчинка відчувала себе не прийнятою матір'ю та намагалась бути ідеальною, такою, як хотіла її мати. Greene W.A. зробив припущення, що специфічним почуттям онкогематологічних хворих є сором, тоді, як пацієнти з солідними пухлинами відчують провину. Почуття сорому пояснюється тим, що пацієнти не є такими, як їх ідеал Я, якими б бажали бачити їх значимі близькі, відчують, що їх не можуть любити через те, що вони не є ідеальними, тому – соромляться себе.

Лейкемії та лімфоми є захворюваннями системи імунного захисту організму від чужорідних агентів. Надмірний психологічний стрес, викликаний втратами, може бути зрозумілим як ворожий агент. Greene W.A. допускає, що особистість пацієнта не може пережити почуття безпомічності, відчаю та горя, намагається заперечити емоційний зміст втрати та раціонально визнати сам факт. Організм же реагує на втрату як на ворожий агент (тобто, намагається заперечувати-атакувати сам факт втрати). Це викликає перевантаження та патологічні зміни системи імунного захисту організму.

Описані Greene W.A. особливості онкогематологічних хворих (чутливість до втрат; потреба відповідати ідеалу, щоб отримати любов інших; сором через свою слабкість) – свідчить про нарцистичний розлад особистості [1]. Нарцистичні порушення – це сильна залежність самооцінки від думки інших, викривлена/спотворена любов до себе та самоцінність. Психоаналітичний досвід показує, що ці порушення виникають в результаті ранніх втрат, які не пережиті у зв'язку з тим, що

батьки (особливо матір) боїться почуттів дитини. Як результат – певні почуття, потреби чи особливості залишаються неприйнятими батьками, дитина переживає себе як покинену, а ці почуття - як недоречні та жахливі. У дорослому віці така людина намагається бути визнаною завдяки своїй відповідності ідеалу. Вона може відчувати порожнечу та самотність, оскільки має відчужені, ізольовані почуття та потреби, які намагається уникнути, здійснюючи кар'єру. Таким чином, особливостями, що пов'язані з нарцистичною організацією особистості, є намагання виглядати ідеальним, страх певних почуттів чи потреб, механізми психологічного захисту за типом ідеалізації та знецінення. На частину результатів отриманих в сучасних дослідженнях онкологічних хворих можна поглянути як на ті, в яких йдеться про нарцистичні особливості.

Стосунки з батьками. За даними Івашкіної М.Г. [4], 50% онкогематологічних хворих і 45% пацієнтів з солідними пухлинами виховувались в неповних родинях, тоді як серед інших груп хворих неповні родини зустрічались лише в 30%; більше, ніж у 10% онкологічних хворих, був алкоголізований або „мерехтливий” батько. Згідно Тасон А. М. [41], ранні втрати частіше зустрічались у виборці жінок, хворих на РМЗ (54%), ніж у здоровій контрольній групі (27%). На нашу думку, ці матеріали підтверджують травматичність дитячих років майбутніх онкологічних хворих.

Thomas C.V. et al. [42] в проспективному дослідженні спостерігали за 913 чоловіками-медиками. Протягом навчання здійснювалось тестування, згодом збиралась інформація про кар'єру та здоров'я випускників. Висновки про відмінність між групами досліджуваних з онкологічними, психічними та психосоматичними хворобами (коронарна хвороба серця та артеріальна гіпертензія) в основному здійснювались на основі опитувальників родинних стосунків (FAQ) та звичок нервового напруження (HNT). Дослідники виявили, що ризик розвитку онкологічного захворювання зростає в залежності від невдачі теплих стосунків з батьками. Всі 48 студентів, які захворіли на рак в середньому через 20 років, вважали, що в їх стосунках з батьками бракувало теплоти, розуміння, зручності тощо; батьки були непередбачуваними та зберігали дистанцію від них. Відношення досліджених до батьків можна охарактеризувати як неприязнь, намагання завдати болю, повстанська поведінка. Доведена схожість груп з психічними та онкологічними хворобами за шаблоном родинних стосунків. В обох цих групах відмічалась нестача теплоти в стосунках з батьками, але досліджувані, які захворіли психічним захворюванням чи здійснили суїцид, частіше були схильні до депресії та агресії (за HNT). Дослідники інтерпретують нестачу близьких стосунків як таку, що скоріше вказує на: 1) існуючі в родині проблеми, ніж відображає реальне ставлення батьків; 2) суб'єктивне сприйняття цього ставлення як незадовільного. Thomas C.V. et al. також виявили,

що задоволення стосунками з батьками позитивно корелює з демонстративністю. Тоді негативна оцінка батьківського піклування означає також відсутню або приховану демонстративність.

Проте, дослідження, проведене Russek L.G. та Schwartz G.E. [37], показало, що негативна оцінка батьківського піклування визначає схильність до самих різних захворювань в середині життя. Вибірка, на якій здійснювалось дослідження, складалась з 84 чоловіків, у яких було отримано інформацію про стан здоров'я через 35 років (48 захворіли, 1 - на лімфому Ходжкіна). Захворіли 25% з тих, у кого була позитивна оцінка піклування обох батьків, та 87% чоловіків, у яких була негативна оцінка піклування обох батьків. При цьому, на основі ставлення до батьків та типу реагування (агресивний чи тривожний), можна з точністю до 90% прогнозувати ризик хвороби в майбутньому. Так, захворіли 100% досліджуваних, які негативно оцінювали батьківське піклування та мали тривожний тип реагування. Але, дане дослідження і попереднє [37, 42] неможливо співставити, оскільки в них використовувались різні психодіагностичні методи оцінки батьківського піклування та значно розрізнялась кількість хворих на онкологічну патологію.

Сучасні дослідження батьківського піклування зосереджені на прикладних аспектах допомоги онкологічним хворим. Наприклад, встановлено, що жінки, хворі на РМЗ, які оцінюють минуле батьківське ставлення до себе як негативне, сприймають і ситуацію лікування як таку, в якій не вистачає піклування, мають високий рівень дистресу та потребують психологічної допомоги [38]. Підсумовуючи, можна сказати, що існує недостатність проспективних досліджень впливу батьківського піклування та суб'єктивного сприйняття батьківського ставлення на майбутнє здоров'я. Є підстави допускати, що дитинство онкологічних хворих часто сповнене втрат і вони схильні оцінювати батьківське піклування як негативне.

Психічна адаптація до онкологічної патології та тривалість життя.

Одним з перших, хто описав вплив ставлення до хвороби на виживання, вважається Greer S., який досліджував хворих на РМЗ [15, 14]. П'ятнадцятирічне виживання виявилось кращим серед жінок, які з самого початку реагували запереченням на своє захворювання, у порівнянні з жінками, які стоїчно приймали свій діагноз або почували втрату надії та безвихідь. Під запереченням мала на увазі затримка у три та більше місяців між знаходженням симптому (твердий вузол у груді, який такі жінки вважали чимось несерйозним) та зверненням до лікаря. При цьому заперечення виражало спробу захиститись, а не якусь неосвіченість. Жінки, які заперечували захворювання, також були схильні заперечувати значення власних життєвих криз.

Наступним кроком було створення опитувальника Психічної адаптації до онкологічної хвороби (MAC), запропонованого Watson M. et al.,

який став стандартним тестом в психоонкології. МАС містить п'ять шкал: дух боротьби (я твердо впевнений в тому, що мені стане краще); тривожне очікування (я переживаю сильну тривогу у зв'язку з усім цим); відсутність надії/сподівання на допомогу (я відчуваю, що моє життя не має надії); фаталізм (все, що стосується мого здоров'я, залишаю на розсуд лікарів); уникнення (я не вірю, що у мене дійсно онкологічне захворювання). Сподіваючись знайти позитивний зв'язок між виживанням та «духом боротьби», Watson M. et al. [44] застосував створений психодіагностичний інструментарій в десятирічному лонгітюдному дослідженні виживання хворих РМЗ. Виявлено, що перша реакція на захворювання за типом «відсутності надії» достовірно знижує тривалість життя в 1,5 разів, але не підтверджений позитивний вплив духу боротьби на виживання.

Grulke N. et al. [17] досліджували вплив психологічної адаптації на дворічне виживання 127 онкогематологічних хворих після трансплантації кісткового мозку. Дослідники використали шкалу МАС, але не знайшли зв'язку між типом подолання та виживанням. Науковці вважають, що одна з можливих причин відсутності кореляцій в цьому дослідженні є недосконалість шкали МАС. Обмеження шкали МАС полягає в тому, що вона не призначена для дослідження мінімізації хвороби. Watson M. et al. [44] допустили, що в феномені заперечення, описаному Greer S., лежить віра в те, що згодом стане легше, і на цьому підґрунті створили шкалу «дух боротьби». В запереченні (за Greer S.) також можна розрізнити ігнорування захворювання, яке може бути перешкодою в комплаєнсі з лікарем та отриманні необхідних медичних процедур в повному обсязі, що дало підстави Watson M. et al створити шкалу «уникнення». Допускається, що в основі описаного Greer S. заперечення можуть лежати не тільки віра в одужання і уникнення усвідомлення хвороби, а але і певна мінімізація значення захворювання в його впливі на життя пацієнта, що сприяє адаптації та зменшенню дистресу. Багато досліджень показують зменшення тривалості виживання при реалістичному прийнятті захворювання, яке супроводжується тривожним очікуванням та втратою надії. В огляді результатів сучасних лонгітюдних досліджень Garssen B. [12] вважає доведеним, що психічна адаптація до захворювання впливає на тривалість життя. Так, заперечення в значенні мінімізації захворювання достовірно продовжує тривалість життя в чотирьох з п'яти проаналізованих ним дослідженнях. А відчай/втрата надії та фаталізм достовірно зменшує тривалість життя за даними шістьох з дев'яти досліджень.

Відомими механізмами психологічного захисту нарцистичних особистостей є процеси знецінення та самознецінення. При знеціненні неусвідомлюване почуття власної неприйнятності приписується ото-

чуючим. Можна провести паралель між процесами знецінення та мінімізацією значення захворювання, оскільки неприйнятне заперечується; між самознеціненням та реалістичним прийняттям захворювання, фаталістичністю, втратою надії, оскільки ці переживання схожі на «нікчемне Я». Є дослідження, які виявили взаємозв'язок між самооцінкою та виживанням: виживання гірше, коли хворі мають низьку самооцінку [9]. І ми можемо допустити, що заперечення захворювання у нарцистично організованого онкологічного хворого має значення збереження самооцінки. Можливим є й більш радикальний погляд, за яким тип психологічної адаптації до хвороби не є психологічним феноменом, а зумовлений фізіологічними процесами в організмі. Так, окремі автори дійшли висновку, що тривожне очікування пов'язане із значним розповсюдженням патологічного процесу; відсутність надії пов'язана з низьким, а дух боротьби з високим функціональним статусом хворого.

Регуляція афектів, емоційних станів та особистісних рис як фактор ризику та прогресії онкологічного захворювання. Дослідницький колектив на чолі з Grossarth-Maticek R. [16] був одним з перших, хто звернув увагу на взаємозв'язок між емоційною регуляцією та схильністю до онкологічної патології. Grossarth-Maticek R. et al [16] показали, що високі бали (10-11 балів) за шкалою «раціональність та антиемоційність» в 40 разів збільшують ризик онкологічного захворювання у порівнянні з особами, які отримали низькі бали (3 та менше). Конструкт «раціональність/антиемоційність» був визначений як стратегія подолання стресу, за якої емоційна поведінка пригнічується, а суб'єкт намагається надати подіям логічне пояснення; в ситуації міжособистісної фрустрації суб'єкт намагається залишитись раціональним. Проте, здійснені пізніше лонгітюдні дослідження Nabi H. [27] та Nagano J. et al [29] не підтвердили зв'язку між раціональністю та ризиком онкологічного захворювання, а Hirokawa K. et al [20] знайшов, що відсутність раціональності є фактором ризику раку. Bleiker E. M. et al [8] визначили антиемоційність як уникання емоційної поведінки та недовіру своїм почуттям. Вони показали, що антиемоційність збільшує ризик розвитку онкологічної патології протягом 5 наступних років, але не в подальшому і висунули припущення, що високі оцінки за шкалою раціональність/антиемоційність вказують на вже існуючий онкологічний процес [7]. Доведеним вважається те, що раціональність/антиемоційність пов'язана з низьким рівнем виживання онкологічних хворих. Наприклад, Reynolds P. et al. [35] визначили супресію як намагання тримати при собі свої почуття в зв'язку з діагнозом; не розповідати нікому про свою хворобу; намагання про все це забути. Використання супресії погіршувало виживання в 1,4 рази; хворі з високим рівнем емоційної експресії та здатністю отримувати емоційну допомогу мали в 2,5 рази кращі результати виживання, ніж хворі з низькими значеннями.

В багатьох роботах досліджувався вплив контролю певних рис (наприклад, егоцентризму), афектів (агресія) чи емоційних порушень (тривога та депресія) на ризик та прогресію онкологічного захворювання. В двох лонгітюдних дослідженнях [43, 45] з використанням шкали оцінки емоційного контролю (CECS) показано, що контроль емоцій збільшує ризик онкологічної патології у чоловіків. Tijhuis M.A. et al. [43] показали, що контроль експресії депресивних почуттів (серед літніх чоловіків) збільшує ризик онкологічної патології; а White V. M. et al. [45] виявили, що контроль агресії збільшує ймовірність раку передміхурової залози. Водночас роль емоційного контролю (методика CECS) в етіології РМЗ у жінок не була знайдена [37]. Harburg E. et al. [19] дійшли висновку, що у жінок уникання гніву на чоловіка збільшує ризик смертності в цілому та в зв'язку з онкологічною патологією; агресія чоловіків на владну фігуру збільшує ризик раку. Крім того, показано, що схильність до негативних емоційних станів у чоловіків є фактором ризику онкологічної патології [45].

Підсумовуючи, можна сказати, що чоловіки, схильні до онкологічної патології, мають стабільні негативні афекти чи стани, вираження яких вони обмежують. Ймовірний фактор ризику онкологічної патології серед жінок є, скоріше, приховування вираження «справедливої» та природної агресії, спрямованої на самозахист. Що стосується регуляції особистісних рис, то Nagano J. et al. [28] дійшов висновку, що демонстративні тенденції (амбівалентність та егоцентризм) пов'язані зі зниженням ризику розвитку колоректального раку, а альтруїзм (який виражається в готовності досліджених йти на зустріч експериментаторам), можливо, властивий онкологічним хворим. Альтруїзм розглядається як один з аспектів емоційної супресії, оскільки передбачає відмову від власних інтересів на користь інших.

Механізм, за яким контроль афектів, емоційних станів чи особистісних рис впливає на ризик онкологічного захворювання остаточно не з'ясований. Вважається, що емоційний контроль після повідомлення діагнозу не є найкращою стратегією, оскільки посилює емоційний дистрес, який може впливати на прогресію онкологічної патології [22].

Емоційну супресію або стримування емоційної відповіді розглядають як бажання справити добре враження, бути соціально бажаним. Психологічні механізми (серед жінок), які могли б пояснити причину емоційної супресії, вбачаються в обставинах раннього дитинства: 1) ідентифікація з образом ідеальної матері, про яку розповідала вимоглива матір [13], в результаті чого здійснюється заперечення неприйнятних, неідеальних якостей; 2) намагання зберегти стосунок з матір'ю ціною власної мазохістичної жертви, відмови від своїх потреб та бажань, невміння розряджати гнів та обурення [6]. Tason A. M. [41] використовує теорію прив'язаності Bowlby J. для того, щоб пояснити

виникнення емоційного контролю: прив'язаність є емоційним компонентом інстинкту виживання, прикріплення до батьків, що надають безпечний простір, з якого новонароджений може розпочати дослідження оточуючого середовища. Прив'язаність - це переживання безпеки та комфорту, пов'язане з емоційними взаємовідносинами, здатність з упевненістю рухатись від безпечного простору для того, щоб зайнятися іншими видами активності (при цьому немає страху втратити ці відносини). Нормально розвинена прив'язаність дає впевненість в присутності іншого та в його підтримці (навіть за його фізичної відсутності), що сприяє автономному функціонуванню та розвитку самосвідомості. Тасон А. М. [41] показала, що емоційний контроль корелює з контролюючим поведженням матері та пов'язаний із стилем прив'язаності за типом уникнення (почуття некомфортності та незручності при близькості та інтимності, труднощі в тому, щоб довіряти або бути залежним від інших, нав'язлива опора лише на себе). Тасон А. М. [41] дотримується думки, що ранні втрати та жорстке ставлення матері до потреб дитини формують унікаючий тип прив'язаності в дорослому віці, за яким особа ігнорує власні потреби в прив'язаності, захисті, свій дистрес та свої негативні афекти через їх неприйнятність оточуючими.

Соціальна підтримка. Reynolds P., Kaplan G.A. оприлюднили результати проспективного дослідження 6848 здорових мешканців міста Аламеда (Каліфорнія) [36]. Спостереження тривало протягом 1965 – 1982 рр. Показано, що фактором смертності від онкологічної патології серед жінок є соціальна ізольованість, а декілька соціальних зв'язків у чоловіків зменшує їх ймовірність захворіти раком. З іншого боку, є дані, що інтенсивне втручання оточення може бути пов'язане зі слабким виживанням. Так, Sullivan A.K. et al. [40] дослідили однорічне виживання 112 онкогематологічних хворих після трансплантації кісткового мозку на основі психіатричного інтерв'ю перед лікуванням. У формулу для оцінки виживання входили рівень функціонування особистості, ставлення до лікування та функціонування родини. Виявилось, що низький рівень функціонування родини (коли пацієнт вимушений підкорятись колективному рішення родини та отримати лікування) у взаємодії з іншими факторами пов'язаний з поганим виживанням. Високий рівень функціонування родини розглядався як такий, коли пацієнт може сам прийняти рішення, чи буде він отримувати лікування, чи ні. Здійснюючи співставлення цих емпіричних результатів з теорією нарцистичного розладу, можемо допустити, що відсутність соціальної підтримки чи інтенсивне втручання оточуючих може наближувати особу до стану «нікчемного», знеціненого Я, який посилює дистрес збільшуючи ризики розвитку та прогресії онкологічної патології.

Висновки

Психологічні особливості є відмінними при різних нозологіях раку: почуття сорому властиве онкогематологічним хворим, а – провина пацієнтам з солідними пухлинами; при одних видах пухлин (наприклад, РМЗ) був встановлений позитивний вплив заперечення та духу боротьби на тривалість життя, а при інших (наприклад, рак легенів) виявлено зменшення тривалості життя при відсутності надії; емоційна підтримка зменшує ризик колоректального раку, тоді як велика кількість соціальних контактів пов'язана з прогресією РМЗ.

Психологічні особливості онкологічних хворих можна описати, з одного боку, як ознаки вторинного нарцистизму, з іншого – як чи депресивні особистісні риси. На користь вторинної нарцистичності свідчать намагання хворого бути ідеальним (альтруїзм); контролювати емоції чи особистісні риси (демонстративність) з метою бути бажаним; почуття сорому за свої природні психологічні особливості, вразливість самооцінки (потреба в мінімізації захворювання з метою збереження самооцінки, погіршення самооцінки в результаті втрат чи соціальних втручань). Депресивність хворих, зокрема жінок з РМЗ, виявляється в тому, що вони схильні до надмірно самовідданих відносин, невинуватих жертв, самозречення спочатку по відношенню до матері, а потім і в інших соціальних стосунках. Це супроводжується неможливістю отримати розрядку своїм почуттям та дати афекту вибухнути. Реакція на розлучення чи втрати може викликати у них почуття провини чи самоагресію.

Розмірковуючи про психологічні особливості онкологічних хворих, можна помітити дві їх основні потреби: в самостійності та захисті/підтримці. На потребу в самостійності вказують: незадоволеність батьківським піклуванням; намагання самим бути як їх батьки чи краще їх через ідентифікацію себе з ідеалом батьків; намагання бути сильним, що виявляється в запереченні емоційного значення важливих життєвих подій; необхідність приймати незалежно від родини рішення стосовно свого життя. На потребу в захисті опосередковано вказує потреба контролювати емоційну відповідь; тривога втрати об'єкту; потреба в емоційній підтримці; депресія. Конфлікт потреб онкологічні хворі вирішують ціною певної жертви: контроль неприйнятних емоцій чи рис, самопожертва, хронічна фрустрація потреби в захисті/прив'язаності тощо.

Hoodin F. et al [21] показали, що на виживання онкологічних хворих впливає ряд психосоціальних факторів: більше шансів вижити мають молоді; одружені; з доброю освітою; європейці або американці; з відсутньою звичкою палити; які поводять себе більш демонстративно; добре пристосовані; які не в депресії. Отже, виживання краще серед онкологічно хворих, у яких немає конфлікту самовираження (вираження

демонстративності), які мають соціальну підтримку (одружені, добре пристосовані), соціально визнані (освіта, європейська чи американська культура). У зв'язку з цим терапевтична гіпотеза реабілітації онкологічних хворих може полягати в наступному: страх втрати об'єкту обмежує вираження демонстративних рис, негативних емоцій чи вияв власної кращості. Дослідження в терапії фантазій хворого навколо вираження неприйнятних якостей та здатності отримати прийняття може бути кроком до того, щоб навчитись отримувати соціальну підтримку, вербалізувати свої потреби та більш повно проявляти свої риси. Така робота можлива лише за умови довготривалих та надійних психотерапевтичних стосунків, які можуть компенсувати хворому потребу в захисті та безпеці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аспер К. Психология нарцисической личности. Внутренний ребенок и самооценка. – М.: «Добросвет», «Издательство КДУ», 2008 – 365с.
2. Волидин Б.Ю. Качество жизни онкологических больных: подходы к проблеме //Паллиативная медицина и реабилитация. – 2007. - №2. – С.50-53.
3. Голотюк С.І., Голотюк І.А. Психоемоційні травми і психопатологічні паранеоплазії в діагностиці та лікуванні раку молочної залози // IX з'їзд онкологів України. К.: 1995. –С.251-252.
4. Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности больных: дис. ... канд. психол. наук. М.: 1998 -161 с.
5. Собчик Л.Н. СМЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. СПб.: Речь, 2007. – 224 с.
6. Bacon C. L., Renneker R., Cutler M. A psychosomatic survey of cancer of the breast // Psychosomatic Medicine. 1952, Vol. XIV, No. 6. Pp. 453 – 460.
7. Bleiker E.M., Hendriks J.H., Otten J.D. et al. Personality factors and breast cancer risk: a 13-year follow-up // Journal of the National Cancer Institute.- 2008. – Vol.100. - P. 213-218.
8. Bleiker E.M., van der Ploeg H.M., Hendriks J. H., Ader H.J. Personality factors and breast cancer development: a prospective longitudinal study // Journal of the National Cancer Institute. – 1996. - Vol. 88, N 20.- P. 1478- 1482.
9. Broers S., Hengeveld M.W., Kaptein A.A. et al. Are pretransplant psychological variables related to survival after bone marrow transplantation? A prospective study of 123 consecutive patients // J Psychosom Res. – 1998. – Vol.45, N4. - P. 341-351.
10. Chan C., Lin H.J., Lin J. Stress-associated hormone, norepinephrine, increases proliferation and IL-6 levels of human pancreatic duct epithelial cells and can be inhibited by the dietary agent, sulforaphane // Int. J. Oncol. – 2008. – Vol. 33, N2. – P. 415 – 419.
11. Fernandez C.R., Rezola G.R., Moreno V.O., Sanchez A.A. Effects of social stress on tumor development in dominant male mice with diverse behavioral activity profiles // Psicothema. – 2008. – Vol. 20, N4. – P. 818 – 824.
12. Garssen B. Psycho-oncology and cancer: linking psychosocial factors with cancer development // Ann. Oncol. – 2002. – Vol. 13, suppl 4. - P. 171-175.

13. Greene W.A. Psychological factors and reticuloendothelial disease. II. Observations on a group of women with lymphomas and leukemias // *Psychosomatic medicine*. – 1956. - Vol. XVIII, N4. - P. 284-303.
14. Greer S. Psychological aspects: delay in the treatment of breast cancer // *Proc. Roy. Soc. Med.* – 1974. Vol. 67. - Pp. 470-473.
15. Greer S., Morris T., Pettingale K.W., Haybittle J.L. Psychological response to breast cancer and 15-year outcome // *Lancet*. – 1990. – Vol. 335. - P. 49-50.
16. Grossarth-Maticek R., Bastiaans J., Kanazir D. Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischemic heart disease and stroke: the Yugoslav prospective study // *J. Psychosom Res.* – 1985. – Vol. 29, N2.- P. 167-176.
17. Grulke N., Bailer H., Larbig W., Kachele H. Mental adjustment to cancer and survival of patients admitted for allogeneic hemopoietic stem cell transplantation: a prospective cohort study// *GMS Psycho-Social-Medicine*. – 2006. - Vol. 3. <http://www.egms.de/en/journals/psm/2006-3/psm000024.shtml>
18. Hamer M., Chida Y., Molloy G.J. Psychological distress and cancer mortality // *J. Psychosom. Res.* – 2009. – Vol. 66. – P. 255 – 258.
19. Harburg E., Julius M., Kaciroti N. et al. Expressive/Suppressive anger-coping responses, gender, and types of mortality: a 17-year follow-up (Tecumseh, Michigan, 1971 – 1988) // *Psychosomatic medicine*. – 2003. N65. - Pp. 588-597.
20. Hirokawa K., Nagata C., Takatsuka N., Shimizu H. The relationships of a rationality/antiemotionality personality scale to mortalities of cancer and cardiovascular disease in a community population in Japan // *J. Psychosom Res.* – 2004. Vol. 56, N1. - Pp. 103-111.
21. Hoodin F., Kalbfleisch K.R., Thornton J., Ratanatharathorn V. Psychosocial influences on 305 adults survival after bone marrow transplantation; depression, smoking, and behavioral self-regulation // *J. Psychosom Res.* – 2004. – Vol.57, N2. - P. 145-154.
22. Iwamitsu Y., Shimoda K., Abe H. et al Anxiety, emotional suppression and psychological distress before and after breast cancer diagnosis // *Psychosomatics*. – 2005. N46. - Pp 19-24.
23. Koupil I., Plavinskaia S., Parfenova N. et al. Cancer mortality in women and men who survived the siege of Leningrad (1941-1944) // *Int. J. Cancer*. – 2009. – Vol. 124, N6. – P. 1416 – 1421.
24. Linkins R.W., Comstock G.W. Depressive mood and development of cancer // *Am. J. Epidemiol.* – 1990. – Vol. 132, N2. - P. 962-972.
25. Loberiza F.R., Rizzo D.Jr. J., Bredeson Ch. N. et al. Association of depressive syndrome and early deaths among patients after stem-cell transplantation for malignant diseases // *J. Clin. Oncology*. – 2002. - Vol 20, No 8. – P. 2118 - 2126.
26. Murray J.B. Psychosomatic aspects of cancer: an overview // *J. Genet. Psychol.* – 1980. – Vol. 136. – P. 185-194.
27. Nabi H., Kivimäki M., Zins M. et al. Does personality predict mortality? Results from the GAZEL French prospective cohort study // *Int J Epidemiol.* – 2008. Vol. 37, N2. - Pp. 386-396.
28. Nagano J., Kono S., Toyomura K. et al. Personality and colorectal cancer: the Fukuoka colorectal cancer study // *Jpn J Clin Oncol.* – 2008. Vol. 38, N8. - Pp. 553-561.

29. Nagano J., Sudo N., Kubo C., Kono S. Lung cancer, myocardial infarction, and Grossarth-Maticek personality types: a case-control study in Fukuoka, Japan // *J. Epidemiol.* – 2001. Vol. 11, N6. - Pp. 281-287.
30. Nakaya N., Saito-Nakaya K., Akechi T. et al. Negative psychological aspects and survival in lung cancer patients // *Psychooncology.* – 2008. Vol. 17, N5. - Pp. 466-473.
31. O'donnell M.C., Fisher R., Irvine K. et al. Emotional suppression: can it predict cancer outcome in women with suspicious screening mammograms? // *Psychological Medicine.* – 2000. Vol. 30, N5. - Pp. 1079-1088.
32. Penninx B.W., Guralnik J.M., Pahor M. et al. Chronically Depressed Mood and Cancer Risk in Older Persons // *Journal of the National Cancer Institute.* – 1998. - Vol. 90, N 24. - P. 1888-1900.
33. Persky V.W., Kempthorne-Rawson J., Shekelle R.B. Personality and risk of cancer: 20-year follow-up of the Western Electric Study // *Psychosom. Med.* – 1987. – Vol. 49, N5. – P. 435 – 449.
34. Pyter L.M., Pineros V., Galand J.A. et al. Peripheral tumors induce depressive-like behaviors and cytokine production and alter hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation // *Proc Nat Acad Sci USA.* – 2009. Vol. 106, N22. - Pp. 9069-9074.
35. Reynolds P., Hurley S, Toress M. et al. Use of coping strategies and breast cancer survival: results from the black/white cancer survival study // *Amer. J. Epidemiology.* – 2000. - Vol. 152, N10. - P. 940-949.
36. Reynolds P., Kaplan G.A. Social connections and risk for cancer: prospective evidence from the Alameda County study // *J. Behav Med.* - 1990. – Vol.16, N3. – P. 101-110.
37. Russek L.G., Schwartz G.E. Perceptions of Parental Caring Predict Health Status in Midlife: A 35-Year Follow-up of the Harvard Mastery of Stress Study // *Psychosomatic Medicine.* – 1997. – Vol.59. - P. 114-149.
38. Salmon P., Holcombe C., Clark L. et al. Relationships with clinical staff after a diagnosis of breast cancer are associated with patients experience of care and abuse in childhood // *J Psychosom Res.* – 2007. Vol. 63, N3. - Pp. 255-262.
39. Schmiegelow K., Vestergaard T., Nielsen S.M., Hjalgrim H. Etiology of common childhood acute lymphoblastic leukemia: the adrenal hypothesis // *Leukemia.* – 2008. – Vol. 22, N12. – P. 2137 – 2141.
40. Sullivan A.K., Szkrumelak N., Hoffman L.H. Psychological risk factors and early complications after bone marrow transplantation in adults // *Bone Marrow Transplantation.* – 1999. – Vol. 24. – P. 1109 – 1120.
41. Tacon A. M. Parent-child relations, attachment, and emotional control in the development of breast cancer: a dissertation in human development and family studies A dissertation for the degree of PhD. - Texas.: 1998. – 78 p.
42. Thomas C.B., Duszynski K.R., Shaffer J.W. Family attitudes reported in youth as potential predictors of cancer // *Psychosomatic medicine.* – 1979. - Vol. 41, N4. - P. 287-302.
43. Tijhuis M.A., Elshout J.R., Feskens E.J. et al. Prospective investigation of emotional control and cancer risk in men (the Zutphen Eldery Study) (the Netherlands) // *Cancer causes control.* – 2000. Vol. 11, N7. - Pp. 589-595.

44. Watson M., Homewood J., Haviland J., Bliss J.M. Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort // Eur. J. Cancer. – 2005. – Vol. 41, N12.- P. 1710-1714.
45. White V. M., English D. R., Coates H. et al. Is cancer risk associated with anger control and negative affect? Findings from a prospective cohort study // Psychosomatic Medicine. – 2007. Vol. 69. - Pp. 667-674.
46. Zonderman A.B., Costa P.T., McCrae R.R. Depression as a risk for cancer morbidity and mortality in a nationally representative sample // JAMA. – 1989. – Vol. 262, N9. - P. 1191-1195.

Плескач Б.В. Психологические факторы в развитии и прогрессии онкологического заболевания, гипотезы для психотерапии.

В статье представлен обзор литературы по проблеме значения психологических особенностей для риска развития и прогрессии онкологической патологии. Рассмотрено значение стресса, депрессии, ранних детских отношений, психической адаптации к опухоли, регуляции эмоций и социальной поддержки. Формулируется гипотеза, что психологическая проблема онкологических больных может быть представлена как неприятие определенных черт или эмоций и развитие самоконтроля для того, что бы выглядеть приемлемым и сильным. Исследование фантазий вокруг выражения неприемлемых качеств может быть шагом к тому, что бы научиться получать социальную поддержку, вербализировать свои потребности и более полно проявлять свои особенности.

Ключевые слова: онкологические заболевания, психосоциальные факторы риска, психотерапия.

Pleskach B.V. Psychological factors in the development and progression of cancer, hypothesis for psychotherapy.

The article is reviewed the modern data concerning the significance of psychological characteristics for the risk of cancer pathology and its progression. The influence of stress, depression, early childhood relationships, mental adaptation to cancer, regulation of emotions and social support are discussed. The hypothesis is formulated that psychological problems of the oncological patients may be present as rejection of some their personal traits or emotions and the development of own control to look be accepted and strong. The research of fantasies concerning expression of repressed traits may be step forward the education of patients to receive social support, discuss their problems and more fully express their personality.

Key words: oncological diseases, psychosocial risk factors, psychotherapy.