

ГОДИШНИК НА СОФИЙСКИЯ УНИВЕРСИТЕТ „СВ. КЛИМЕНТ ОХРИДСКИ“
ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ
Книга Психология
Том 101

ANNUAIRE DE L'UNIVERSITE DE SOFIA „ST. KLIMENT OHRIDSKI“
FACULTE DE PHILOSOPHIE
Livre Psychologie
Tome 101

ПСИХОСОМАТИКА И ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – НАУЧНИ ВЪЗГЛЕДИ И ПРОТИВОРЕЧИЯ

МАРГАРИТА ТАРЕЙН

М. Тарейн. ПСИХОСОМАТИКА И ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ – НАУЧНЫЕ ВЗГЛЯДЫ И ПРОТИВОРЕЧИЯ

Научные взгляды влияния психологических факторов этиологии и развитие соматических болезней, оформляют границы психосоматической медицины. Вместе с развитием психофизиологии и психодинамических идей о развитии симптома, оформляется группа т.наз. „психосоматических болезней“. Вопрос различия между „соматичным“ и „психосоматичным“ остается актуальным, как и тот, могут ли онкологические заболевания рассматриваться через эту призму. Дискуссия по участию психологических факторов в патогенезе и развитие онкологических заболеваний в основе множества исследований, различных гипотез и противоречий.

М. Tareyn. PSYHOSOMATICS AND ONCOLOGICAL DISEASES – SCIENTIFIC NOTIONS AND CONTRADICTIONS

Scientific notions about the influence of the psychological factors on etiology and course of somatic diseases confine within certain limits psychosomatic medicine. Along with the development of psychophysiology and psychodynamic ideas of how symptoms form, the group of the so called “psychosomatic diseases” has been formed. The question concerning the difference between “somatic” and “psychosomatic” remains actual as well as the question whether oncological diseases could be seen in that light. The debate on the influence of different psychological factors during pathogenesis and progress of oncological diseases underlie many researches, different hypotheses and contradictions.

УВОД

Въпросът за патогенезата, протичането и лечението на онкологичните заболявания е предмет на множество изследвания в областта на медицината, биологията, фармакологията, клиничната и поведенческата психология и други науки. Комплицираният проблем за причините за онкологичните заболявания, на пръв поглед ясен и детерминиран в определени аспекти, остава също така и неразрешим. Мислейки за него, неминуемо се докосваме до тясната му връзка с личностния фактор, средата, условията и конфликтите, в които човек живее и се развива.

Изследванията в областта на психосоматиката и психоонкологията са доста богати на натрупан научен материал, който обаче все още от гледна точка на съвременната медицина и онкология изглежда някак поставен в полето на интересните философски идеи. Въпреки множеството аргументи по посока единството между психичните и соматичните процеси, не само формално, но и в практически план, клиничната медицина и психосоматичната концепция стоят все още на разстояние една от друга. Тази проблематика съществува от самото обособяване на психосоматичната наука и въпреки множеството настоявания на авторите от тази област за интегрирането ѝ и насочването на вниманието на практикуващите медици към нея изглежда не е постигнато особено много. Оттук се запазва и актуалността на всички повдигнати въпроси като най-провокативният и дискутабилният от тях остава този за ролята на личността в патогенезата на онкологичните заболявания.

ЕДИНСТВОТО ПСИХИЧНО-ТЕЛЕСНО

Идеята за единството между психичното и телесното датира от древността и в продължение на векове е опосредствала подходите към обяснението на болестта. Тя е била изтъквана от Хипократ, Аристотел, Платон и Сократ. От гледна точка на времето обаче можем да кажем, че концепцията за психосоматичното единство по-скоро е претърпяла negliжиране, отколкото особено развитие. Franz Alexander пише, че примитивният човек е обяснявал всички събития в природата психологически и се е надявал, че може да повлияе на природните явления само чрез такива техники като апел към добрата воля на духовете чрез заклинание, подкупване и сплашване или, с други думи, със същите методи, с които е влияел на другите хора. Докато сега „главното постижение на последните триста години от нашата „научна ера“ се състои от деанимиране на природата и открития във физичната причинност“ [1, 14]. Още Платон пише, че „най-голямата грешка представлява това, че има лекари за тялото и лекари за душата, когато едното не може да бъде разединено от другото; но... гръцките лекари не могат да виждат цялото“ [2, 57] и по този начин очертава един факт, който въпреки напредъка на медицината и психологията остава валиден и до днес.

Развитието на психоанализата може да се смята за една от първите систематизирани научни реакции срещу едностранчивия подход на развитие на медицината през втората половина на XIX век и против negliжирането на „фундаменталния биологичен факт, че организмът е едно цяло и функцията на отделните му части може да бъде разбрана само от погледа на цялата система“ [3, 11].

Viktor von Weizsacker – друг известен автор в областта на психосоматичната зависимост, който изучава възприятията – също отхвърля едностранчивия биологичен подход, като настоява да бъде въведен субектът в биологията, и припомня, че „предметът на биолозите е обект, в който обитава субект“. Според него рефлексологията на Павлов и бихейвиоризмът на Watson искат да постигнат нещо невъзможно – а именно да направят телесните и душевните процеси достъпни за точна наука. Онова, което според него прави опитите на теорията на рефлексите неудовлетворителни, е това, че в тях се изключва „преднамереността“ [4, 443–445]. Следвайки този подход, в който човекът бива „разглеждан като машина или животно“, според Franz Alexander „на лекаря не остава друго освен да се чувства като висококвалифициран техник или ветеринар, който се намира спрямо своите пациенти в отношението субект–обект“ [4, 426].

Единството на организма е най-ясно изразено във функциите на ЦНС. Тя регулира неговите вътрешни вегетативни процеси, както и външните, и връзките му със средата. Интеграцията на всички външни и вътрешни дейности на организма се извършва от неговото централно управление, представено от висшите центрове на нервната система, които при човешките същества ние наричаме „личност“. По този начин психологичните феномени представляват „субективни образи на физиологичните процеси“ [3, 13]. Единството организм–личност „е изградено не на принципа на еквипотенциалността на всички негови части, а на строга структурно-функционална диференциация и специализация, резултат от хилядолетното еволюционно развитие на живите организми. В хода на тази диференциация нервната система се е специализирала в осъществяване на единството на организма и в организиране на неговите реакции спрямо въздействията на околната среда.“ [2, 58].

Откритията в областта на физиологията дават прозрение за детайлните механизми, по които съзнанието ръководи тялото. F. Alexander казва още: „фактът, че съзнанието ръководи тялото, независимо колко е пренебрегван от биологията и медицината, е най-фундаменталният, който знаем за процеса на живота“. [3, 13]. Нашето тяло, тази сложна машина провежда изключително сложна моторна активност под влиянието на такива психологични феномени като идеи и желания. Alexander пише, че всички емоции са придружени от физиологични промени – страхът се изразява със сърцебиене, гневът с повишена активност на сърцето и повишаване на кръвното налягане и т.н. Всяка емоционална ситуация кореспондира със специфичен синдром от физически промени и психосоматични отговори като смях, плач, изчервяване, промени в пулса, дишането и т.н. Също така всички нервни импулси възникват в определени емоционални ситуации през

нашият живот в интеракцията ни с другите хора. Докато при моментните емоционални състояния възникналите във връзка с тях физиологични промени отминават заедно с емоцията и организмът възстановява своето равновесие, при честото или перманентно излагане на личността на определен тип емоции, конфликти и взаимоотношения тези въздействия стават хронични, което респективно нарушава това равновесие. Тук се появява старият термин „органична невроза“ или обозначаван в съвременния научен език като „функционално разстройство“, при което дори и най-задълбоченото изследване на тъканите не показва никакви морфологични промени в тях; т.е. анатомичната структура на органа не е изменена, единствено координатата и интензивността на функцията му е разстроена.

Реална причинно-следствена връзка между психичните фактори и истинските органични разстройства не е установена, но както пише Alexander „Все ясно е, че природата не познава такова стриктно разграничение между „органично“ и „функционално“ [3, 15]. По тази причина все повече клиницисти започват да подозират, че дълго продължаващите функционални разстройства постепенно могат да доведат до сериозни органични поражения, базирани върху видими анатомични изменения, и да се стигне до клинична картина на сериозно заболяване.

Реалната причинно-следствена връзка като че ли се оказва подводният камък на психосоматичната идея и причината тя все още да граничи по някакъв начин по-скоро с „екзотичното“, отколкото с научно издържаното. Знанието за телесните процеси в по-голямата си част има привилегията да бъде обективно, наблюдаемо и отгук доказуемо. Когато мислим за личността обаче, форматът неминуемо става различен. Личността се отнася до съзнанието, а „когнитивната невронаука категорично доказва (чрез убедителни наблюдения и експерименти), че по-голямата част от работата на ума се извършва извън съзнанието (Kihlstrom, 1987; Westen, 1999), и така променя посоката на дебата към това доколко и каква част от психоаналитичните идеи могат да бъдат интегрирани в един цялостен интердисциплинарен научен подход“ [5, 76]. А какво демонстрират психоаналитичните идеи? Индивидуалност на първо място (психоаналитичният метод се прилага върху отделния индивид), символичност и комплексност. Freud казва: „Когато се заемем с психоаналитична работа, много скоро узнаваме, че един симптом има повече от едно значение, че той изобразява едновременно няколко несъзнавани мисловни хода“ [6, 57]. Как биха могли те да бъдат обективизирани? Къде в организма, в коя телесна система можем да открием връзката с важен обект например, или траура; неудовлетвореността?

Freud работи с „великата симулантка“, както я нарича Charcot – хистерията – неврозата, която по най-шокиращ начин демонстрира възможностите на психичното да влияе над телесно, и разсъждава върху въпроса дали симптомите на хистерията имат психичен или соматичен произход и ако е вярно първото – то дали всички те са психично обусловени. „Този въпрос, отговаря Freud,... не е адекватен. Действителното положение на нещата не е заключено в подобни алтернативи. Доколкото мога да видя, всеки хистеричен симптом изисква

принос и от двете страни. Той не може да се прояви без определена соматична подкрепа, оказвана в някакъв нормален или болестен процес в някакъв телесен отговор. Той се появява не повече от веднъж – а хистеричният симптом притежава способността да се повтаря – ако не притежава и психично значение, т.е. смисъл“ [6, 51]. Идеята за смисъла на симптома, неговата функция да комуникира и да взема участие в решаването на определен психичен конфликт, се развива от изследователите на психосоматичната медицина.

ПСИХОСОМАТИКА. ПСИХОСОМАТИЧНИ ТЕОРИИ

• Психосоматика

Психосоматиката е научно направление в медицината и психологията, което в най-широк смисъл включва всички взаимодействия между поведението (мисли, чувства, действия) и телесната болест, като се основава на идеята, че болестите не се появяват и не протичат във вакуум: те съществуват само в пациенти. Оттук терминът „психосоматично разстройство“ се отнася до „тип телесна болест, чиято етиология или протичане са свързани със значими психологически фактори“ [7, 936]. Психосоматичното разстройство е такова, при което емоционалните фактори са неговата главна етиологична детерминанта, която обаче за пациента е напълно или частично неосъзната [8, 6].

Терминът „психосоматика“ е въведен за първи път от немския психиатър Christian Heinrot през 1818 г., а фразата „психосоматична медицина“ окончателно е била приета в медицината благодарение на виенския психоаналитик Felix Deutsch през 1922 г. Deutsch, заедно с колегите си Flanders Dunbar, Franz Alexander и др., бързо е предизвикал интерес към психосоматичната проблематика и към края на 50-те години на миналия век в американската литература били публикувани около 5000 статии по този въпрос [9, 16].

Съгласно основния постулат на тази наука реакциите на определени емоционални преживявания се съпровождат от функционални изменения и патологични нарушения в органите, като съответната предразположеност може да влияе на избора на засегнатия орган или система. Психосоматичното заболяване се разглежда като свойство на човешкия организъм като система и по този начин то не се дължи нито само на психологичните, нито само на физиологичните (включително наследствените) свойства на индивида. Респективно неговото лечение изисква едновременното приложение на соматична и психотерапия. Вътрешните конфликти и невротичните реакции влияят не само на произхода, но и на хода на заболяването и несправянето с тях или омаловажаването им често води и до резистентност към соматичната терапия; както и обратното – тяхното спонтанно или целенасочено разрешаване до голяма степен би могло да обясни често наблюдаваните „чудеса“ в лекарските кабинети.

Психосоматиката е законното дете на дълбиннопсихологичното изследване. Още Freud забелязва, че някои пациенти вместо неврози развиват понякога физически заболявания [4, 275] и според него разпространето на психоанализата и върху органичните заболявания е желателно и перспективно [4, 404]. Freud казва, че „Лечението на неврозите е само едно от приложенията на анализата и може би бъдещето ще покаже, че то не е най-важното“ [10, 71]. Според него „при всички психоневрози психичните процеси остават дълго време същите и едва след това се появява „соматичната подкрепа“, която осигурява на несъзнаваните психични процеси изход в телесното. Когато този момент не е налице, цялото състояние се превръща в нещо различно от хистеричния симптом, но все пак сродно с него, например фобия или натрапчива идея – накратко в психичен симптом“ [6, 52]. Самите хистерични симптоми „са трайни последици от психични травми, чиято афектна величина е била отклонена от съзнателна обработка благодарение на особени обстоятелства, поради което си е пробила абнормален път в сферата на телесната инервация“ [6, 11].

Ядрото на несъзнаваното се състои от нагонни представителства, които постоянно се стремят към отчитане на техния пълнеж. В стремежа си към задоволяване нагонните представителства често се сблъскват със съпротива и биват изтласкани. Изтласканата представа не изчезва, нито се унищожава – според Freud „тя се намира в състояние на несъзнаваност и може да упражнява въздействия“ [5, 76]. Или казано с други думи, „изолираното инстинктивно желание от своя страна не остава бездейно, то се опитва да си възвърне нормалното задоволяване, което му е отказано“ [10, 30]. По този начин „изтласканият нагон си отмъщава с това, че след като не може да се разгърне психично, той успява да увеличи господството си над служещия му орган. Загубата на съзнаваното господство над органа е вредна заместваща конструкция за неудачното изгласкване, която е станала възможна само на тази цена“ [11, 169]. Този процес не може да бъде осъществен без „изменения на възбудимостта и инервацията, които ще се проявят като нарушения при функционирането на органа в служба на Аза“ [11, 170–171]. Това функциониране може да бъде лост в ръцете на частичния нагон към смъртта, който „остава действен в живото същество и ние сме проследили достатъчно голям брой нормални и патологични изяви на насочения навътре разрушителен нагон...“. Както разбирате, ако този процес стигне твърде далеч, това вече не е толкова безопасно – това директно уврежда здравето, докато ориентацията на деструктивните нагонови сили към външния свят разтоварва живото същество и трябва да му въздейства благотворно [11, 269].

Именно идеята за насочването „навътре“ към тялото срещу външното отреагиране на емоционалните преживявания очертават границите на психосоматичните заболявания.

В момента по данни на СЗО от 38 до 42% от всички пациенти, посещаващи лекарските кабинети, спадат към групата на психосоматичните болни [9, 16].

- Психосоматични теории

- Теории за специфичността

Според тези теории всяко психосоматично разстройство се предизвиква от определена психологическа констелация. Всички теории за специфичността целят да изяснят избора на телесен симптом по психологичен начин, като се опитват да отговорят на въпроси като: „Защо пациент А развива астма, докато пациент Б има високо кръвно налягане?“

В древността Хипократ е описал четири типа темперамент (холеричен, сангвиничен, меланхоличен, флегматичен), които феноменологично и терминологично се признават и до днес. „В съответствие със своята хуморална теория той е обяснявал принадлежността на един или друг темперамент в зависимост от преобладаването на някоя от телесните течности: кръв, лимфа, „зелена жлъчка“ и „черна жлъчка“ [12, 77].“

По-късно Kretschmer развива учение за конституционните типове, според което съществува връзка между телостроежа и психичната структура (характера) на човека, която и до днес има много привърженици. Той определя три основни типове телостроеж: астеничен, пикничен и атлетичен. На всеки от тези типове съответства както даден характер, така и предразположение към някои психични и соматични заболявания. Така астеничният тип се разглежда като предразположен към шизофрения и белодробна туберкулоза, пикничният – към биполарно разстройство и сърдечно-съдови инциденти и атлетичният към развитие на епилепсия [12, 76, 137].

Теориите за специфичността и по-точно техният подраздел – теорията за специфичната личност, са свързани предимно с името на американската лекарка Flanders Dunbar. Според този подход, който стъпва върху психоаналитичните идеи за конверзията, определени личностни черти водят до определени телесни симптоми и по този начин се явяват рискови фактори за развитието на конкретни заболявания. Терминът „психологична констелация“ е въведен от Flanders Dunbar в отговор на противоречията във възприемането на термина „личностен профил“ на болестта, който първоначално е бил свързван с точно определен тип болест в значим брой случаи. Dunbar е описвала личностни профили като язвена личност, коронарна личност, артритна личност и др. Забележително е, че в практиката си тя е използвала психологичната констелация като помощно средство в откриването и ранната диагностика на различни заболявания, още преди техните симптоми да се проявят. Dunbar дори е отхвърляла използването на термина „психосоматични болести“ като разграничител между тези и останалите заболявания, за които по този начин се дефинира, че нямат психогенни компоненти [13, 350–351].

В съвременната медицина възгледите на Dunbar са преформулирани в термина „рискова личност“ от Rosenman и Friedman в техните разработки върху лица, застрашени от развитие на инфаркт на миокарда (т.нар. личностов тип А).

Такива описания се срещат и в други изследвания върху личността (Irvine et al., Siegman, Smith, Williams) [9, 24].

Теорията за специфичния конфликт „е разширение на психоаналитичната теория за конверзията, според която безсъзнателните конфликти се разрешават чрез превръщането им в соматични симптоми. Твърди се, че специфичните конфликти са свързани със специфични заболявания“ [7, 935].

Всичко това се отнася за понятието То, което въвежда Georg Groddeck, а Freud по-късно възприема в променена форма и му отнежда място в пределите на психичния апарат. За Groddeck То представлява основата на онова, което по-късно ще бъде наречено „психосоматична медицина“ [14, 9]. След излизането на неговата „Книга за То“ Freud казва: „Със сигурност Groddeck е прав до четири пети да извежда органическите страдания от То, а може би има право и за останалата една пета“ [4, 417].

През 1921 г. Freud пише: „Несъзнаваното използва органични страдания... за мимическо представяне на изтласканото също така, както използва за това хистеричните гърчове или някакъв друг невротичен симптом“. Година по-късно той твърди: „Симптомът на неврозата – аз лично смятам, че и с органичния симптом е същото – изразява символично един изблик на несъзнаваното“ [14, 11].

За включването на заболяванията на вътрешните органи чрез механизма на конверзията в обсега на психосоматичната медицина много допринася S. Ferencsi, който назовава и първата психосоматична болест – улцерозния колит [12, 68].

Теорията за специфичния психичен конфликт на Franz Alexander анализира психодинамичните модели, лежащи в основата на някои конкретни заболявания. През 1950 г. той изброява седем класически психосоматични разстройства, които биват наричани „свещената седморка“ или още „психосоматози“. Те са: есенциална хипертония, пептична язва, ревматоиден артрит, хипертироидизъм, бронхиална астма, колит и невродерматит. По-късно този списък бива разширен, като към него се добавят още онкологичните, инфекциозните и други заболявания [9, 18]. Сега МКБ 9-ата ревизия осигурява подробен списък на психосоматичните разстройства като включва екзема, уртикария, психосоциален нанизъм, психогенна кашлица, дисменорея, невроциркулаторна астения и много други.

Според Alexander чрез специфичните органични симптоми, на едно автоматично и несъзнавано ниво, индивидът изразява своята неприспособимост. Той твърди, че „има съвсем малко съмнение, че изборът на орган е предопределен от конкретната личностова структура“, като съотнася това свое твърдение към използвания по това време термин „органни неврози“ [15, 96].

Органните неврози той описва като „разстройства на вътрешните вегетативни органи, причинени от нервни импулси, чийто основен произход са емоционалните процеси“. Продължителните страхове, агресия, желаниа, ако бъдат потискани, биват отклонени към погрешни канали. Alexander твърди, че „както патологичните микроорганизми са специфични и имат специфичен

афинитет към конкретни органи, така и емоционалните конфликти са различни един от друг и са отговорни в съгласие с тези различия да засягат различни вътрешни органи. Потиснатият гняв изглежда има специфична връзка със сърдечно-съдовата система, тенденциите към зависимост и търсене на помощ, както последните психоаналитични изследвания показват, изглежда имат специфична връзка с хранителната функция...“ [3, 18].

На базата на тези свои убеждения Alexander заключава, че „нарастващото знание за връзките на емоциите с нормалните и разстроените телесни функции изисква за модерния лекар емоционалните конфликти да станат също толкова реални и веществени, колкото и видимите микроорганизми“ [3, 18].

Интересно е виждането на Viktor Frankl по въпроса за опитите на теориите за специфичността да дадат обяснение на соматичните заболявания, което разширява обсега на тези виждания. Той твърди, че конфликтите „в никакъв случай не са патогенни сами по себе си. Превръщането им в патогенни не зависи от комплекса или от конфликта, а от цялостната психична структура на пациента. Защото всички набедени комплекси и конфликти са почти всеобщо разпространени и точно заради това не могат да бъдат сами по себе си патогенни... Следователно може да се каже, че психосоматичната медицина изобщо не се занимава с въпроса защо определен комплекс или конфликт е станал патогенен точно при този пациент“. Според него „същинската проблематика на психосоматичните взаимовръзки изобщо започва тъкмо там, където психосоматиката свършва“ [16, 95]. С тези свои виждания Frankl като че ли въвежда идеята за индивидуалната психосоматична формулировка, която при отделния пациент е възможно да доведе до качествено ново структуриране на натрупания психосоматичен опит и оттук до постигането на неговата цялостност. Това разсъждение изглежда намеква за „скъсания“ от отделните теории кръг на знанието в тази област, което отново води до ощетенане на ползите от него за сметка на точните научни дефиниции.

За Schultz-Hencke е себепонятно, че динамизмите от учението за неврозите са валидни по някакъв начин за човешкото тяло; на всяка деформация в живота на подтиците трябва да съответстват по-малки или по-големи соматични функционални нарушения [4, 275].

В своя „Учебник по аналитична психотерапия“ (1951) той подхожда предпазливо, като твърди, че не всички болести са по механизма на хистерията. Там той изброява същностните основни подтици, които могат да се нарушат в процеса на социализация, като ги свързва с определени органи, които имат определено сродство (афинитет) със съответното нарушение, за да доведат след това до конкретни функционални аномалии, и оттук до същински болести [4, 276].

Въпреки че всички теории за специфичността допринасят с нещо за разбирането на психосоматиката, „никоя от тях не е оцеляла в първоначалната си форма. Изследванията са осигурили частична подкрепа на всички, но нито една от тях не е подкрепена напълно“ [7, 935].

– Теории за неспецифичността

Възгледът за неспецифичността поддържа етиологичния приоритет на психологичните фактори за възникването на някои заболявания, но не се занимава с обяснението на избора на симптом, а се позовава на т.нар. „органична уязвимост“.

Тук централно място заема хипотезата за алекситимията, която обозначава неспособността за изживяване и изразяване на емоциите, преживяванията и усещанията, конкретно-оперативно мислене и невъзможност за влизане във връзка със собствения вътрешен свят [9, 25–26]. Твърди се, че тези хора са особено уязвими на психосоматични заболявания, тъй като при тях „започва да доминира примитивната соматична изразна форма“ [22, 27].

Психофизиологичните теории, включващи експериментално-психологически, клинично-физиологични, биохимични и цитологични изследвания върху последствията от емоционалния стрес, установяват влияние на екстремалните и хронични стресови ситуации върху патогенезата, протичането и терапията на психосоматичните заболявания.

Към тези теории спада понятието на Cannon за телесната хомеостаза и работата на Selye върху хипофизно-надбъбречните реакции. Cannon стъпва върху павловския експеримент и показва взаимовръзката между емоциите и промените в ЦНС.

Съвременната психофизиология доразвива работата на Cannon, използвайки понятието за психологичен стрес, като достига до следните заключения: „1) различните емоции са свързани с различни модели на промяна; 2) в тези модели съществуват значителни индивидуални различия; 3) моделите често са такива, че при запазването им за дълъг период от време може да се развие соматична болест“ [7, 936].

Hans Selye представя т.нар. от него „общ адаптационен синдром“ в отговор на стреса, който се състои от три специфични фази (алармен стадий, стадий на устойчива съпротива и фаза на изчерпване). Според тази концепция „тялото притежава механизми на справяне със стреса, но има лимит на ресурсите и енергията. Ако стресът продължи твърде дълго, те се изчерпват“ [24, 257].

• Символика на болестта

При обсъждането на индивидуалната диспозиция на болестта G. Groddeck обръща внимание върху една своеобразност на несъзнаваното на човека, което обозначава с То, която той нарича „предвидливостта на несъзнаваното, разсъдъкът на То“. Според него проявите на този разсъдък са напълно подобни на тези на съзнателния, „само дето далеч ги превъзхождат“ [14, 65]. Според този автор човекът има усет за символа и всичко, което е открил или прави, е символично. Така за създаването на симптом То използва преимуществено символи. Според Groddeck органичните симптоми като символи на определени

послания от То се развиват по аналогия на сънната и неврозната дейност [14, 177]. Според него „болестта иска да каже нещо“ [14, 112], което ние можем да открием само посредством изучаването на последиците от нея. По тази причина най-доброто лекарство, което може да бъде предписано на пациента, е правилната психоаналитична интерпретация. В работата си „Психическа обусловеност и психоаналитично лечение на органическите страдания“ (1917) Groddeck настоява за последователно символно тълкуване на органичните смущения и опит да се отговори на въпроса какво иска с болестта телесно-душевният организъм. Чрез словесното разбиране То може да изрази своите нужди и намерения по-явно и безвредно, отколкото това става чрез болестта. В своя трактат той пише: „ограничаването на психоаналитичното лечение върху областта на неврозата не съответства на знанията за въздействието на анализата. Тези граници са твърде тесни. Психоанализата не може и не бива да се спира пред органичните страдания“ [4, 408]. Groddeck смята, че в продължение на столетия медицината е била едностранчиво съсредоточена върху причинността, и няма да ѝ навреди да се придвижи към страната на целевостта [4, 412].

Alfred Adler в ранната си творба „Студия върху малоценността на органите“ (1907) говори за органов диалект или език на органите, с който индивидът съобщава на себе си и на своето обкръжение настроения, мнения и подтици, които не може да изрази с обичайния разговорен език. Тези деформирани съобщения трябва своевременно да се преведат чрез компетентни тълкувания, при което съзнанието на пациента се разширява и това разширяване действа лечебно [4, 417].

Viktor von Weizsacker задава въпроса защо човек се разболява точно тук и сега. Защо се разболява точно от тази болест, а не от друга? По тези въпроси традиционната медицина знае твърде малко. Той отхвърля психоаналитичното понятие за конверзия и настоява отношението между психика и тяло да се тълкува като „представителство“. Така една болест може да се разглежда като настъпила вместо едно решение. В „Телесни процеси и невроза“ (1947) той дава клиничен пример за пациентка с остра ангина, на която след прегледа лекарят казва: „Добре сте се подредили“, а тя отвръща: „Това винаги е по-добре, отколкото да родиш дете“. По-късно се установява, че предишния ден тази пациентка отхвърлила настояванията на един почитател, които биха могли да имат такива последици. Онова, което не настъпва при болния, според Viktor von Weizsacker е съзнателното решение, свързано с поемането на отговорност и контрол върху хода на събитията. Тъкмо това пациентът не успява да направи. Така неговата конфликтна настройка се настъпя дълбоко в телесните му процеси, където поражда симптомите. С други думи, болестта трябва да се разбира като увредено себеосъществяване [4, 441–447].

Друг аналитик, който вижда във Фройдовото учение за неврозите ключа към задълбоченото познание относно причините за човешките болести, е Alexander Mitscherlich, който настоява за признанието на психологическото

мислене в медицинската практика. В двата си тома: „Болестта като конфликт. Студии по психосоматична медицина“ (1966/1967) Mitscherlich посочва загубата на обекта като основна причина за психосоматичните заболявания. Ако вследствие биографичната си история индивидът не е подготвен за подобни удари, се стига до регресия и соматични симптоми, които винаги са израз на безпомощност и безнадеждност. Провалът се превръща в душевно-телесно нарушение на функциите, което при определени обстоятелства може да доведе до видими увреждания на органите. Болестта е реакция и постижение на човека в привидно безизходна ситуация. Оттук терапията трябва да установи връзките между хода на живота и заболяването. Според Mitscherlich само една конфликтна теория на човешкото битие осигурява вживяване в болестите, които са структурирани биографично и междуличностно [4, 483].

За индивидуалната специфика и символика на даден симптом настоява и Freud. При представянето на случая на своята пациентка Дора и нейната афония Freud отказва да даде общовалидно тълкуване на този симптом. „В случая с Дора – пише той – детерминацията на симптома е прекалено специфична, за да можем да мислим за често повторение на една и съща случайна етиология“ [6, 50]. Freud говори и за мотивите за заболяването: „положението, че мотивите за болестта не са налични в началото на болестта и встъпват едва вторично, не е оправдано... Мотивът за заболяването е винаги намерението за извличането на някаква полза... Заболяването ни спестява на първо място един психичен резултат, то се оказва икономически удобно в случай на психичен конфликт“ [6, 53]. Мотивите за заболяване често се активират още в детството [6, 54]. Според Freud болестните състояния обикновено са предназначени за някаква личност, но той добавя, че „има обаче случаи с чисто вътрешни мотиви, например наказания от рода на разкаянието и самоизтезанието“ [6, 56].

Groddeck обсъжда също така и въпроса за локализацията на заболяването. Според него „смисълът на заболяването трябва да има нещо общо с функцията на главния засегнат орган“ [14, 167]. Той говори за локалната предразположеност, като задава въпроса именно защо несъзнаваното избира определени места по тялото за прицелни точки на своята болестотворна дейност. Например разстройствата на отделителната система той разглежда като свързани с ананалната проблематика и като средство на детето да накаже родителите си и да наложи върху тях своите желаниа [14, 146]. Изхождайки от тази позиция, се подразбира, че „ако То не достигне своите цели с обикновени средства, или пък ако целите са твърде много и твърде трудни, то няма да се задоволява с обикновения запек, а прибегва до загняване на сляпото черво, до перитонит, до преплитане на червата, до тумори и рак“ [14, 167].

На базата на тези виждания на Groddeck логически може да се предположи, че вероятно тежестта на соматичната болест съответства на по-голяма тежест на психичния конфликт, репрезентиран чрез нея или на по-висока степен на задръжка на определен емоционален израз.

Groddeck споделя идеите на Freud за бягството в болестта, като добавя към тях и тази за „волюта за боледуване“. Според него всяко разболяване е регресия в детска връзаст, при което стои желанието да бъдеш в грижовните ръце на майката и детето е като един същински „владетел на света, крал на кралете“. Той добавя, че „има само едно същество, което може да претендира за същите права с почти същия успех и това е болният... Той намира досущ като детето любов без всякаква заслуга и достойнство“ [14, 160–161]. Болестта обаче ни прави едновременно с това и невинни. Болният няма съзнание за вина или го премахва, като става все по-болен. Болестта също така съдържа в себе си и наказанието, с което изкупва тази вина.

Що се отнася до гинекологичните заболявания, можем да кажем, че в тяхната основа „често се откриват нарушения на партньорските взаимоотношения“ [9, 835]. Според Helene Deutsch „едва ли има невроза или емоционална трудност, която да не провокира по-голяма или по-малка реакция в процесите на гениталния тракт... При редица психични заболявания и сега трудно можем да определим приоритета във взаимодействието на органичните и психичните фактори“. Тя описва курioзен случай на бракоразводно дело, в което съпругът търговски пътник, който се връщал вкъщи през нерегулярни интервали от време и винаги заварвал жена си в менструация, я обвинявал, че тя повече не желае брачна връзка с него [17, 189].

Всеки хормон оказва специфично действие върху инстинктивното поведение на жените. Когато породените потребности не могат да бъдат задоволени в границите на съответния полов акт, това може да доведе до напрежения, нарушаващи хармоничното протичане на цикъла. По този начин възниква нарушение в хормоналното равновесие, което на свой ред повишава емоционалното напрежение и така порочният кръг на психосоматичното съдържание се затвърждава, докато в един момент може да се достигне до рак [9, 835].

ПСИХОСОМАТИЧНИ ПОДХОДИ КЪМ ОНКОЛОГИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Когато говорим за връзката между психологичните фактори и онкологичните заболявания, се натъкваме на множество противоречия. Най-общо може да се каже, че доколкото една част от изследванията потвърждават тази зависимост, друга почти същата по размер част от тях, я отхвърлят. Критиките към установяването на тази връзка са най-различни – те се отнасят до методологичната постановка на изследванията, генетични, епидемиологични и други фактори на патогенезата на рака.

Първото статистическо изследване по този проблем е публикувано от Snow през 1893 година. Той изследва 250 жени онкологични пациенти на London Cancer Hospital и докладва, че 156 от тях са преживели непосредствено предшествващи заболяването неприятности. Този доклад е последван от ня-

колко изследвания през първата половина на XX век. Едва по-късно нараства интересът към изследването на връзката между психологичните фактори и риска от рак [18, 19–21].

Множество значими изследвания през последните две десетилетия излагат данни, потвърждаващи връзката между онкологичните заболявания и психологичните фактори, като установяват три основни закономерности. Първата е, че началото на болестта съвпада по време със значими травмиращи събития в живота на индивида; втората е, че лечението на онкологичното заболяване е стресогенно, и третата – че личностните модели за справяне по време на лечението повлияват не само качеството на живот на пациента, но и прогнозата. Така в средата на седемдесетте години на миналия век се поставят официалните основи на психоонкологията [19, 206].

Досега са известни много рискови и малко етиологични фактори за раковите заболявания. Посочват се поведенчески фактори на риска като тютюнопушене, употреба на алкохол, начин на хранене, производствени фактори като работа с химически и физически канцерогени; генетични фактори, вируси, свръхмерен стрес, преканцерозни психосоматични заболявания като улцерозен колит, язва на дванадесетопръстника, болест на Крон и т.н. [20, 143].

В качеството на „психологично канцерогенни“ са описани лични травмиращи жизнени събития, трудности във връзките със загубения обект и обусловени от това страхове, нарушения в способностите за изразяване на емоциите, трудности в преодоляването на конфликти, персистиращи състояния на отчаяние и безнадеждност, и др. [9, 887].

Често онкологичните заболявания свидетелстват за това, че през живота си индивидът е имал неразрешени проблеми, които са се засилвали или усложнявали от серия стресови ситуации, случили се в периода от шест месеца до година и половина преди възникването на рака. Типичната реакция на онкоболните на тези проблеми и стрес се характеризира с усещания за безпомощност и отказ от борба. Тези емоционални състояния привеждат в действие редица физиологични процеси, които потискат естествените защитни механизми на организма и създават условия за възникването на тумори. Онкологичноболните обикновено се отнасят към психологическия тип, склонен да се свързва с определени обекти (човек, работа, семейство) за сметка на развитието на своята индивидуалност. Така, когато тези обекти или роли биват заплашени от някаква опасност или загубени, такива пациенти се оказват напълно сами, което обаче не е по силите им за справяне, тъй като нямат опит с такива ситуации.

На базата на изследване на психологическите аспекти на живота на 500 болни LeShan (1977) определя четири основни момента:

- Юношеството на пациентите е било белязано от чувство на самота, изоставеност и отчаяние, а прекалената близост с други хора им се е струвала опасна;
- В ранните периоди на зрелостта си пациентите или са установявали дълбоки, много значими отношения с някакъв човек или са получавали много

голямо удовлетворение от своята работа, като в тези отношения или роли те са влагали цялата си енергия и те са били смисълът на техния живот;

– След това по различни причини (смърт, преместване, отделяне на детето от семейството, пенсиониране и др.) тези отношения или роли са отпадали от живота им, вследствие на което те са изпадали в отчаяние;

– Една от особеностите на тези пациенти е, че те са били неспособни да „изливат“ своята болка, враждебност и гняв към другите и не са давали израз на това отчаяние, а са го преживявали „в себе си“.

Saimonton и Saimonton (2001) определят пет типични етапа на развитието на психологичния процес, предшестваш възникването на рака:

– Детски преживявания, водещи до формирането на определен тип личност;

– Индивидът е преживявал драматични събития, предизвикващи стрес;

– Възникналият стрес е поставял пред личността проблеми, с които той не е можел да се справи;

– Не виждайки възможност да се справи с проблема, индивидът е изпитвал безпомощност и чувство за безизходица;

– Индивидът се отказва от решението на проблема, като загубва способност да се променя и развива [9, 888–889].

Изследвания на руски психолози очертават „психологичен профил на онкологичноболния“, в който се включват следните черти: „доминираща детска позиция в комуникацията, тенденция към екстернализация на локуса на контрола, висока нормативност в ценностната система, висок праг на възприемане на негативни ситуации... При всичко това в семейството се откриват доминантни майки“ [9, 888–889].

Във връзка с тази емоционална предиспозиция на раковите заболявания Ц. Цонев и П. Петкова пишат: „модерните изследвания откриват феномените на скрития дефицит – неумението да се разтоварват агресивно-деструктивните афекти. Още от детска възраст и родителското поведение те не са се научили да отреагират негативните емоции и затова те остават дълбоко потиснати, скрити и дори непроявени дълбоко в тялото, а на повърхността на експресията и поведението са меки, топли и добри хора... Това неумение води до непрекъснатото увеличаване на телесното напрежение и преживяване на емоциите на езика на тялото – с телесно напрежение, блокиране и дезорганизация на фини телесни структури“ [21, 6–7].

Други автори, споделящи същите възгледи за връзката между неспособността за разтоварване на агресивните преживявания и онкологичната диспозиция, са Goldfarb и сътр., и Simonton и Simonton [21, 6–7].

Шишков свързва пасивната агресивност с алекситимичната невъзможност за даване на външен израз на агресивните стимули, които се насочват към слабо защитените, уязвими места в организма или т.нар. „locus minoris resistentia“. Шишков добавя още: „Агресивната личност при възможност за отреагиране навън не предизвиква дисрегулация в степен на дистресова па-

тологична изява, каквато наблюдаваме при пасивно-агресивната личност... Несъмнено при всички случаи има значение и изграждането на свръхзаза, чието засилване, съпроводено със свръхсъвестност и стремеж към положителна социална изява, подпомага конверзионните механизми“ [22, 27]. Тогава „превъзбудената вегетативна нервна система причинява нарушение на функциите в онзи орган (или система), който се е оказал най-податлив на вредоносни въздействия по силата на вродени или придобити негови особености“ [23, 27].

Идеята за *locus minoris resistentia*, ако бъде проследена изолирано от наследствената обремененост с определено заболяване, изглежда напълно съпоставима с психодинамичните идеи за символиката на органа и неговото заболяване. Защото освен това, че даден индивид има злокачествено образуване, а не пневмония например, от психосоматична гледна точка е важно и къде именно то е разположено.

Vanson предлага важна психодинамична интерпретация на онкологичните заболявания. Според него външните стимули активират несъзнавани психични конфликти, в резултат на което възниква тревожна реакция, която от своя страна задейства защитните механизми. От тях „изтласкването и отричането водят до разтоварване чрез соматичния канал и до соматична регресия, най-тежката форма на която е ракът“ [24, 413].

Следвайки психодинамичните предположенията за формирането на соматичния симптом по механизма на невротичния, е допустимо той да бъде разглеждан като вид алтернативна форма на психичното разстройство. В подкрепа на подобна хипотеза следва да се вземе предвид любопитният факт, че честотата на онкологичните заболявания при шизофреноболни и лица с други психиатрични диагнози е необичайно ниска, въпреки че фактори като бедност, социална изолация и нисък социален статус се определят като рискови за злокачествени образувания. Според някои автори това е така, вероятно защото тези хора не оценяват адекватно стресовите ситуации или са неспособни да изпитват нормалните емоции и чувства, свързани със загубата и раздялата. (Warren, Canavan (1934); Ananth, Bernstein (1977); Derogatis и сътр. (1983); Levitan, Levitan и Levitan (1980) [25, 36].

Според Viktor von Weizsacker, който представя психозата и органовата болест в тяхното сродство, при заболяванията органите се държат „неадекватно“ и затова такива болести могат да бъдат схванати също и като „заместник на психозата“. Вероятно психотичен става онзи, който не намира изход от трудностите в едно органично заболяване [4, 448]. Freud също казва, че като цяло „при психозата поведението на аза в конфликта е различно“ [10, 31].

Психосоматичната медицина разглежда онкологичните заболявания и особено рака на гърдата основно като резултат от стреса. Смята се, че „физиологичната връзка между психосоциалните фактори и туморите може да се открие в непосредственото влияние на ЦНС върху хормоналната система и имунологичните реакции. От значение за възникването на неоплазмите са не само

силата и продължителността на стреса, справянето с проблема, а и оценката на собственото поведение и перспективата за бъдещето“ [24, 413]. Стресът може да редуцира броя на лимфоцитите и да инхибира Т-клетъчната активност, цитотоксичната функция на макрофагите, активността на естествените клетки-убийци (NK-лимфоцити) и хуморалния имунитет особено в случаите, когато е невъзможно справянето със стресора. По този начин „влиянето на психосоциалните фактори върху нервната и имунната система довежда до многобройни промени, чиито кумулативен израз е повишената податливост на онкологични заболявания [20, 144–145].

Във връзка с влиянието на стресовите фактори от социалната среда Peseschkian пише: „При сблъсък на натрупаните външни дразнителни и личностно детерминирания капацитет, и способността за преработването им възниква актуалният конфликт“ [26, 10]. Въпреки че реакциите на стресогенните фактори зависят от структурата на личността и могат да бъдат различни по тежест и продължителност при различните хора, има определена група житейски събития, които универсално биват смятани за силно травмиращи и труднопреодолими за всички хора. Peseschkian цитира американско изследване с извадки от различни страни като САЩ и Япония например, което показва, че независимо от културните особености градацията на различните конфликти спрямо тежестта на тяхното преживяване са идентични при всички изследвани групи. Те се подреждат по следния начин: „1) смърт на съпруг; 2) развод; 3) разделяне на брачните партньори; 4) затвор; 5) смърт на близък роднина; 6) нараняване или болест“ и др. [26, 10–11]. Оттук следва, че неочакваните събития предизвикват значително по-голям стрес, както и тези, които действат по-дълго време и водят до натрупващо се натоварване. Тези събития „могат да станат пускови фактори в развитието на онкологичните заболявания“ [9, 890].

При по-детайлното вглеждане в проблема за връзката на рака със стресовите преживявания се явяват няколко спорни въпроса, формулирани от Rosch, на които все още няма намерен конкретен отговор:

1. Как по задоволителен начин да дефинираме стреса?
2. Как можем научно да измерим стреса?
3. Как можем да установим кога или къде злокачественото образуване започва първо?
4. Как можем да определим продължителността между началото на онкологичното заболяване и клиничното му откриване?
5. Дали всички видове рак споделят общ етиологичен компонент? [25, 28].

Също така се спори и по въпроса дали онкологичните заболявания могат да бъдат разглеждани общо, тъй като съществуват различни видове рак, както и съществуват различия във връзка с етиологията и патогенезата, а много изследвания върху предразположеността към рак разглеждат тези различни типове онкологични заболявания като еквивалентни. Дори локализацията сама по себе си не може да бъде категоризирана, тъй като в един орган могат да

бъдат открити различни видове тумори – например има поне три типа рак на белия дроб [27, 146].

Друга критика, отправяна към резултатите, потвърждаващи връзката между стресовите преживявания и рака, е, че повечето от тях, например тези за връзката между психологическите фактори и риска от рак на гърдата, идват от изследвания, сравняващи жени с рак на гърдата със здрави жени чрез техните рапорти за минали или настоящи психологични фактори, което неизбежно повдига опасението за евентуални селективни припомняния и повлияване на тези рапорти от съзнанието за диагнозата. Също така някои автори смятат, че на базата на популярното схващане, че психологичните фактори могат да доведат до рак на гърдата, е възможно пациентите да са по-склонни да откриват стрес и други психологични проблеми в опит да обяснят своята болест, което може да доведе до фалшива позитивна връзка между заболяването и изследваните фактори.

Друг методологичен проблем е, че жените, диагностицирани с рак на гърдата, обикновено са по-възрастни от жените с други заболявания на гърдите, които са използвани за контроли, а възрастта е особено важен фактор, когато се оценяват житейските събития. Освен това дали жените с доброкачествени заболявания на гърдите са подходяща контролна група също е под въпрос, тъй като някои форми на такива заболявания сами по себе си са рисков фактор за рак на гърдата [18, 19–21].

Подобни възражения, засягащи всъщност проблема за дефинирането на стресовото преживяване, изглежда се опитват да открият обективност там, където става дума за субективност, и едновременно с това да отхвърлят определена обективност с подозрения за субективност. Събития като смърт, развод, проблемни семейни взаимоотношения и други трудно биха могли да бъдат изкривени от травмиращото влияние на болестта предвид това, че те представляват обективни, случили се факти от биографията на индивида. От друга страна е възможно един подобен факт, определен като стресов за почти всеки индивид, в крайна сметка в отделния случай да бъде преживяван с различна степен на уязвеност. Също така е очевидно, че „не всеки стрес води до болест; индивидуалните или факторите на средата могат да прекъснат връзката стрес – болест“. Тук авторите подчертават, че „са важни преекзистентните психологични и физиологични уязвимости – разболяват се хора, които имат инициална уязвимост, т.е. само при инсуфициентност стресът води до болест“ [20, 25–26].

Концептът за значението на вътрешната среда и термина сам по себе си произлиза от известния френски физиолог Claude Bernard, често наричан „бащата на физиологията“. Louis Pasteur е бил могъщ защитник на външните причини за болестта заради своето откритие на патогенната бактерия. Той се е ангажирал с множество дебати за това с Bernard в престижната Френска академия. Така или иначе, както се твърди, на смъртното си легло Pasteur е казал: „Bernard беше прав. Микробът е нищо, почвата е всичко.“ [25, 48].

Какво тогава е почвата? Ако разгледаме отново рака на гърдата, прави впечатление следното: „карциномът на млечната жлеза е най-честият злокачествен тумор у жената и най-честата причина за смъртта на жени на възраст 40–50 години в развитите страни“ [28, 359]. Факторите, разграничаващи високия риск от ниския, са развитата страна срещу развиваща се, град срещу село, висок социалноикономически статус срещу нисък, липса на кърмене срещу кърмене, употреба на орални контрацептиви срещу неупотреба и др. [18, 12]. Ясно е установено, че колкото по-млада жената роди първото си дете, толкова по-малко вероятно е да развие рак на гърдата. Медицината ни казва, че бременността намалява пролактина, който стимулира нарастването на тъканите на гърдите и улеснява рака на гърдата при експерименталните животни. Също така обаче честотата на смъртоносен рак на яйчника е 14 пъти по-висок при ориентирани към кариера, работещи, неомъжени жени в сравнение с група на домакини [25, 43]. Ако си позволим да погледнем тези данни метафорично, те ще изглеждат по различен начин. Профилът на високия риск е този на съвременната градска жена. Дали тези „ориентирани към кариера, работещи, неомъжени жени“ са поразени от стрес или от някакъв друг конфликт? Защо тези жени са именно „ориентирани към кариера, работещи и неомъжени“? Това дали една жена ще роди дете на двадесет, или четиридесет години безспорно е свързано с определени хормонални промени, но и със също толкова важни емоционални преживявания, като цяло несъвпадащи с конкретни стресови събития в общия смисъл на това понятие. Също така – какви са причините за онкологичното заболяване при останалия процент болни жени или мъже, които не са демонстрирали явни данни за преживяван стрес?

Нау пише: „нещо свойствено за навиците на цивилизацията е отговорно за разликите в честотата на рака, сравнена с нецивилизованите раси и племена“ [25, 40–41]. Фактът, че онкологичните, както и психиатричните заболявания са „болести на цивилизацията“ и че с нейното развитие нараства и честотата на рака, е категоричен (Tanchou, Bainbridge, Hoffmann, Schweizer, Stefansson, Нау и др.). Тук би могло да се възрази, че причините за това по-вероятно се отнасят до външните канцерогени, но ако в патогенезата на рака такива участват, то при психиатричните разстройства е различно. Подобен довод може би звучи спекулативно, тъй като от медицинска гледна точка двете заболявания са различни и оттук няма основание да бъдат съпоставяни по какъвто и да било начин. Но изложените по-горе данни за негативната връзка между психозата и онкологичните заболявания отварят пространство за размишления в тази посока.

Тези и други въпроси ни отвеждат към следващата посока на изследване психологичните компоненти в патогенезата на онкологичните заболявания – така наречената „предразположена към рак личност“.

Изследванията показват, че предиспозицията към ракови заболявания се свързва с личностовия тип „С“, характеризиращ се с „емоционална незрелост; затрудненост в изразяването на гнева; ригидност и конвенционалност на емо-

циите; песимистични преживявания и прогноза за безнадеждност; отричането и изгласкването са преобладаващи защитни механизми“ [24, 413–414]. Хората от този тип като цяло проявяват тревожно-депресивна нагласа, обикновено не споделят своите неприятни преживявания, задържат, потискат и натрупват отрицателни емоции, особено гняв, което води до отслабване на естествените противоракови механизми на организма. Болните с добра преживяемост по правило имат по-борбен дух, по-агресивни са и имат по-слабо изразени супресивни тенденции. За тези хора единствената възможност е да потиснат тези чувства и „да ги върнат в тялото“. Така то се превръща в своеобразен „контейнер“ на „отровните“ негативни емоции, които започват да го рушат. По този начин личностовият тип С повишава автоагресивните тенденции, достигащи до автодеструкция [20, 146]. И в други проучвания се установява, че емоционалният свръхконтрол е по-изразен при жени с рак на гърдата в сравнение с жени с доброкачествени тумори на гърдата. [20, 145]. При експериментални изследвания с мишки, селектирани генетично за ниско и високо ниво на агресия, мишките с ниска агресивност реагират на стресори с имобилизация. Те са с повишена възприемчивост към туморна индукция и имат значително редуцирана активност на NK-лимфоцитите. Тези данни показват, че стабилни индивидуални разлики в социалното поведение могат да корелират с важни компоненти на клетъчната имунна функция. Следователно чрез системно обучение към промяна в социалното поведение може частично да се подсили имунният отговор към вируси и тумори, което за онкологичните пациенти означава, че при позитивно отношение към живота и добра социална подкрепа те могат да подобрят състоянието на имунната си система и да променят хода на болестта [20, 145].

Обикновено критиките към изследванията на определени личностови черти във връзка с онкологичните заболявания се отнасят до изследователските методи и по-точно до трудностите в разграничаването на наследените от придобитите черти и тези, които могат да бъдат следствие от стресови реакции, както и по отношение на различаването на черта (дълготрайна) от състояние (краткотрайно), особено когато трябва да се отграничат чертите, довели до развитието на онкологично заболяване, от тези, които се появяват поради факта, че даден индивид е болен от рак. Освен това се посочва и че методиките не са тествани за надеждност и валидност при популация от онкологичноболни. Ретроспективните изследвания се смятат за подозрителни – съзнанието за заболяването дълбоко повлиява емоционалното състояние на личността, както и това, че някои видове рак и тяхното лечение имат специфични психологични последици [27, 148]. Някои автори стигат до крайност, като казват например, че „важна причина за спекулации, засягащи ролята на личността, е това, че традиционните рискови фактори не могат напълно да обяснят разпространението на болестта“ [29, 360]. Участието на имунната и хормоналната система също се подлага на съмнение. Промените в имунната и хормоналната система, смятани за най-вероятно свързани с вътрешните механизми, чрез които лич-

ностовите и стресовите фактори могат да доведат до рак, могат да бъдат предизвикани от пушенето, пиенето и храненето, които също се повлияват, когато човек преживява напрежение [27, 149]. Тук Rosch възразява, като казва, че „не всички пушачи развиват рак на белия дроб, който също така се проявява при непушачи без каквато и да било фамилна обремененост или друг възможен допринасящ фактор. Аз бих предположил, че може да има също толкова силни психосоциални канцерогени, които съществуват както във външната, така и във вътрешната ни среда“ [25,47].

Krantz & Hedges (1987) определят три подхода към ролята на личността като фактор за онкологичните заболявания – подход на етиологията от чертите (the etiologic trait approach), подход стрес-модератор (the stress moderator approach) и подход на поведението на боледуване (the illness behaviour approach). При подхода на етиологията от чертите личността се разглежда като рисков фактор за болестта, независим от останалите. Повечето изследователи търсят връзката между личността и заболяването от тази гледна точка. При подхода стрес-модератор на личността се смята за опосредстваща релацията стрес – болест. Тя не се свързва директно с болестта, а взаимодейства с ефектите от стреса, като по този начин повишава риска за индивида, изложен на силен стрес, да развие соматични оплаквания. При подхода на поведението на боледуване се предполага, че личността влияе на поведението на боледуване на индивида, като по този начин може да го постави в риск. Вторият и третият подход са най-често използваните като обяснения за връзката между личност и здраве [29, 361].

Някои автори като Levenson и Bemis (1991); Temoshok (1987) предполагат, че личността не е свързана с началото на онкологичното заболяване, а с неговото прогресиране и оцеляването [29, 369].

Множество са изследванията по този въпрос, както и противоречията в тях. Greer, Morris и Pettingale (1979), Greer (1991) и други репликативни изследвания проследяват връзката между отговора на диагнозата при жени с рак на гърдата с развитието на болестта за период от 5 до 15 години и показват, че първоначалните реакции на отричане и борбеност са свързани с по-дълъг период без рецидиви от тези на безпомощност или стоическо приемане на диагнозата. Също така Greer отбелязва, че тези резултати важат еднакво както за доброкачествените, така и за злокачествените видове рак. От друга страна Cassileth, Lusk, Miller, Brown и Miller (1985) не откриват връзка между психологичните променливи, между които е била безнадеждността и оцеляването. Те твърдят, че биологията на болестта доминира и „прегазва“ потенциалното влияние на начина на живот и психологическите променливи. По-късно същите автори публикуват следващо сходно изследване с 8-годишен период на проследяване след поставяне на диагнозата (Cassilett, Walsh и Lusk, 1988), при което достигат до същото заключение.

Може би най-значими в практически план са изследванията на влиянието на промяната на личностовите черти върху хода на болестта. В клиничната прак-

тика личността тип С често е фокус на интервенции. На базата на наложеното твърдение, че лицата с онкологични заболявания демонстрират такива личностни черти, се предполага, че тяхното модифициране може да бъде от полза за пациента. Fawzy, Fawzy, Hyun, Elashoff, Guthrie, Fahey и Morton (1993) провеждат изследване с пациенти със злокачествен меланом. Приложената интервенция се състои от 6-седмични структурирани групови интервенции и проследяване след 6 години. Те откриват тенденция към по-ниски нива на рекурентност на болестта в групата, подложена на интервенция. Друго изследване на Marchiolo и сътр. (1996) върху жени с рак на гърдата, подложени на психологични интервенции, сравнени с контролна група със стандартен медицински режим, показва, че качеството на живот при експерименталната група се подобрява. Важно е и друго подобно изследване на Spiegel, Bloom, Kraemer и Gottheil (1989) върху жени, подложени на ежеседмични групови психотерапевтични сесии, сравнени с неповлияна психологически група жени, които демонстрират значимо по-висока преживяемост, като най-голямо значение за този резултат се отдава на възможността на тези жени да изразяват своите емоции [29, 373].

Ролята на личността за началото на болестта, от една страна, и ролята ѝ в хода на болестта, от друга, обикновено се изследват отделно. Вероятно подобър би бил един интегративен подход. Също така би било интересно да се изследва ходът на болестта във връзка с преморбидните характеристики на личността, което засяга важния въпрос дали личността се променя като последиствие от болестта.

Според Wellisch и Yager (1983) „за съжаление наличните изследвания не поддържат концепта за предразположената към рак личност или в най-добрия случай са неубедителни“. Според тях те се объркват от много теоретични и методологични проблеми. На първо място трябва да се помисли какво значи предразположеност към рак. В канцерогенезата участват фактори като радиация, която допринася чрез индукция за първоначалната поява на онкологичното заболяване, както и фактори, намаляващи резистентността към такова като някои хормони или имunosупресията. Индуциращият раков процес вероятно трябва да е налице години преди клиничната проява на болестта, докато процеса на развитие на рака, при който може да се улесни неговото разпространение и нарастване, може да е по-скорошен. По този начин, според тези автори, предразположеността към рак може да се отнася до индуциращите фактори или до факторите на развитието – нещо неуточнено от научните изследвания.

Друга критика на Wellisch и Yager е, че не съществуват достатъчно добри хипотези, които да определят кои точно личностови фактори могат да доведат до рак и по какви специфични причини. Въпреки че определени типове личности са били описвани като евентуално водещи до онкологично заболяване, вътрешните механизми, чрез които тази взаимовръзка би могла да оперира, са в най-добрия случай объркващи и неясни. Въпреки че се предполага, че най-вероятните местоположения на тези механизми са имунната и хормоналната система, няма пре-

цизна информация за това как по-точно това се случва. Накрая Wellisch и Yager твърдят, че „хипотезите имат малко значение, докато не могат да предвидят кой ще развие рак и кой не. Това още не е постигнато“ [27, 145–146].

Тук именно се поражда сблъсъкът между, да го наречем, „статистическия“ и психодинамичния подход в изучаването на проблема за патогенезата на рака, който продължава да държи психосоматичната идея спрямо медицината почти на същото място, на което се е намирала и по времето на Платон. Защото, ако разгледаме това изискване за конкретна обективизация на психологичните фактори за онкологичните заболявания и извеждането на строги закономерности от гледна точка на тезите за уязвимостта на личността и несъзнавания психичен конфликт, то това едва ли, поне на този етап, е в границите на постижимото. Психичното от тази гледна точка изглежда непоместващо се в отделни фрагментирани личностови конструкти, които могат да бъдат разглеждани изолирано от цялото и по този начин количествено измервани във връзка с дадени променливи. Агресивността не е изолирано явление, тя е производно на определен обикновено сложен несъзнаван конфликт. Ако се опитваме да свържем нея или която и да било друга личностова характеристика, или сбор от индивидуални черти директно с рака, дори в едно утопично изследване, в което всички останали променливи са най-прецизно контролирани, дали всъщност не свързваме симптом със симптом вместо симптом с причина?

В сърцето на предположенията за психологичните причини за онкологичните заболявания е и често наблюдаваният и коментиран феномен още от древността, а именно загубата на важна емоционална връзка преди първите забелязани симптоми на болестта. Както и при личностовите характеристики и тук изследванията дават противоречиви данни – някои от тях потвърждават тази връзка, други не откриват доказателства за нея [30, 35].

Greene внимателно изследва житейските истории на три двойки еднородни близнаци, единият от които е починал от левкемия. Той отбелязва, че всеки един от болните е имал предшестващо травмиращо емоционално преживяване, което не е било споделено от живия близък [25, 34].

LeShan също е бил впечатлен от подобни характеристики, наблюдавани при онкологичноболните пациенти. На базата на задълбочен преглед на литературата и повече от две десетилетия на детайлни интервюта той също заключава, че освен посочените по-горе личностови характеристики при тези болни също така присъства и загубата на значима емоционална връзка, предшестваща началото на злокачественото образуване. По посока на тези данни може да се допусне, че не загубата сама по себе си, а нейното взаимодействие с характеристиките на личността би могло да доведе до развитието на онкологично заболяване, и по този начин тя не би могла да бъде стриктно отделена като самостоятелен патогенетичен фактор.

Bahnson и Bahnson провеждат серия клинични изследвания. Те отбелязват, че при пациентите с онкологични заболявания травматизиращият аспект

на загуба през зрелостта води началото си от ранното отчаяние, преживяно от детето вследствие неговата незадоволителна връзка с майката. При това положение годините на зрелостта стават време на борба за установяване на заместващи връзки, които обаче са обречени на провал, тъй като недоверието и вреждобността биват пренасяни върху партньорите. Разпадането на тези връзки събужда старото детско отчаяние и безнадеждност на индивида да получи каквато и да е гратификация в отношенията си с другите. Тази идиосинкратична интерпретация на загубата се смята, че кара индивида да се обръща към себе си, като по този начин създава соматична регресия.

Имплицитна в концептуализацията на Bahnson и Bahnson е оралната фиксация в психосексуалното развитие при хора, които по-късно развиват рак. Несъмнено психоаналитичните описания на оралния характер съдържат някои съществени прилики с предразположената към рак личност тип С като например крайната зависимост от получаването на любов, упование в любовните обекти и травматични реакции на обектната загуба (Kuiper). Депресивността също може да бъде разгледана от този ъгъл. Cameron твърди, че оралните черти са засилени и примитивни при депресивните личности, а Kuiper добавя, че матрицата на депресията представлява регресия към оралната фаза [30, 36].

Greenberg и Dattore (1981) изследват 162 мъже, за да проверят хипотезата дали предразположените към рак личности показват орални черти за разлика от здравите хора или тези, които развиват друг вид заболявания. Потвърждава се хипотезата, че характеристиките на зависимост са предиктивни за болестна уязвимост като цяло, без да се очертават конкретни заболявания, но изследването не успява да потвърди идеята, че индивиди, характеризиращи се с черти на зависимост, е по-вероятно да развият онкологични, отколкото други заболявания.

Други автори (Hinkle, Valliant) също откриват, че емоционалните фактори продуцират обща тенденция към заболяемост, а не специфични типове болести [30, 36].

Интересен е фактът, че докато няколко изследвания потвърждават значима връзка между травматичната раздяла и загубата (Greene, Young и Swisher (1956), Greene (1966), Schmale и Iker (1964), LeShan и Worthington (1954)), други отхвърлят подобна връзка (Graham, Snell и Graham (1971), Greer и Morris (1975), Muslin, Gyarfás и Pieper (1966)) [27, 148].

Възможно е тук именно да се намесва личностовият фактор, който е важно да бъде изследван в неговото взаимодействие с преживяната загуба. Wellisch и Yager посочват като заслужаващо внимание лонгитудно изследване на Thomas и сътр. върху 913 мъже студенти – медици, между 20- и 30-годишна възраст, показващи липса на близост с родителите си на базата на различни психологични тестове. От студентите, завършили между 1948 и 1964 г., и проследени през октомври 1978 г., 48 са имали някакъв вид рак като 20 от тях са имали по-тежка диагноза, която съвпада с техните по-ниски резултати на близост с родителите. Важен фактор в това изследване е, че тези резултати са били изведени много пре-

ди появата на онкологичното заболяване. Wellisch и Yager критикуват изследването като „страдащо от много недостатъци“, като това, че в него не са докладвани контроли за потенциални канцерогенни фактори като тютюнопушене, социално-икономически статус, фамилна обремененост с рак, религия, живот в село или в град и др. Тези автори смятат също, че някои от тези фактори могат да компроментират достоверността на отговорите поради чувството за уместност на изследваните лица да отговарят честно на айтемите от въпросниците [27, 147].

Много оригинална, провокативна и същевременно близка до биологичното хипотеза за патогенезата на онкологичните заболявания във връзка с преживяванията за загуба е, че ракът може да е опит на организма да регенерира тъкани и органи както нисшите животни са способни да го правят спонтанно. Тази идея тръгва от факта, че ракът не съществува при примитивните форми на живот и че колкото по-примитивен е даден организъм, толкова неговите регенеративни способности са по-големи.

При живите същества се наблюдава един своеобразен „опортюнизъм“, който се отнася до техния стремеж да задоволят дадена потребност независимо по какъв начин, дори и дългосрочните последици от това да са неблагоприятни. Според Rosch развитието на злокачествени образувания при човека „е най-драматичният пример за „опортюнизъм“ в еволюционния процес“ [25, 38]. Нисшите организми, включително някои безгръбначни, имат способността да отделят части от своето тяло, когато те са наранени или дори за да избегнат нападение. Морската звезда може да възстанови загубен израстък, на тритона ще израсне нова опашка или крак, ако той е бил отделен. При човека тази регенеративна функция не е запазена. Rosch предполага, че някои злокачествени отговори при човека могат да представляват една изродена атавистична останка от тази най-ранна съхраняваща регенеративна черта. Когато ние страдаме от загуба или нараняване, опитите за нейното възстановяване могат да бъдат активирани както при нисшите форми на живот. За съжаление този нов растеж вместо полезен се оказва вреден. Тази хипотеза намира доказателства чрез експерименти, в които при инжектирането на канцерогенни химикали в крака на тритон вместо тумор, те предизвикват растеж на допълнителен крак на същото място. По този начин идентичен канцерогенен стимул може да предизвика или целенасочена регенерация, или злокачествено образуване в зависимост от еволюционното развитие на организма. (Breedis (1952); Eguchi, Watanabe 1973; Seilern-Aspeng, Kratochwil (1965); Donaldson, Mason 1975)). Оттук прескачането от физическа към емоционална загуба, пише Rosch, не би трябвало да е прекалено трудно. Регенеративната способност при нисшите организми очевидно включва нещо повече от прост локален отговор. Съобщението, че някаква тъкан е била загубена, раздразнена или увредена, трябва да е препредавано към висшите центрове в ЦНС. Те от своя страна могат да инициират координирани възстановителни действия, най-вероятно включващи интеграцията на механизмите на ЦНС, хуморалната и имунната система. При високоразвитата мозъчна кора на човека

емоционалната загуба лесно може да бъде възприета като еднакво значима или дори като по-опасна от физическото лишение. Hans Selye също е приветствал тази хипотеза [25, 39], която предлага множество отправни точки за размишления относно взаимодействието между организма и физическите канцерогени, локализацията на злокачественото образуване и др.

След всички изложени дотук въпроси в крайна сметка идва ред и на най-важният от тях – а именно по какъв начин тези идеи могат да бъдат полезни. За някои автори те дори са излишни на този етап от своето развитие, тъй като най-общо „клиничните изследвания, които заслужават внимание, са предстоящи и няколкото най-важни, представяни дотук, са сугестивни и се нуждаят от репликация“ [27, 147]. Задава се и въпросът, ако такава предразположена към рак личност наистина съществува, то какво от това? Можем ли адекватно да я открием навреме? Може ли това наистина да помогне в превенцията? И можем ли да се надяваме, че промяната в личността ще намали риска от рак? [27, 150].

Можем ли да кажем, че шофьор, който обикновено се движи с повече от деветдесет километра в час, непременно ще загине в автомобилна катастрофа? Или, че ако не го прави, със сигурност това няма да му се случи? Не. Но към всички шофьори има една ясна препоръка – да не превишават скоростта, и полицията е длъжна да се грижи за това. Ако някаква част от изследванията все пак показват значима връзка на психичния фактор с рака или потвърждават, че неговото повлияване може да промени хода на болестта, и когато това се отнася до едно в крайна сметка смъртоносно заболяване, може би е дори в някаква степен безотговорно да пренебрегваме нещо, с което по един или друг начин се сблъскваме и наблюдаваме, само защото все още не можем докрай да си го обясним.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Областта на изследване на връзката между психологичните фактори и соматичните заболявания, и в частност онкологичните, е затормозена от множество методологични и концептуални проблеми, които затрудняват извеждането на неоспорими изводи по този въпрос. Оттук може да се заключи, че на този етап тази връзка все още е предполагаема, но не и доказана.

Основните положения на психосоматичната идея гласят, че телесното и психичното представляват двете страни на едно цяло, които се намират в постоянно взаимодействие помежду си. Според психодинамичния подход органичните разстройства са изводими от личността по същия начин както психичните и се характеризират със същата специфичност при всеки отделен индивид. Психофизиологичните теории посочват механизмите, чрез които стресовото преживяване може да променя хомеостазата на организма. Най-общо спектърът на психосоматичните убеждения се простира от дефинирането на някои психосоматични заболявания до разглеждането на всеки телесен симптом като вид психосоматична реакция.

Критиките към проведените дотук изследвания върху връзката между личността и факторите на средата с онкологичните заболявания засягат както биологичната, така и психологичната страна на този проблем. Към първата обикновено се отнасят ограничения на изследванията като взимането под внимание на някои специфични медицински параметри на различните онкологични заболявания, съответни генетични и други преканцерозни предразположения, времевата диспозиция на генезиса на злокачественото образуване спрямо неговата клинична проява, влиянието на различни канцерогени, начин на живот, вредни навици, и др. Що се отнася до психологичната страна, се срещат трудности в дефинирането на конкретни личностови черти, водещи до онкологично заболяване, тяхното отдиференциране от промените, които самата болест може да предизвика в личността, както и намирането на отговор на въпроса дали личността повлиява определени заболявания или заболяемостта като цяло. Спорно е и дали личността може да бъде разглеждана като самостоятелен етиологичен фактор, а не като фактор, взаимодействащ с болестта; както и ако се вземе предвид последното, се появяват възражения относно различните предполагаеми роли, които тя може да играе в това взаимодействие.

Преглеждайки литературата по този проблем, изглежда, че срещу почти всяка теза може да се постави същата по сила антитеза, и колкото и мащабно и прецизирано да е дадено изследване, то продължава да подлежи на някаква критика спрямо друга гледна точка. Този проблем на идеята за психосоматичната зависимост съществува от нейното създаване и я съпътства и до днес. Това поставя накрая въпроса дали стремежът към обективизация и извеждане на цялостни, общовалидни изводи не противоречи на самата същност на психосоматичната зависимост. И в този смисъл дали в конкретно-научен, измерим план, тази зависимост въобще е доказуема.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Alexander, Fr.* The Development of Psychosomatic Medicine, Psychosomatic Medicine, Vol. XXIV, No. 1, 1962.
2. Медицинска психология, под ред. Хр. Христов, С., Изд. „Медицина и физкултура“, 1989.
3. *Alexander, Fr.* Psychological Aspects of Medicine, Psychosomatic Medicine, Vol. 1, XXIV, No. 1, 1939.
4. *Ратнер, Й.* Психоанализа. Класиците, Изд. „Кибеа“, С., 2005.
5. *Тодоров, О.* Психоанализата. Фрагменти от едно въведение, Изд. „Лик“, С., 2006.
6. *Фройд, З.* Катарзис, Изд. „Евразия“, С., 1997.
7. Енциклопедия по психология, под ред. Р. Дж. Корсини, Изд. „Наука и изкуство“, С., 1998.
8. *Paulley, J. W., Pelsner, H. E.* Psychological Managements for Psychosomatic Disorders, Изд. Springer-Verlag, NY, 1989.
9. *Малкина-Пых, Германовна И.* Психосоматика: Справочник практическото психолога, Ескимо, М., 2005.
10. *Фройд, З.* Психоанализа и медицина, Изд. „Евразия-Абагар“, П., 1993.

11. Фройд, З. Съвети към лекаря. Психоаналитични ситуации, Изд. „Евразия“, С., 1997.
12. Иванов, Вл. Философия и медицина, Изд. „Проф. Марин Дринов“, С., 2001.
13. Flanders Dunbar In memoriam, Psychosomatic Medicine, Vol. XXI, No. 5, 1959.
14. Гродек, Г. Болестта като символ, Изд. „Лик“, С., 2000.
15. Alexander, Fr. Psychosomatic Medicine: Somatization reactions, Psychosomatic Medicine, Vol. 9, Mar. 1947.
16. Франкъл, В. Теория и терапия на неврозите, Изд. „Лик“, С. 2001.
17. Дойч, Х. Загадката на жената. Психология на жената, Том I, Изд. „Евразия“, С., 1997.
18. Lillberg, K. Psychological Stress, Personality and Risk of Breast Cancer; Academic Dissertation, Department of Public Health, University of Helsinki, 2003.
19. Holland, J. History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers, Psychosomatic Medicine, 64, 2002.
20. Практическа психосоматична медицина, под ред. Вл. Иванов, Изд. „Знание“, С., 1999.
21. Цонев, Ц., Петкова, П., Цонев Р. Психосоматичен подход при онкологично болните, Психосоматична медицина, Vol. XIII, 1, 2005.
22. Шишков, Ат. Психосоматична медицина, 2000.
23. Иванов, Вл. Духът-повелител, Изд. „Медицина и физкултура“, С., 1990.
24. Психиатрия, психология и психотерапия, под ред. Св. Николкова, и П. Маринов, Университетско издателство медицина, С., 2002.
25. Rosch, P. Stress and Cancer: Disorders of Communication, Control and Civilization; Handbook of Stress, Medicine, and Health, CRC Press. Inc., 1996.
26. Песешкиан, Н. Метод на позитивната психотерапия. Конфликт, психосоматична реакция и модел на лечение, том I, Изд. „Славена“ В. 1999.
27. Wellisch, D., Yager J. Is There a Cancer-Prone Personality?, CA: A Cancer Journal for Clinicians; Vol. 33, No. 3; 1983.
28. Клинична патология, Том II, под ред. Г. Велев, Изд. „Знание“, С., 1997.
29. Sanderman, R., Ranchor, A. The Predictor Status of Personality Variables: Etiological Significance and their Role in the Course of Disease, European Journal of Personality, Vol. 11, 1997.
30. Greenberg, R., Dattore, P. The Relationship Between Dependency and the Development of Cancer, Psychosomatic Medicine, Vol. 43, No. 1, 1981.