

## Психоемоційні механізми формування онкопатологій у дорослих людей

**Ольга Бундз**

*магістранка кафедри психології,  
ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», м. Київ, Україна,  
e-mail: BundzOL@krok.edu.ua*

**Ірина Сингаївська**

*кандидат психологічних наук, професор, директор ННІ психології,  
ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», м. Київ, Україна,  
e-mail: irinas@krok.edu.ua,  
ORCID: 0000-0001-6802-0081*

Онкологічні захворювання посідають одне з провідних місць у структурі смертності населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, «рак є однією з головних загроз глобального здоров'я» [1, с. 2]. В Україні, згідно з Національним канцер-реєстром, щороку виявляють понад 130 тисяч нових випадків раку, а понад 60 тисяч людей помирають від онкопатологій [2]. Близько 1000 нових випадків фіксується щотижня, а низький рівень ранньої діагностики істотно впливає на прогноз перебігу захворювання. У сучасній психоонкології акцент зміщується з пошуку «єдиної причини» виникнення раку на вивчення психоемоційних, поведінкових та нейроімунних чинників, що впливають на перебіг захворювання, адаптацію та якість життя пацієнтів.

Класична психосоматична медицина, представлена працями Ф. Александера, стверджує, що «невирішені емоційні конфлікти можуть знаходити соматичне вираження у вигляді органічних порушень» [3, с. 45]. Цей підхід заклав підґрунтя для розуміння того, як психоемоційна напруга здатна впливати на фізіологічний стан організму. Подальші дослідження в галузі психонейроімунології підтвердили, що тривалий стрес виснажує імунну систему. На думку R. Ader, N. Cohen та D. Felten, він може призводити до порушення клітинної регуляції та зниження активності природних кілерів – клітин, що контролюють онкологічний процес [4].

Серед особистісних чинників, що можуть впливати на формування онкологічних захворювань, дослідники виокремлюють емоційне пригнічення, орієнтацію на потреби інших та уникнення конфліктів. А. Н. Schmale та Н. Р. Iker описують так звану «особистість типу С», для якої характерними є систематичне придушення власних емоцій, прагнення уникати конфліктів, схильність до надмірної самоконтролюваності та самопожертви. Саме з цього приводу автори зазначають: «особистість типу С характеризується схильністю до емоційного придушення та самопожертви» [5, с. 122]. У цьому контексті Г. Матé підкреслює: «тіло говорить “ні” тоді, коли людина тривалий час не має змоги сказати “ні” психологічно» [6, с. 112], що вказує на можливі наслідки тривалого емоційного перенапруження для соматичного здоров'я.

Клінічні дослідження також вказують, що онкопацієнти часто демонструють високий рівень самоконтролю, уникнення власних емоцій, труднощі у вираженні

агресії та смутку, а також схильність до емоційного відчуження. Д. Спігель довів, що «психотерапевтична підтримка знижує рівень депресії та може позитивно впливати на тривалість життя онкопацієнтів» [7, с. 171].

Українська дослідниця О. Хомич підкреслює, що «своєчасне психологічне втручання сприяє зниженню рівня емоційної дезадаптації та може бути вагомим чинником покращення якості життя онкопацієнтів» [8, с. 105]. Це підтверджує доцільність інтеграції психологічної підтримки як невід'ємної складової комплексної онкологічної допомоги.

Попри термінологічну схожість із психосоматичними уявленнями, альтернативні теорії, зокрема Нова Германська Медицина (Р. Хаммер), не мають емпіричного підтвердження і визнаються псевдонауковими [1]. У цій роботі використано класичний психосоматичний підхід, який розглядає взаємодію психоемоційних, поведінкових, нейроімунних та соціальних чинників у розвитку онкопатологій, не заперечуючи ролі біологічних та генетичних процесів.

Висновки. Психоемоційні механізми розвитку онкопатологій проявляються через взаємодію емоційної дезрегуляції, хронічного стресу, особистісних особливостей та порушення імунної відповіді. Хоча психіка не є безпосереднім етіологічним чинником виникнення онкології, вона значно впливає на перебіг захворювання, адаптацію пацієнтів та якість життя. Психологічний супровід повинен розглядатися як обов'язкова складова комплексної підтримки онкопацієнтів і може підвищувати ефективність лікування, сприяючи зниженню психоемоційної напруги та посиленню адаптивних ресурсів.

### Список використаних джерел

1. Александер Ф. *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. New York: Norton, 1987. 256 с.
2. Maté G. *When the Body Says No: Exploring the Stress-Disease Connection*. Toronto: Knopf Canada, 2003. 320 с.
3. Schmale A. H., Iker H. P. The "Type C" personality. *Psychosomatic Medicine*. 1971. Vol. 33, № 2. С. 121–128.
4. Spiegel D. *Psychosocial aspects of cancer*. *BMJ*. 1996. Vol. 313. С. 171–175.
5. Ader R., Cohen N., Felten D. *Psychoneuroimmunology*. New York: Academic Press, 2001. 720 с.
6. World Health Organization. *World Health Statistics: Report on Cancer*. Geneva: WHO Press, 2020. 40 с.
7. Національний канцер-реєстр України. Офіційна статистика онкологічних захворювань [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://inci.org.ua> (дата звернення: 27.11.2025).
8. Хомич О. П. Психологічні стратегії підтримки онкопацієнтів. *Психологія і медицина*, 2020. № 2. С. 101–108.