

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
Кафедра загальної та клінічної психології

На правах рукопису

КОЛОМІЄЦЬ ОКСАНА ВАЛЕРІЇВНА

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТРИВОЖНОСТІ І ДЕПРЕСІЇ У ЖІНОК З
ДІАГНОСТОВАНИМ РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Спеціальність: 053 «ПСИХОЛОГІЯ»

Освітньо-професійна програма Клінічна психологія

Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:

ЛАЗОРКО ОЛЬГА ВАЛЕРІЇВНА,

доктор психологічних наук, професор

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри загальної та клінічної психології,
від _____ 2024 р.

Завідувач кафедри

_____ проф. Журавльова О.В.

ЛУЦЬК - 2024

АНОТАЦІЯ

Коломієць О.В. Клінічні прояви тривожності і депресії у жінок з діагностованим раком молочної залози

Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 «Психологія», освітньо-професійної програми Клінічна психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2024.

Магістерська робота присвячена теоретико-методологічному та емпіричному дослідженню психологічних особливостей клінічних проявів тривожності і депресії у жінок з діагностованим раком молочної залози.

У першому розділі проаналізовано клінічні прояви тривожності та депресії, особливості поширеності симптомів тривожності та депресії серед пацієнок з РМЗ, розглянуто психологічні прояви депресії та тривожності як симптоматику впливу стресора високої інтенсивності та вплив особистісних ресурсів на подолання ситуації хвороби в подоланні стресу та зниженні рівня тривожності при загрожуючому життю захворюванні.

У другому розділі обґрунтовано емпіричне вивчення проблеми та здійснено дослідження та емпірично доведено, що тривожно-депресивні розлади, які фіксуються на різному рівні прояву у всіх хворих на рак молочної залози викликають підвищення поширеності неадаптивних типів відношення до хвороби, дезадаптивну спрямованість особистісно-обумовлених форм реагування, зниження всіх показників рівня якості життя. Між різними клінічними варіантами тривожно-депресивних розладів існують відмінності в структурі особистісно-обумовлених форм реагування, структурі внутрішньої картини хвороби, соціально-особистісних компетенцій, особистісного ставлення до хвороби та їх взаємозв'язках з вираженістю психопатологічних розладів.

Практична значущість одержаних результатів полягає в емпіричному вивченні клінічних проявів тривожності і депресії у жінок з діагностованим раком молочної залози. Своєчасна і перманентна психологічна підтримка дасть змогу поліпшити психоемоційний стан пацієнтів і знизити показники тривожності та депресії. Система охорони здоров'я в частині надання психологічної підтримки трансформуватиметься з включенням психолога у своєчасну і довготривалу психосоціальну підтримку пацієнтів на всіх етапах лікування.

Ключові слова: тривожність, депресія, онкохворі, стрес, посттравматичний стресовий розлад, особистісна ресурсність.

ANNOTATION

Kolomiets O.V. Clinical manifestations of anxiety and depression in women diagnosed with breast cancer

Work on obtaining a Master's degree in the specialty 053 "Psychology", educational and professional program Clinical Psychology. - Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2024.

The master's thesis is devoted to the theoretical-methodological and empirical study of the psychological features of the clinical manifestations of anxiety and depression in women diagnosed with breast cancer.

In the first chapter, the clinical manifestations of anxiety and depression, the peculiarities of the prevalence of symptoms of anxiety and depression among patients with breast cancer are analyzed, the psychological manifestations of depression and anxiety are considered as symptoms of the influence of a high-intensity stressor, and the influence of personal resources on coping with the disease situation in overcoming stress and reducing the level of anxiety at a threatening life illness.

In the second chapter, the empirical study of the problem is substantiated and research is carried out and it is empirically proven that anxiety-depressive disorders, which are recorded at different levels of manifestation in all breast cancer patients, cause an increase in the prevalence of maladaptive types of attitude to the disease, maladaptive orientation of personally conditioned forms of response, decrease in all quality of life indicators. Between various clinical variants of anxiety-depressive disorders, there are differences in the structure of personally conditioned forms of response, the structure of the internal picture of the disease, social and personal competencies, personal attitude to the disease and their relationships with the severity of psychopathological disorders.

The practical significance of the obtained results lies in the empirical study of clinical manifestations of anxiety and depression in women diagnosed with breast cancer. Timely and permanent psychological support will make it possible to improve the psycho-emotional state of patients and reduce the indicators of anxiety and depression. The health care system in terms of providing psychological support will be transformed with the inclusion of a psychologist in timely and long-term psychosocial support of patients at all stages of treatment.

Key words: anxiety, depression, cancer patients, stress, post-traumatic stress disorder, personal resourcefulness.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОЯВУ ТРИВОЖНОСТІ Й ДЕПРЕСІЇ У ОНКОХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ У МІЖНАРОДНОМУ ТА ВІТЧИЗНЯНОМУ ДОСВІДІ	
1.1 Клінічні прояви тривожності та депресії	10
1.2 Психологічні прояви депресії та тривожності як симптоматика впливу стресора високої інтенсивності	Ошибка! Закладка не определена.5
1.3. Актуалізація особистісних ресурсів подолання ситуації хвороби в подоланні стресу та зниженні рівня тривожності при загрожуючому життю захворюванні	23
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНОСТІ І ДЕПРЕСІЇ У ЖІНОК З ДІАГНОСТОВАНИМ РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ	
2.1 Опис вибірки та методик дослідження	33
2.2. Результати клініко-психологічного дослідження тривожно-депресивних розладів жінок з діагностованим РМЗ	36
2.3. Результати експериментально-психологічного дослідження психологічної компенсації особистісних особливостей жінок з діагностованим РМЗ	43
2.4. Адаптаційні стратегії та ресурси подолання тривожності та стресу хвороби пацієнтками з РМЗ	46
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	57
ДОДАТКИ	70

ВСТУП

Актуальність дослідження. Згідно даних Національного канцер-реєстру України (НКРУ), висвітлених у Бюлетені національного канцер-реєстру України № 24 «Рак в Україні 2021-2022», (Київ-2023) у 2021-2023 році було зареєстровано 120055 млн. нових випадків раку та обсяг 5-річних контингентів, що перебувають на обліку в онкологічних закладах на кінець 2022 року і захворіли впродовж 5-річного інтервалу до цієї дати, становить 381914 осіб.

Загалом, у світі онкологічні захворювання як причина смерті посідають третє місце. В Україні новоутворення посідають друге місце серед причин смертності населення.

Серед усієї онкопатології, рак молочної залози (РМЗ) є найбільш поширеним видом раку.

Згідно з метааналізом загального виживання жінок із РМЗ, 5-річна загальна виживаність цих пацієнтів становить 73.0%, а 10-річна загальна виживаність становить 61.5%. Велика роль у поліпшенні виживаності пацієнтів з РМЗ відводиться глобальній реалізації програм скринінгу, що призводить до раннього виявлення РМЗ у групах пацієток високого ризику.

Наявність прогресуючого захворювання, яке може значно обмежити тривалість життя, накладає великий психологічний тягар на пацієнтів. До психологічних порушень, які виникають у пацієток з діагностованим раком молочної залози належать афективні розлади, які проявляються підвищеною тривожністю та виникненням депресивних станів.

Тривожність і депресія у пацієток з раком молочної залози, особливо у пацієток з метастатичним і рецидивуючим раком молочної залози, є серйозними супутніми патологіями, які можуть не тільки вплинути на якість життя пацієнтів, а й, що найголовніше, знизити їхню загальну виживаність.

За даними ВООЗ на 2022 рік, глобальна поширеність тривожності та депресії зросла на 25%. Для поліпшення якості життя цих пацієнтів і розроблення необхідних заходів насамперед необхідно розуміти, яка

кількість пацієнтів потребує соціальної та психологічної підтримки. Внаслідок вищевикладеного, вбачаємо необхідним вивчення поширеності симптомів тривожності та депресії в онкологічних пацієнток з РМЗ.

Тема роботи пройшла обговорення і затверджена на засіданні Етичної комісії кафедри загальної та клінічної психології, протокол № 3, від 15 грудня 2023 року.

Об'єкт дослідження: психологічна компенсація особистісних особливостей хворих на РМЗ.

Предмет дослідження: психологічні особливості клінічних проявів тривожності і депресії у жінок з діагностованим раком молочної залози.

Мета дослідження полягає у вивченні клінічних особливостей проявів симптомів надмірної тривожності та депресії у онкохворих жінок з діагностованим раком молочної залози.

Завдання дослідження:

1. З'ясувати наскільки поширення клініко-психологічних аспектів тривожності й депресії у пацієнток з РМЗ вивчені в науковій літературі міжнародного та вітчизняного досвіду.
2. Проаналізувати особливості поширеності симптомів тривожності та депресії серед пацієнток з РМЗ.
3. Здійснити аналіз сучасних підходів до організації психологічної допомоги пацієнткам із РМЗ.
4. Вивчити в динаміці клініко-психологічні особливості поширеності симптомів тривожності та депресії серед пацієнтів із РМЗ.
5. Визначити адаптаційні стратегії та ресурси подолання тривожності й стресу хвороби пацієнтками з РМЗ.

Гіпотетичні передбачення дослідження:

1. У пацієнток з РМЗ діагностуються високі показники поширеності симптомів тривожності та депресії в ранній період після постановки діагнозу.

2. Динаміка зниження показників тривожності та депресії й поліпшення психоемоційного стану пацієнток з діагностованим РМЗ залежить від своєчасної і перманентної психологічної підтримки.

Теоретико-методологічна основа дослідження: інтегративний підхід до вивчення посттравматичного стресу (С. Максименко, Ю. Костюк, В. Горбунова, Saha, Jakhar, Beniwal, Greene, Itzhaky, Bronstein); міждисциплінарний динамічний підхід до дослідження переживання стресу та психічного здоров'я (В. Моляко, Н. Мірошніченко, Н. Купко, О. Овчаренко, Н. Бамбурак, М. Гуцман, Л. Наугольник, R. Lazarus, H. Selye, T. Greene, L. Itzhaky, I. Bronstein, Z. Solomon); уявлення про вплив важких соматичних захворювань на психіку людини (К. Максименко, І. Сергет, Ю. Паловські, Н. Рациборинська-Полякова, К. Семененко, Н. Беляєва, О. Яворовенко, І. Куриленко та ін., Assefa, Haque, Wong, О. Баженов, М. Воронов, К. Прокопенко та ін. та ін); уявлення про багатofакторну детермінацію, етіологію та перебіг онкологічних захворювань (А. Тат'янчиков., С. Ісаєнко, О. Цільмак, В. Яковенко, М. Маркова, О. Піонтковська, І. Кужель та ін.); принцип детермінізму та принцип суб'єктності (С. Максименко, В. Татенко, Р. Павелків), уявлення про формування психічної травми у когнітивній психології (Р. Янофф-Бульман, М. Архангельська, М. Крапива, О. Литвиненко); безпека та ресурсність особистості в подоланні складних життєвих ситуацій (О. Лазорко, Ж. Вірна, М. Орап, Т. Титаренко, З. Карпенко, Н. Меленчук, Ю. Мартинова, О. Кобець, Ю. Кузьменко, О. Реуцька, О. Романчук, В. Романюк).

Методи дослідження. теоретичні методи: аналіз, синтез, систематизація та узагальнення наукових даних для визначення теоретико-методологічної основи вивчення особливостей прояву тривожності і депресії у жінок з діагностованим раком молочної залози; емпіричні методи у сукупності клініко-психологічного та експериментально-психологічного методів дослідження. Статистично-математичні методи: пакет прикладних програм статистичної обробки даних "STATISTICA" ver. 5.5. Обробка та аналіз

включали методи описуючої статистики. Достовірність відмінностей визначалася при допомозі U-критерію Манна-Уїтні, кутового перетворення Фішера.

База дослідження. дослідження здійснене на базі комунального некомерційного підприємства «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної Ради». У дослідженні взяли участь 58 осіб, віком від 20 до 70 років у яких діагностовано РМЗ.

Теоретична значущість та новизна одержаних результатів дослідження полягає в емпіричному вивченні психологічних особливостей прояву тривожності і депресії на ранніх стадіях захворюваності на рак молочної залози, а також визначенні складності психологічного стану у пацієнок з РМЗ, на різних етапах лікування. Отримані результати дали змогу розробити науково-практичні рекомендації щодо вдосконалення ведення пацієнтів із РМЗ за наявності симптомів тривожності та депресії.

Практична значущість одержаних результатів дослідження полягає в можливості застосування запропонованої у дослідженні програми з посилення превентивних заходів щодо зниження поширеності тривожності та депресії серед жінок з РМЗ сприятиме зменшенню кількості афективних розладів у пацієнок. Своєчасна і перманентна психологічна підтримка дасть змогу поліпшити психоемоційний стан пацієнтів і знизити показники тривожності та депресії. Система охорони здоров'я в частині надання психологічної підтримки трансформуватиметься з включенням психолога у своєчасну і довготривалу психосоціальну підтримку пацієнтів на всіх етапах лікування. Необхідно навчати лікарів ментальної настороженості, переваг раннього виявлення психоемоційних розладів, надання психологічної підтримки пацієнтам у вигляді обов'язкового направлення пацієнтів з РМЗ до психолога для обстеження і визначення рівня тривожності та депресії.

Отримані дані про особливості психологічних ресурсів хворих з онкологічними захворюваннями можуть бути використані при плануванні

комплексної лікувально-реабілітаційної допомоги пацієнтам, як під час лікування, так і у післялікарняному етапі.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження висвітлювалися на: XI міжнародній науково-практичній інтернет-конференції: «Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві» із циклу: «Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування на виклики сучасності», 16 – 20 грудня 2024 року, м. Луцьк.

Структура роботи : робота складається з вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОЯВУ ТРИВОЖНОСТІ Й ДЕПРЕСІЇ У ОНКОХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ У МІЖНАРОДНОМУ ТА ВІТЧИЗНЯНОМУ ДОСВІДІ

1.1. Клінічні прояви тривожності та депресії

За даними ВООЗ, у період до пандемії COVID-19, в Україні поширеність тривожних розладів у загальній популяції становила від 7 до 10%, а з початком повномасштабної війни цей показник зріс до 71% [55; 80].

Тривожні розлади є найпоширенішими психічними розладами [30]. 12-місячна поширеність специфічних (ізолюваних) фобій становить 10.3%, і вони є найбільш поширеними тривожними розладами, хоча особи, які страждають ізолюваними фобіями, рідко звертаються за лікуванням [33]. Панічний розлад з агорафобією або без неї (PDA) є наступним найбільш поширеним типом з поширеністю в 6.0%, за яким слідує соціальний тривожний розлад (SAD, також зване соціальною фобією; 2.7%) і генералізований тривожний розлад (GAD; 2.2%). Прояв різних тривожних розладів у сучасності зростає [80]. Жінки в 1,5-2 рази частіше, ніж чоловіки, одержують діагноз тривожного розладу [55].

Вік початку тривожних розладів розрізняється в залежності від розладів. Сепараційний тривожний розлад та специфічна фобія починаються в дитинстві із середнім віком початку 7 років, потім слідує САР (сезонний афективний розлад) (13 років), агорафобія без нападів паніки (20 років) та панічний розлад (24 роки) [30; 93]. ГТР може розпочатися навіть пізніше у житті. Тривожні розлади, як правило, мають хронічний перебіг, при цьому тяжкість симптомів коливається між періодами рецидиву та ремісії при генералізованому тривожному розладі та агорафобією [30; 16] та більш хронічним перебігом при сепараційному тривожному розладі. Після 50 років у епідеміологічних дослідженнях спостерігалось помітне зниження

поширеності тривожних розладів. Генералізований тривожний розлад є єдиним тривожним розладом, який все ще часто зустрічається у людей віком 50 років і більше [30].

Поточна концепція етіології тривожних розладів включає взаємодію психосоціальних факторів, наприклад, негаразди дитинства, стрес або травму, та генетичної вразливості, що проявляється у нейробиологічних та нейропсихологічних дисфункціях [14].

Дані про потенційні біомаркери тривожних розладів у галузях нейрохімії, нейрофізіології та нейровізуалізації, нейрокогнітивних функцій були узагальнені і показують, що специфічні біомаркери тривожних розладів ще доведеться визначити [14]. Таким чином, важко дати рекомендації щодо конкретних біомаркерів (наприклад, генетичним поліморфізмам), які б допомогли виявити осіб із ризиком розвитку тривожного розладу.

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) [42] і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [1] раніше належали до тривожних розладів, але тепер вони поміщені до інших розділів п'ятого видання Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5) [30; 37; 67].

Люди з генералізованим тривожним розладом (ГТР) зазвичай характеризуються постійним і надмірним занепокоєнням щодо різних сфер життя, таких як здоров'я, професійна діяльність, міжособистісні стосунки та повсякденні проблеми. Це занепокоєння часто є об'єктивним, але водночас непропорційно великим відносно реальної загрози або значущості подій, що викликають хвилювання. Симптоматика ГТР значно впливає на психологічний та соціальний стан особистості, викликаючи дистрес і порушуючи нормальне функціонування в суспільстві. Серед характерних ознак також виділяють схильність до занепокоєння навіть з приводу менш значних або буденних питань, таких як побутові завдання, необхідність ремонту побутової техніки чи затримка на зустріч. Дослідження показують, що люди з ГТР виявляють більшу схильність до тривожних думок на такі теми, ніж особи з іншими психічними чи навіть фізичними захворюваннями [31].

Крім нав'язливих тривожних думок, у пацієнтів з ГТР часто спостерігаються додаткові симптоми, такі як підвищене збудження, яке супроводжується тривогою, дратівливість, відчуття фізичної та емоційної втоми, утруднена концентрація уваги, безсоння та підвищена м'язова напруга. Ці симптоми, як правило, є хронічними та мають тенденцію зберігатися навіть при частому зверненні до спеціалістів, що підкреслює складність лікування цього розладу.

Дослідження вказують на те, що середній вік початку генералізованого тривожного розладу становить приблизно 30 років, хоча розлад може виникати і в більш ранньому віці. Вважається, що перші симптоми тривожного стану можуть спостерігатися ще до 20 років, проте повноцінна клінічна картина ГТР частіше проявляється пізніше порівняно з іншими тривожними розладами, такими як тривожний розлад розлуки або фобічні розлади [30; 31; 37; 87].

Науковці по-різному оцінюють вплив віку початку захворювання на його перебіг. Деякі дослідження свідчать, що ранній початок розладу може бути пов'язаний із більш тривалим та інтенсивним проявом симптомів. Водночас інші дослідники дотримуються думки, що більш ранній вік початку ГТР не є показником тяжкості розладу, і перебіг захворювання може суттєво варіюватися в залежності від індивідуальних особливостей пацієнта [38; 18].

Важливо, що генералізований тривожний розлад з пізнім початком, який починає розвиватися приблизно у віці 50 років і старше, є найбільш поширеним тривожним розладом серед людей похилого віку. Дослідження показують, що люди з пізнім початком ГТР частіше повідомляють про зниження якості життя, особливо з погляду здоров'я, ніж ті, хто стикнувся з розладом у молодому віці [80]. Це вказує на те, що розвиток тривожних симптомів у старшому віці може мати більш виражений вплив на загальне самопочуття та соціальне функціонування індивіда, що потребує особливої уваги в рамках психотерапевтичної підтримки та соціальної адаптації пацієнтів з ГТР.

Клінічні особливості та перебіг депресії розглядається нами в контексті психотравмуючого чинника при онкологічному захворюванні [38; 46; 18]. Депресія, також відома як великий депресивний розлад, характеризується зниженим настроєм, проблемами з прийняттям рішень та мисленням, втратою енергії та задоволення, відсутністю інтересу до радісної діяльності, порушеннями сну та апетиту, психомоторними розладами та суїцидальними думками [18]. Дослідження показали, що депресія в онкологічних хворих негативно впливає на якість життя, схильність до лікування, виживання та особистий інтерес у лікуванні [38]. Більш ймовірно, що жінки, хворі на рак, страждатимуть на депресію, оскільки вони більш схильні до неї [30]. Дослідження пацієнтів із раком молочної залози, шийки матки та яєчників показали, що серед цих пацієнтів була висока поширеність депресії та тривожних розладів [46; 18]. Тим не менш, депресія часто залишається без уваги, і більшість онкологічних хворих не отримують адекватного лікування та психологічного супроводу [71].

Депресія є дисрегуляцією нормальної адаптивної системи та стресової системи центральної нервової системи (ЦНС). Складний депресивний розлад є спадковим захворюванням, яким протягом життя страждають приблизно 8% чоловіків та 15% жінок [65]. Більш ніж у 75% пацієнтів складний депресивний розлад є рецидивуючим захворюванням, що характеризується повторними ремісіями та загостреннями [45]. Більше 50% пацієнтів, які одужують після першого депресивного епізоду, переживають другий, протягом шести місяців, якщо їм не буде призначена підтримуюча терапія антидепресантами [71]. Серед тих, хто ніколи не лікується, до 15% чинять суїцид [18; 66].

Депресія не лише викликає сильний душевний біль, а й порушує фундаментальні біологічні процеси, що регулюють запальні процеси, коагуляцію, обмін речовин, вегетативну функцію, нейроендокринну регуляцію, сон і апетит [71; 39; 45; 66]. Ці порушення, ймовірно, сприяють погіршенню стану онкохворих й передчасному розвитку ішемічної хвороби серця, передчасному остеопорозу та подвоєнню смертності у пацієнтів з

великим депресивним розладом у будь-якому віці, незалежно від суїциду, куріння чи серйозних соматичних захворювань [91]. У жінок з діагностованим раком молочної залози в кожному випадку з'являються симптоми тривожності та часто розвивається депресивний розлад [91]. При тому, що РМЗ є тим захворюванням, що визначається як серйозна проблема громадської охорони здоров'я.

Захворювання найчастіше розвивається у жінок, на долю яких припадає 24.2% від загальної захворюваності на рак у всьому світі. Крім того, на частку раку молочної залози припадає 15% смертності від усіх онкологічних захворювань [84, с. 394-396].

Незважаючи на досягнення в ранній діагностиці раку молочної залози, хворі на рак молочної залози, як і раніше, стикаються з багатьма проблемами, у тому числі з високим психологічним навантаженням [45]. Дослідження, (А.О. Татьянчиков, О.М. Цільмак, В.Ю. Яковенко) показують, що пацієнти з раком молочної залози відчують високий психологічний тягар з моменту встановлення діагнозу і протягом усього життя [71; 45; 65]. Відповідно до систематичного мета-аналізу, поширеність тривожності серед хворих на рак молочної залози коливається від 4.1% до 97.5% [45], а поширеність депресії коливається від 3.0 до 95.9% [63]. Є дані про те, що жінки, які тільки проходять огляди і вже на етапі обстеження для встановлення діагнозу РМЗ відчують високий рівень тривожності [45]. Крім того, високий рівень тривожності та депресії спостерігався серед пацієнтів з раком молочної залози, які пройшли терапію, і перебувають у ремісії [91]. Тривала та складна терапія РМЗ порушує повсякденне життя пацієнтки та змінює її особистість, а також створює додаткове навантаження на осіб, які здійснюють догляд. В результаті у пацієнтки виникають психологічні проблеми [65]. Згідно досліджень І.Р. Мухаровської, І.В. Сергет, пацієнти з РМЗ, які відчували високий рівень психологічного стресу, мали більшу інвалідність, нижчу якість життя і навіть нижчий рівень виживання [45; 65].

Більше того, дослідження показують, що пацієнти з раком молочної залози не вирішують своїх проблем із психічним здоров'ям своєчасно чи адекватно і піддаються вищому ризику недостатнього лікування. Тому важливо, як перший етап удосконалення системи психологічної підтримки пацієнтів визначити масштаби проблеми та вивчити поширеність тривожності та депресії серед пацієнтів із захворюванням на рак молочної залози.

Зважаючи на природний перебіг, психічні страждання та медичні ускладнення, пов'язані з складним депресивним розладом, Всесвітня організація охорони здоров'я поставила цей розлад на четверте місце серед основних причин інвалідності в усьому світі [63].

1.2. Психологічні прояви депресії та тривожності як симптоматика впливу стресора високої інтенсивності

Психологічні наслідки впливу на людину стресорів високої інтенсивності, зокрема загрозливого для життя захворювання – такого як РМЗ, різноманітні. Основну увагу в слід приділити наслідкам виникнення посттравматичного стресу та психопатологічній симптоматиці, а також пов'язаним з ними емоційно-особистісним особливостям особистості, що має в анамнезі загрозливе для життя захворювання – рак молочної залози.

У контексті розгляду проблеми посттравматичного стресу найбільше часто згадується про такі психопатологічні симптоми як тривожність і депресія (Saha, Jakhar, Beniwal, Greene, Itzhaky, Bronstein et al.) [92; 86]. Подібна тенденція простежується та при вивченні стресорів високої інтенсивності, пов'язаних з важкою хворобою (Assefa, Haque, Wong, О.Ю. Овчаренко, О.С. Баженов, М.В. Воронов, Н.В. Мірошніченко, Н.М. Бамбурак, М.С. Гуцман та ін.) [83; 61; 2; 9; 43; 3]. У контексті розгляду ситуації хвороби особлива увага вчених звертається на наявність у пацієнтів симптомів соматизації [2; 9; 43]. Вченими дається визначення соматизації, згідно з яким «соматизація – це тілесні порушення, що виникають як знак

глибинного неврозу (deep-seated neurosis) і насамперед – розлади усвідомлення людиною власного стану». У психології стресу соматизація трактується як фізичні прояви, що виникають у результаті сильних емоційних переживань, з якими не вдається впоратися на психологічному рівні (О.С. Баженов, Н.В. Мірошниченко) [2; 43]. Наявність чи відсутність ознак соматизації залежить від типу нервової системи людини. При слабкому типі нервової системи ризик появи ознак соматизації виявляється найбільш високим (Н.В. Рациборинська-Полякова, К. М. Семененко, Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко, І. В. Куриленко та ін.) [24]. При тяжкому захворюванні соматизація може мати органічну природу і проявляти себе посиленням симптоматики, супроводжуючись високою тривогою. Коливання настрою, стрес, почуття занепокоєння викликають псевдореальні дискомфортні відчуття в тілі і в свою чергу ще більше індукують тривогу [47]. На етапі реабілітації цей стан викликає страх або рецидив захворювання загострення (І.Я. Пінчук, К.Д. Бабов, А.І. Гоженко, Л.Б. Наугольник) [69; 47].

При важкому захворюванні, що загрожує життю, виявляються ознаки депресії. Дані симптоми виявляються дисфорією та афектом, наприклад, відсутністю інтересу до життя або зниженням мотивації, життєвої енергії, при цьому навколишній світ сприймається негативно, безрадісно. Крім того, сюди відносяться почуття безнадійності, думки про власну неповноцінність, відчуття ізоляваності від світу та ін. [60]. Причин появи такого стану може бути кілька. Одна з них полягає в тому, що РМЗ, як загрозове для життя захворювання асоціюється людиною з передчасною смертю та викликає глибокі переживання, що вказують на ознаки екзистенційної кризи [43].

Інша причина пов'язана із затяжним та виснажуючим характером хвороби, з появою депресивного настрою, апатії, із втратою надії. Хвороба неминуче обмежує людину у можливості робити вибір та діяти самостійно, веде до вимушеної залежності та зниження життєвого тону. Зазначимо, у тому числі, що у процесі лікування супутніми факторами, що погіршують стан хворої, стають: надлишкова зануреність у лікувальні заходи, симптоми

зниженої сенсорної чутливості, фізичні дефекти (наприклад, парези), стигматизація та ін. [2], які виступають маркером хворобливого статусу пацієнта та не дозволяють йому вийти за межі психотравмуючої ситуації, почуватися вільно, впевнено.

Для людей, які мають в анамнезі тяжке захворювання – рак молочної залози, характерно прояв депресії, пов'язаної з підвищеною тривожністю (Ю.Б. Лісун, Д.А. Гуляс, Л.М. Полюхович) [33]. Під тривожністю слід розуміти стан нервозності, який включає в себе відчуття внутрішньої напруги, паніки, нерідко супроводжується тремтінням у тілі. Ознаками тривожності є почуття побоювання і страху, відчуття, що насувається загроза. Такий стан закономірним чином проявляє себе у ситуації усвідомлення хворим неможливості контролювати процес одужання повною мірою, оскільки відомо, що навіть за успішного, на перший погляд лікування, залишається ризик погіршення здоров'я, є небезпека виникнення рецидивів захворювання [65]. У психології виділяють кілька типів тривожності: особистісну та ситуативну (Р. Яремко, В. Гродська, А. Дзюбак, Х. Ільків). Вчені відзначають, що особистісна тривожність може бути корисною та сприяти ранній діагностиці захворювання; ситуативна тривожність небажаним чином впливає на настрій хворого, посилюючи негативні емоційні переживання з приводу хвороби [81].

При вираженій схильності до ситуативної тривожності виникає ризик розвитку фобічної тривожності. Такий тип тривожності визначається як стійка реакція страху (ірраціональна та неадекватна) на певні, стимули, що нагадують психотравмуючу подію, її аспекти, які об'єктивно можуть залишатися нейтральними. Особливість цієї реакції полягає ще й у тому, що вона формує у людини унікальний стиль поведінки. Пацієнт, який демонструє високий рівень занепокоєння, намагається дотримуватись тактики ігнорування лікарських призначень, наприклад, прийому ліків і т.д., з'являється сильний страх перед можливими наслідками хвороби та її рецидивом, який насправді виявляється безпідставним [48].

Високий рівень тривожності відображається і на побудові міжособистісних відносин, формується міжособистісна сензитивність. При розгляді тривожності як психопатологічного симптому слід розуміти, що вона визначається такими почуттями людини до себе як неповноцінність, неадекватність. У ситуаціях порівняння себе з іншими людьми, а також у процесі міжособистісного спілкування виникають дискомфорт, занепокоєння, що виявляється, зокрема у самоосудженні. Високий рівень сензитивності супроводжується підвищеною чутливістю до думки чи оцінок інших людей, що позначається на відносинах зі світом і нерідко перешкоджає прийняттю соціальної підтримки, особливо тоді, коли вона спрямована на корекцію емоційного стану пацієнта, тобто носить оціночний характер [47].

Високий рівень переживань може сприяти розвитку психотизму. Даний психопатологічний симптом характеризується такими поведінковими ознаками, як недостатність реалістичності, негнучкість, проблеми саморегуляції, конфліктність, неконтактність. З'являється егоцентризм, бажання усамітнитися, нечутливість до інших. Схильність до самоізоляції, уникнення спілкування з іншими людьми спричинена прагненням захищати себе від додаткових переживань, нівелювати чи попереджати їх за допомогою захисних форм подолання труднощів, які, проте, є адаптивними [24; 41].

У ситуації важкої хвороби у деяких пацієнтів фіксується наявність не тільки депресивно-тривожного стану, а й депресії, яка супроводжується ворожістю. Ворожість характеризується негативним афектом, що включає думки, почуття або дії, які є проявами стану агресії, злості, дратівливості, гніву (Н.І. Меленчук, К.О. Прокопенко) [40]. Відчуття образи, обурення, люті не дозволяє пацієнту адекватно сприймати власний стан, у тому числі порушується сприйняття навколишньої дійсності. Останнє сприяє тому, що ворожість починає виявлятися не лише по відношенню до хвороби або загалом до себе, а й до оточуючих людей, їхніх дій [69].

Паралельно з ворожістю в літературі зустрічається паранояльний тип ставлення до хвороби. Паранояльність проявляється наявністю проєктивних

думок, що характеризуються поряд з ворожістю – підозрілістю, страхом втрати особистісної незалежності, автономії; при цьому погляд на себе і на навколишній світ носить ілюзорний, необ'єктивний, негативний характер. Переважає стратегія заперечення факту хвороби або прагнення до посилення контролю, що позначається, у тому числі на взаємовідносинах із соціумом. Пацієнт вважає, що дії інших людей несуть шкоду його здоров'ю, а допомога, що надається, деформує його особистісні кордони [29].

Амбівалентний стан, наприклад, депресія на тлі гіпертривожності і дратівливості, ворожості, при властивому пацієнтові прагненні до контролю та саморегуляції, часто проявляється комплексом obsесивно-компульсивних реакцій або виражається в соматизації, про яку йшлося вище. Компульсії відбиваються у думках, імпульсах, діях і сприймаються як непереборний, нав'язливий стан. Вони являють собою деструктивну форму редукції психічної напруги. Руйнівний характер компульсивної поведінки до певної міри усвідомлюється людиною. Індивід сприймає цю поведінку як чужу йому, але, незважаючи на це, виявляється нездатним щось змінити [42]. За наявності комплексу амбівалентних симптомів, що також може свідчити про неприйняття ситуації хвороби, ефективна саморегуляція, що здійснюється самостійно, без звернення до соціальної підтримки, перетворюється на різні форми ритуальних, циклічно повторюваних дій або нав'язливих думок [15].

Описані вище симптоми мають різний ступінь інтенсивності, який обумовлений, зокрема і чинником віку. Швидше за все, це пов'язано з тим, що з віком психоемоційний стан хворого стає більш лабільним, з'являється ризик невротизації, психотизму, паранояльності, депресії та ін. [80; 14]. Показано, наприклад, що в похилому віці депресія діагностується в 36%-60% випадків. Ознаки соматизації посилюються внаслідок неефективного опрацювання наслідків психічної травматизації, з'являються симптоми соматизованої депресії, що пов'язано з відчуттям нестачі фізичних ресурсів для боротьби з хворобою. Поповнення дефіциту ресурсів стає можливим при зверненні за допомогою [1].

Варто підкреслити, що інтенсивність розвитку психопатологічної симптоматики може бути обумовлена не лише віком, а й індивідуальними особливостями людини, наприклад, особливостями її особистості.

У сучасних дослідженнях виділяють кілька особистісних рис, які ускладнюють реабілітацію пацієнта і характеризуються достатньою стійкістю, що дозволяє розглядати їх як можливі передумови розвитку психічної травматизації (Stanton, Rozek, Stasik-O'Brien et al.) [95].

Відомо, що ситуація хвороби є важким життєвим випробуванням, яке вимагає від людини прояву стійкості, терпимості, гнучкості, емоційної стійкості тощо (Л.І. Дідковська) [15]. Стан іпохондрії, нетерпимість, песимістичність, необґрунтоване занепокоєння, апатія, неконтактність та інші, властиві конкретній людині, поряд з переживанням травматичного стресу сприяють посиленню психопатологічних симптомів (Assefa, Haque, Wong, Ю.Ю. Мартинова та ін.) [39; 83].

Помічено, що особистісні особливості, що загострюють психічне стан людини, схильного до травматичного стресу, причиною якого стало загрозливе для життя захворювання, найчастіше проявляють себе або у вигляді афективних реакцій на стресор, тобто. дратівливості, або у вигляді підвищеного занепокоєння, тобто. тривожності. Депресивність також розглядається як стійка особистісна особливість, що провокує поява психопатологічної симптоматики (Assefa, Haque, Wong, Г. Католик, З. Живко, Г. Одинцова) [21; 83].

Додатково до перерахованих вище особистісних характеристик слід віднести невротичність (низький рівень самоповаги, вегетативні проблеми, збудливість, почуття незахищеності) та сором'язливість (боязкість, уникнення контактів, сензитивність до оціночних суджень) [30].

Ще раз наголосимо, що дані характерологічні риси можуть сприяти розвитку (або просто бути пов'язаними) з психопатологічними симптомами (С. В. Ісаєнко та ін.) [18].

Переважає більшість депресивно-тривожних рис у профілі особистості, наприклад, невпевненість у собі, відчуття внутрішнього дисбалансу, втрата гармонії, пригнічений настрій (депресивність, невротичність, сором'язливість) сприяють наростанню гіперсензитивності до оцінок референтної групи.

Подібна надчутливість спотворює інформацію, отриману від значимої групи, і не дозволяє інтерпретувати її правильно. Переживання неповноцінності та вразливості, а нерідко і стигматизованості сприяє розвитку ізольованого стилю поведінки, крайнім ступенем якого є психотизм (Н.В. Рациборинська-Полякова, К. М. Семененко, Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко, І. В. Куриленко) [24].

Виражена схильність до дратівливості на тлі депресивності з високою часткою ймовірності підвищує ризик розвитку симптому ворожості, крайнім ступенем якого виступає паранояльність. Стан нетерпимості на тлі апатії створює враження безвихідності того, що відбувається, людина відчуває себе «загнаною в кут», починає мислити ірраціонально, вважаючи, що весь світ загалом налаштований проти неї, а дії людей спрямовані на те, щоб завдати ще більшої шкоди (L. Grassi, M. Belvederi Murri, M. Riba, de S. Padova, T. Bertelli, S. Sabato, MG. Nanni, R. Caruso, H. Ounalli, L. Zerbinati, Н.І. Меленчук, К.О. Прокопенко) [40; 85]. Наявність амбівалентних рис у профілі особистості, наприклад, схильності до неспокою на тлі песимізму або апатії на тлі нетерпимості та вимогливості до себе, та ін (депресивність-невротичність і депресивність-дратівливість) не дозволяють людині емоційно правильно відреагувати на стрес, що активно переживається, провокуючи появу ознак компульсії, соматизацію, іпохондрію, психогенний больовий синдром, паранояльність (О.І. Мироненко, Н.І. Долішня, Д.О. Мироненко, L. Grassi, M. Belvederi Murri, M. Riba, de S. Padova, T. Bertelli, S. Sabato, MG. Nanni, R. Caruso, H. Ounalli, L. Zerbinati,) [42; 85].

При вивченні людей, які мають загрозове для життя захворювання, рідше згадується така особистісна риса як агресивність. Незважаючи на це важливість включення її в аналіз полягає в тому, що у разі захворювання,

типова для людини схильність до агресії має тенденцію трансформуватись у ворожість, спрямовану на себе (К. Г. Тенгізович, Л. Родченко, Н.Д. Володарська, О.О. Когут, Р. Попелюшко, А. Бабич) [72; 8; 56]. Згідно з проведеним аналізом, окремі особистісні характеристики – невротичність, депресивність, дратівливість, емоційна лабільність, сором'язливість, агресивність розглядаються нами як можливі причин появи психопатологічних симптомів. Звісно ж, що дані характеристики певною мірою є стійкими і, швидше всього, супроводжують переживання, які виникають у відповідь на вплив інтенсивного стресора. Важка життєва подія може виступати як тригер, який сприяє акцентуації деяких особистісних рис людини за їх наявності у преморбіді (Stanton, Rozek, Stasik-O'Brien et al.) [95].

Залежно від віку в ситуації хвороби очікується прояв особистісних рис, пов'язаних з емоційною лабільністю (наприклад, депресивністю, тривожністю, напруженістю, зі зниженням комунікативності (товариськості, відкритості), самоконтролем [80]. Труднощі у здійсненні самоконтролю людьми похилого віку нерідко виражаються у вигляді реактивної або спонтанної агресивності.

Таким чином, загрозливе життю захворювання як стресор високої інтенсивності супроводжується переживанням травматичного стресу, який призводить до ряду психологічних наслідків – посттравматичного стресу та виникненню психопатологічної симптоматики [2; 31; 61].

Показано, що люди, які мають в анамнезі важке захворювання, нерідко відчують складнощі у прийнятті ситуації власної хвороби [56], а також у прийнятті себе (К.С. Максименко) [34]. Зазначається, що у деяких пацієнтів спостерігається зниження позитивної оцінки власної особистості, з'являється почуття безпорадності, залежності, провини, виснаження ресурсності, труднощі у саморегуляції [4; 28; 34].

Під впливом хвороби змінюється ставлення до себе, а також ставлення до світу, з'являються нав'язливі страхи, підозрілість, ворожі ірраціональні переконання [11]. Комунікація та прагнення до побудови продуктивних

відносин із соціумом стають більш проблематичними, оціночні судження сприймаються болісно [22].

Отримані дані свідчать, зокрема про необхідність створення коректніших методів надання професійної допомоги людям, хворих на загрозливе для життя захворювання, зокрема на РМЗ, яка матиме комплексний характер. Комплексність такого підходу полягає у якісному медичному обслуговуванні та залученні фахівців психотерапевтичного та психологічного профілю.

1.3. Актуалізація особистісних ресурсів подолання ситуації хвороби в подоланні стресу та зниженні рівня тривожності при загрожуєму життю захворюванні

У підрозділі будуть розглянуті можливості людини, що переживає важку життєву ситуацію, пов'язану з хворобою, їх спрямованість на подолання негативних наслідків впливу стресора. Ресурсність людини співвідноситься нами з базовими переконаннями, мотиваційними уподобаннями, а також з деякими особистісними особливостями.

Іноді може складатися таке враження, що руйнівний вплив стресора безумовний, що під його впливом людина схильна займати у відносинах із середовищем виключно пасивно-оборонну позицію. Однак, наявність даних про те, що при дії стресора високої інтенсивності не у всіх людей виникають психологічні проблеми, ставить під сумнів це твердження. На наш погляд важка життєва ситуація не позбавляє суб'єкта можливості впоратися з нею, поле можливостей, право вибору завжди залишається за людиною.

Наведене вище можна співвіднести з позицією О.В. Белової [4] щодо інтерпретації механізму зворотного зв'язку та принципу сигнальності (Л.В. Крячкова, Р.П. Хаїтов), як «загального механізму управління, регуляції, детермінації» [29]. У цьому контексті В. О. Моляко вказує, по-перше, на те, що механізм зворотної зв'язку може бути використаний для пояснення явищ,

у яких спочатку закладено бажане, а по-друге, що «на вищих рівнях буття... немає сигналів, сигнальних подразників... які прямо і однозначно свідчили б про адекватність чи неадекватність людської діяльності... Вирішальна роль належить тут її (людини) світогляду, її морально-політичній зовнішності» [44]. Це положення є фундаментальним для розуміння відмінностей у реагуванні людей на одну й ту ж саму травматичну подію.

З позиції суб'єктно-діяльнісного підходу різноманітність переживань однієї і тієї ж стресової події пояснюється наявністю у різних людей потреб, установок, мотивації, загалом, В. Татенко, І. Немінський [70; 49], внутрішніх умов, що передбачають варіативність в інтерпретації подій, явищ навколишньої дійсності, а також зміна особистісної позиції залежно від контексту ситуації (З. Карпенко) [21].

Життєдіяльність слід розуміти як безперервний процес розвитку та вдосконалення особистості, як єдність опосередкування свого майбутнього та минулого дійсністю, що обумовлено, не лише зовнішніми обставинами, а й внутрішніми умовами (О. В. Кобець, Ю. В. Кузьменко) [25]. Уявлення про особистість як про «відносно самостійний і активний компонент широких систем» засноване на положенні про те, що це складний, ієрархічно організований суб'єкт, який розвивається діахронічно [70; 82]. Науковці [11; 60; 58; 59; 62; 25] писали про специфіку характеру відносин між компонентами особистісної структури та про їх різноманітність, що дозволяє особистості бути пластичною та адаптуватися до різних життєвих ситуацій, включаючи екстремальні умови середовища. Особистість зберігає за собою право коригувати життєвий стиль, долаючи власну неповноцінність, є активним творцем життя, здійснюючи рух до вдосконалення через подолання перешкод, страждань та невдач.

У низці досліджень (С.Д. Максименко, Я.В. Руденко, А.М. Кушнерьова, В.М. Невмержицький, Н.В. Гончар, О.М. Реуцька, О.В. Кобець, Ю.В. Кузьменко) [5; 64; 53; 68] активність особистості описується через єдність суб'єктивності та мотивації, де найвищим ступенем, на думку деяких

вчених виступає самоактуалізація (С. Максименко, І. Толкунова, Л. Терещенко, А.С. Задорожна) [35; 76; 17]. Слід додати, що система життєвих відносин виступає динамічним цілим, яке аналізується та зіставляється з внутрішніми моделями потреб та цінностями особистості (І.В. Сергет) [66; 54]. Захворювання, яке загрожує життю людини, як важка життєва подія, змінює систему життєвих відносин, «перебудовує» потребнісно-мотиваційну сферу особистості (Ж.П. Вірна) [7].

Звісно ж, такі зміни не завжди можуть бути негативними, деякі мотиваційні тенденції виступають ресурсом подолання особистістю стресу високої інтенсивності [61; 3].

Одним із важливих ресурсів є позитивний настрій на боротьбу з наслідками захворювання, що супроводжується мотивацією досягнення цілі та стійкістю у здійсненні задуманого (С.Д. Максименко, С.Б. Кузікова, В.Л. Зливков, Н. Пророк, О. Запорожець, М. С.Крапива, О.О. Литвиненко) [6; 51; 57; 28].

Мотивація досягнення пов'язана з орієнтацією пацієнта на успіх у подоланні ситуації хвороби. Така мотивація вказує на наявність готовності людини до активних дій [28; 4; 53]. Стійкість у досягненні задуманого проявляється інакше: вона свідчить про терпіння пацієнта, прояв послідовності в реалізації дій, наприклад, за умов дотримання приписів лікаря, про варіативність поведінки, наприклад, при зміні тактик лікування та ін (М.О. Орап, Т.Я. Скурський) [50].

За деякими даними, потреба в агресії також може стимулювати людину на боротьбу з життєвими проблемами (Н.І. Меленчук, К.О. Прокопенко, Н.Д. Володарська, О.О. Когут, Р. Попелюшко, А. Бабич) [40; 8; 56]. Важливо при цьому знати, що у тяжкохворої людини агресія може трансформуватися в самоагресію, яка швидше перешкоджає, ніж сприяє ефективній опанувальній поведінці (В. Шевченко, А. Оганян, І.О. Гордієнко, Н.І. Меленчук, К.О. Прокопенко) [78; 13; 40].

Ще однією тенденцією, що є мотиваційним ресурсом, може бути вміння долати почуття провини. Здатність до подолання провини позначається на позитивній самооцінці людини, побічно знижується тривога щодо оціночних суджень з боку суспільства, пацієнт відчуває себе менш стигматизованим, він більшою мірою відчуває свою готовність до включення у процес реабілітації (І. О. Корнієнко, Є.В. Кущевий) [41; 79].

У ситуації хвороби значним стає прагнення самопізнання [48; 76; 17; 13]. Розглядаючи дану спрямованість як ресурс, слід зважати на особливості її прояву. Відомо, що високий рівень прагнення самопізнання може, з одного боку, проявлятися надмірною саморефлексією, тривогою з приводу невідповідності реального Я власним очікуванням (К.С. Максименко). Саморозуміння, або погляд на себе зі сторони, супроводжується небезпекою, яка полягає в десуб'єктивізації; перебуваючи в позиції стороннього спостерігача людина здатна об'єктивувати реальність і тим самим дистанціюватися від проблем, визнаючи, що не може з ними впоратися [34]. З іншого боку, саме прагнення до самопізнання в ситуації хвороби допомагає людині прийняти себе, сформувати раціональніший погляд на світ, побудувати зрілу систему відносин з ним, задуматися про правильність обраної стратегії життєвого шляху і т.д [7].

Іншим важливим ресурсом може бути прагнення до самостійності, підтримці автономії [5; 82; 35]. Відчуття автономії для людини, яка переживає ситуацію складного захворювання, важливе тому, що воно дозволяє почуватися більш здоровим, повноцінним, вільним, незалежним. Дане прагнення сприяє «виходу» особистості за межі психотравмуючої події, яка, здавалося б, веде до вимушеної залежності, беспорядності. Ця мотивація дозволяє людині почуватися більш ресурсним та сприяє реалізації вибірковості у прийнятті соціальної підтримки. Слід сказати, що прагнення автономії це – не тільки здатність відповідати за себе, здатність приймати самостійні рішення, але й те, що в сучасній науці називається суверенністю. Суверенність означає спонукальну силу, прагнення життя, екзистенційний

тонус, здатність людини контролювати, захищати та розвивати свій психологічний простір, здатність змінювати себе та ставлення до інших, самопокладання [35; 54; 89; 90]. Звісно ж, що з віком подібні цінності набувають особливої значущості; людина починає найбільш гостро відчувати свою вразливість за наявності загрозового для життя захворювання. У зв'язку з цим, говорячи про вікові відмінності в мотиваційній спрямованості особистості, слід зазначити, що загалом для людей старшого віку характерне прагнення до виходу із становища тотальної залежності [80]; таке прагнення може виражатися потребою у домінуванні, відстоюванні своєї думки.

Перейдемо до розгляду особистісних особливостей, які на наш погляд, пов'язані з ресурсністю людини у ситуації хвороби. Ними можуть бути схильність до екстернальності або інтернальності, а також відкритість щодо себе та світу.

Говорячи про екстернальність та інтернальність, слід зазначити, що при їх розгляді важливо враховувати вік людини. У молодшому віці переважає схильність до екстернальності. Людина виявляє максимум домагань, який завжди обумовлений внутрішньої мотивацією. Для середнього віку характерно виражене прагнення до самовдосконалення, яке ґрунтується на поглибленому самоаналізі. У старшому віці інтернальність супроводжується пошуком зовнішніх джерел ресурсу, включаючи прагнення до соціальної підтримки [62]. Згідно з іншими дослідженням, люди старшого покоління мають більш сформовану структуру самовідношення і вони частіше замислюються про сенс життя, що допомагає їм нівелювати страх і тривогу, тоді як молоді люди більш тривожні, схильні до уникнення невдач і відчують виражену потребу в самозахисті, схильні до впливу оціночних суджень (А.О. Татьянчиков, О.М. Цільмак, В.Ю. Яковенко, К.Г. Тенгізович, Л. Родченко) [71; 72].

Порівнюючи представлені погляди, зазначимо, що у людей старшого покоління ресурсом подолання виступає схильність до емоційної стабільності, самоповаги, віри у власні сили, досвід, тобто, на нашу думку, виражене

прагнення інтернальності. Для людей середнього віку вагомим стає прояв соціальної сміливості, активності в соціальній взаємодії, тобто схильність до екстернальності.

Звернемося до аналізу ще однієї особистісної особливості – відкритості.

Включеність до соціальних відносин можлива завдяки тому, що особистість є відкритою системою. Таке поняття сформувалося в персонології (Г. Олпорт), гуманістичній психології (К. Роджерс), та нині використовується у сучасній науці [за 79].

Розуміння феномену особистості як відкритої системи в контексті проблеми складних життєвих подій включає аналіз здатностей людини до подолання, перетворення, переосмислення обставин, що виникли, вияву мудрості. Показник відкритості розглядається дослідниками як чинник адаптації, тобто. як загальносистемний показник можливості саморозвитку та здатності до самоорганізації, прийняття себе (Г. Науменко, А. Жук, Т. Янчук, І. Толкунова, Л Терещенко, А.С. Задорожна). Відкритість досвіду навіть у важкій життєвій ситуації, дозволяє осмислити і повніше зрозуміти себе та зовнішній світ, за підтримки рівноваги та внутрішньої цілісності (о. Лазорко, Ж. Вірна) [89; 7]. Останнє багато в чому пов'язане з умінням довіряти значимому оточенню [48; 76; 17]. Довіра до значущих людей і довіра до себе розширює можливості людини у зверненні до зовнішніх ресурсів з метою пошуку опори як на себе, так і на інших людей.

Здатність до довірливого погляду на світ та позитивного ставлення до себе багато в чому пов'язані з базисними переконаннями людини, про які йдеться піде далі.

Концепт «базові переконання» був описаний Р. Янофф-Бульман в рамках когнітивної теорії психічної травми, з метою позначення особливого особистісного ресурсу, що забезпечує можливості прийняття певних стратегій в умовах постійного середовища. У базових переконаннях знаходять відображення негативні та позитивні оцінки «картини світу» [77].

У психології посттравматичного стресу аналізу базових переконань людини також приділяють особливу увагу. Ряд досліджень показує що, незважаючи на стійкість базисних переконань, умови екстремальної ситуації можуть сприяти їхній зміні (Н.К. Лебідь, Ю.В. Бреус.) [32]. Витоки даного механізму лежать у дослідженнях когнітивних моделей ПТСР. В. Горбунова, Ю. Ф. Костюк зазначали, що «застрягання» людини в психотравмуючій події відбувається внаслідок того, що досвід травми не включений до когнітивної схеми індивіда. Ментальна переробка психічної травми в такому випадку утруднена. Травма постає як актуальний стан людини, співвіднесений нею із минулим досвідом (О. Гершанов) [10]. Подолання травми у цьому випадку здійснюється завдяки трансформації вже наявних схем, базисних переконань. Згідно досліджень Т. М. Титаренко, після впливу стресора високої інтенсивності картина світу ніколи не залишається колишньою, попередньою. Базисні переконання зазнають якісних змін, відновлюючись лише до певного рівня. Існують дані про те, що характер базисних переконань суттєво впливає на процес реабілітації пацієнта. Негативні переконання свідчать зазвичай про брак внутрішніх ресурсів для подолання психотравмуючої події; позитивні переконання виступають потужним ресурсом реалізації опанувальної поведінки [20; 75; 74; 73].

В якості ресурсів подолання психологічних наслідків загрозливого життя захворювання слід розглянути базові переконання, пов'язані з уявленням особистості про себе (Образ «Я», Удача), як такі, що відображають уявлення про можливість розумного контролю різних обставин життя. Вибір даних базисних переконань виправданий тим, що у ситуації хвороби саме вони виступають мішенями для впливу подібного стресора високої інтенсивності.

Як приклад можна навести дані деяких досліджень (В. Климчук, Т. Титаренко, В. Горбунова, Ю.Ф. Костюк, О. Гершанов, Р. Лазарус, Г. Сельє) [26; 12; 10; 75; 74; 73; 20; 23; 88; 94].

Так, виявлено, що при високих показниках ПТС спостерігається і більш виражене негативне уявлення про себе, особливо за наявності в анамнезі

стресора «загрозливе для життя захворювання», а також уявлення про себе як про невезучу людину. У ситуації хвороби людина нерідко переживає почуття неповноцінності, відчуває вину, інтерпретуючи захворювання як фатальну подію. У свою чергу, збереження позитивного Я, надії на сприятливий результат подій, що також співвідносне з уявленням про везіння, дозволяє прийняти ситуацію хвороби, виявити терпимість до тимчасових обмежень, зберегти розсудливість щодо труднощів, побачити нові можливості власного розвитку як особистості [26; 75].

Залежно від ступеня вираженості переживань з приводу хвороби спостерігаються відмінності в уявленні особистості про можливість здійснення контролю за подіями, що відбуваються. Об'єктивними умовами складності реалізації контролю є такі особливості ситуації хвороби: 1) постановка діагнозу може мати раптовий характер, 2) після тривалого періоду ремісії пухлинні захворювання можуть рецидивувати, 3) за наявності незлоякісного новоутворення ризику переродження пухлини в злоякісну залишаються. Однак, є й причини суб'єктивного характеру. На нашу думку, у процесі опанування захворювання на РМЗ, яке людина сприймає як загрозливе для її життя, важливим виявляється підтримка пацієнтом своєї активності в процесі реабілітації за допомогою здійснення раціонального та варіативного контролю. Актуальним стає прояв тактичної та стратегічної гнучкості за збереження віри у різноманіття можливостей навіть у таких тяжких життєвих обставинах.

Вікові відмінності в уявленні про себе та про світ у людей, які мають важкі соматичні захворювання, обумовлені відмінностями в цінностях та смисложиттєвих орієнтаціях (І.В. Сергет) [66].

У пацієнтів середнього віку часто спостерігається розузгодженість у оцінці суб'єктивної картини світу: навколишній світ ними сприймається як доброзичливий, але несправедливий, неконтрольований; вони можуть оцінювати власне «Я» позитивно, але вважати себе при цьому менш щасливими (К.С. Максименко) [34].

Для людей старшого віку характерна негативна картина базисних переконань, яка, на думку деяких авторів, формується під впливом соціальних оцінок та стигматизації. На думку інших, люди похилого віку, які оцінюють себе суб'єктивно молодшими, відчують свою корисність та значущість, позитивно ставляться до інших людей [66].

З цієї причини включення до системи змінних не тільки хронологічного, але і суб'єктивного віку людини може суттєво змінити уявлення про базові переконання, як молодих, так і людей похилого віку.

Проаналізоване вище свідчить про те, що психологічне благополуччя пацієнтів з тяжким захворюванням пов'язане з мотивацією до одужання, позитивним самовідношенням, відчуттям контролю ситуації. Для подолання психологічних наслідків важкої життєвої ситуації важливим стає прийняття себе, а також відкритість до світу [48; 6; 51; 57; 58; 59].

Одним із проявів відкритості світу є вміння пацієнта приймати зовнішню підтримку. Готовність прийняти допомогу відображається у прагненні до одужання та здатності до конструктивної взаємодії з лікарем (М.О. Орап, Т.Я. Скурський) [50]. Відмова пацієнта від соціальної підтримки та прагнення покладатися тільки на себе суттєво ускладнює процес реабілітації (О. Лазорко, Ж. Вірна, М. Орап) [89; 90].

Отже, зазначимо, що актуалізація ресурсів подолання ситуації хвороби опосередкована особистісними особливостями, базисними переконаннями та мотивацією пацієнта. Люди старшого віку, які успішно впоралися з наслідками впливу стресора, характеризуються прагненням до домінування, тим самим підтримуючи оптимальний рівень автономії, зберігаючи віру у себе та у власні ресурси. Для людей молодого віку важлива відкритість соціальній підтримці; відчуття автономності співвідноситься суб'єктом зі своєю успішністю та конкурентоспроможністю.

Важливо підкреслити, що прийняття соціальної підтримки не повинне вести до порушенням особистісних меж пацієнта. Людині необхідно відчувати свободу та особистісну значимість навіть у ситуації хвороби. Відчуття

внутрішньої впевненості пацієнта у методах лікування, а також довірливе ставлення до лікаря є основою повноцінної реабілітації. Оптимальною умовою вважається наявність позитивного настрою, відчуття включеності в ситуацію, прояв стійкості у прагненні одужання.

Значимим стає розуміння особистості як відкритої системи в контексті проблеми складних життєвих подій, яка включає аналіз здатностей людини до подолання, перетворення, переосмислення обставин які виникли, прояву мудрості, включаючи активність і дієву позицію самої людини. Останнє стає неможливим без самоприйняття, пов'язаного, у тому числі з переконаннями у доброзичливості зовнішнього світу, його неворожості та контрольованості.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ

ТРИВОЖНОСТІ І ДЕПРЕСІЇ У ЖІНОК З ДІАГНОСТОВАНИМ

РАКОМ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

2.1. Опис вибірки та методик дослідження

Теоретичний аналіз проблеми, проведений у першому розділі, свідчить, що рак молочної залози (РМЗ) належить до соціально значущих захворювань, яке продовжує посідати провідні місця в структурі захворюваності й смертності серед жінок у всьому світі. РМЗ залишається однією з найчастіших онкологічних патологій, що має масштабні наслідки як для фізичного, так і для психоемоційного стану пацієнок. Хоча в останні десятиліття відбулося суттєве зрушення в напрямку вдосконалення медикаментозного лікування, зокрема появи нових таргетних і гормональних препаратів, основним методом лікування РМЗ все ж лишається хірургічне втручання.

Для жінок, які стикаються з діагнозом РМЗ, цей діагноз стає джерелом серйозної психоемоційної травми, адже викликає страх перед хворобою, посилює почуття невпевненості та загрожує змінити їхній звичний спосіб життя. Крім того, важливим фактором є страх перед втратами, які пов'язані з хірургічним втручанням: частина жінок відчуває тривогу не лише щодо загрози життю, але й щодо змін у зовнішньому вигляді, а також можливої втрати соціальних зв'язків. Діагноз РМЗ часто сприймається як загроза жіночності та привабливості, що може призвести до зміни самооцінки і підвищення емоційної вразливості [39].

Ці чинники викликають у хворих на РМЗ сильну емоційну напругу, що призводить до розвитку різноманітних психологічних та психоневрологічних розладів. Зазвичай, у таких пацієнок відзначаються порушення в соціально-психологічній адаптації, що нерідко спричиняє стан хронічної тривоги і

призводить до невротизації. Зокрема, у багатьох жінок спостерігаються стани тривожності, дратівливості, порушення сну, депресивні розлади, які значно ускладнюють адаптацію до нових життєвих умов та лікування.

З огляду на покращення методів лікування РМЗ, що дозволяють збільшити тривалість життя пацієток, надання комплексної психологічної підтримки стає невід'ємною складовою медичної допомоги. Відсутність якісної психологічної підтримки може негативно вплинути на їхнє психічне здоров'я і, відповідно, знизити якість життя, уповільнити процес одужання та зменшити ефективність лікування. Так виникає своєрідний парадокс: з одного боку, значні зусилля та ресурси лікарів і медичного персоналу спрямовуються на поліпшення стану пацієток, але з іншого боку, недостатня увага до психологічного стану хворих і нехтування їхньою емоційною підтримкою призводять до надмірного стресу, який стає бар'єром на шляху до повного відновлення.

З метою детального дослідження особистісних особливостей жінок, які проходять лікування від РМЗ, та для встановлення зв'язку між психологічним станом, рівнем психологічної компенсації і психоемоційними реакціями на хворобу, було проведено емпіричне дослідження. Воно здійснювалось на базі Комунального некомерційного підприємства «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної Ради» та включало пацієток, які висловили бажання взяти участь у дослідженні.

Рекрутація досліджуваних здійснювалася за особистою згодою. Учасники були проінформовані про дослідження за допомогою повідомлення на початку опитувальника і підтвердили свою добровільну згоду шляхом погоджувальних знаків на бланку «погоджуюся» на початку опитувальника. Учасників було проінформовано про можливі ризики дослідження та підтримку, якщо міг виникнути дистрес під час дослідження та надано інформацію про місця, де можна отримати безкоштовну психологічну допомогу в разі потреби. Також їх повідомили про дотримання принципів конфіденційності і про можливість припинити дослідження в будь-

який момент, без негативних наслідків для учасників. Учасники могли пройти опитування у будь-який вільний і зручний для них час. Респондентам була гарантована конфіденційність участі у дослідженні. У бланках досліджуваним не потрібно було вказувати особистих даних, за якими їх можна ідентифікувати. Доступ до анонімних даних мали виключно дослідник та його науковий керівник.

По завершенню дослідження учасникам були запропоновані рекомендації щодо застосування продуктивних копінг-стратегій за умов прояву тривожності і зниження рівня депресії у жінок з діагностованим раком молочної залози.

Сукупна вибірка становила близько 80 учасників (від 18 років і без обмежень віку) пацієнок. Кількість та вік досліджуваних хворих встановився в процесі дослідження, вибірка становила 58 осіб, віком від 20 до 70 років. Дослідження проводилося в динаміці відповідно до процесу діагностики та лікування, а також психологічного супроводу.

Були використані клініко-психологічний та експериментально-психологічний методи дослідження.

Клініко-психологічний метод включав: клініко-біографічний метод (опитування, розмова з пацієнтом): дані про фактори ризику (фізичні шкідливості, стресові події), спадкові і перенесені захворювання, дослідження одиничного випадку та клініко-анамнестичний метод (опитування та аналіз медичних карт): дані про стадію і локалізацію захворювання, часу з моменту встановлення діагнозу; перенесених в зв'язку з онкологічним захворюванням хірургічних операціях, самопочуття пацієнтів проходження лікування, а також експертні оцінки лікарів: оцінка ефективності лікування; ставлення пацієнта до хвороби та лікування.

Клініко-психологічний метод застосовувався у вигляді неформалізованого інтерв'ю, що містили питання за п'ятьма темами: особливості вияву захворювання на РМЗ; відношення до хвороби та її причин,

з позиції пацієнтки; ставлення до лікування (а також ставлення до операції), соціальні питання, ставлення пацієнтки до власного майбутнього (Дод. А).

При експериментально-психологічному методі дослідження використовувалися такі психологічні методики:

1. Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS (Дод Б);
2. Міннесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (ММРІ-2);
3. Методика дослідження фрустраційної толерантності Розенцвейга [27]
4. Тип ставлення до хвороби (ТВХ) [27],
5. Шкала особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера [27],
6. Методика самооцінки Дембо-Рубінштейн [27].

Отримані експериментальним шляхом дані представлені у наступних підрозділах цього дослідження.

Статистико-математичні методи: пакет прикладних програм статистичної обробки даних "STATISTICA" ver. 5.5. Обробка та аналіз включали методи описуючої статистики. Достовірність відмінностей визначалася при допомозі U-критерію Маїша-Уїтні, кутового перетворення Фішера.

2.2. Результати клініко-психологічного дослідження тривожно-депресивних розладів жінок з діагностованим РМЗ

Клініко-психологічне дослідження мало за мету вивчення особистісного реагування хворих жінок на постановку їм діагнозу РМЗ. Переважно пацієнтки, як і всі обізнані з ситуацією онкозахворюваності, були обізнані щодо особливостей переживань діагнозу онкології, в тому числі й РМЗ, на прикладі інших людей чи членів родини. Поширені відомості позитивного чи негативного досвіду про перебіг онкозахворювань здійснював переважно негативний вплив на уявлення перспектив пацієнток з діагнозом раку молочної залози. Підґрунтям уявлення про наслідки онкозахворювань

служать різні джерела інформації, в тому числі й негативний особистісний досвід інших людей. При цьому домінантою виступає не специфіка захворювання, а діагноз онкохвороби.

Лише 7,3% пацієнок знали, що рак молочної залози піддається лікуванню, тоді як більшість (близько 59%) мали невизначене уявлення щодо перспектив свого захворювання. Для 82% пацієнок саме страх перед онкологічною хворобою став причиною звернення до лікаря, проте 15% із них через сильне почуття страху не зверталися за допомогою відразу після виявлення перших симптомів, відкладаючи візит на 6 місяців і більше. Візит до онколога спричинив інтенсивні негативні емоції у 87% пацієнок, зокрема страх, тривогу та глибоке занепокоєння.

Причини захворювання пацієнтки пов'язували з різними факторами: 27% вважали, що захворювання виникло через надмірний стрес у їхньому житті; для 22% причинним фактором була фізична травма; решта зазначали спадковість, гормональні збої або психологічні потрясіння, такі як втрата близької людини. Майже 28% не могли визначити ймовірну причину хвороби. Водночас лише 17% повністю визнавали зляканий характер свого захворювання, 45% сприймали діагноз лише частково, а близько 15% заперечували його взагалі. Інші 25% мали невизначене ставлення до свого діагнозу.

Цікавим є факт, що понад 74% пацієнок намагалися уникати розмов із лікарями щодо свого захворювання. Багато з них боялися почути погані новини і вважали за краще уникати теми: фрази на зразок «не хочу ні говорити, ні думати про це» або «страшно стає навіть чути» були типовими для цих жінок. Довіра до лікаря й позитивне ставлення до лікування спостерігалися у 45% пацієнок, тоді як 11% були пасивними та негативно налаштованими до всіх запропонованих методів лікування. Амбівалентність, яка проявлялася в нестійкому ставленні до лікування та зміні настрою, була властива близько 44% пацієнок.

Ставлення до хірургічного втручання (мастектомії) було різним. Більше половини, або 56%, пов'язували своє одужання саме з операцією, приймаючи її необхідність як безальтернативну. Однак для 11% пацієнок ідея операції викликала значний протест: дехто навіть відмовлявся від процедури або залишався негативно налаштованим навіть після її проведення. Ще 33% були змушені погодитися на операцію лише під тиском обставин, хоча внутрішньо не приймали її необхідність. Практично всі пацієнтки, за винятком кількох, відчували сильний страх перед операцією через її можливі наслідки.

Основним мотивом для більшості залишалось прагнення до одужання, яке набувало особливої цінності у зв'язку з усвідомленням конкретних життєвих цілей, наприклад, у матерів із маленькими або неповнолітніми дітьми. Близько 31% пацієнок демонстрували активне бажання адаптуватися до нових життєвих умов з урахуванням хвороби та її наслідків, зокрема можливих труднощів у родині та на роботі. При цьому 13% вважали, що захворювання зробило їхнє життя безглуздим, а 58% сприймали своє майбутнє як низку невирішуваних проблем.

Використання Госпітальної шкали тривоги і депресії HADS (Дод Б) дало можливість отримати наступні результати.

Встановлено, що у хворих на РМЗ, спостерігаються тривожно-депресивні розлади різної нозологічної приналежності, психогенні (змішана тривожна і депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації), соматогенні (непсихотичний змішаний тривожний і депресивний розлад органічної етіології) і стан змішаної генези (змішаний тривожний і депресивний розлад). Поширеність даних розладів у досліджуваних хворих жінок на РМЗ відображена на Рис. 2.1.

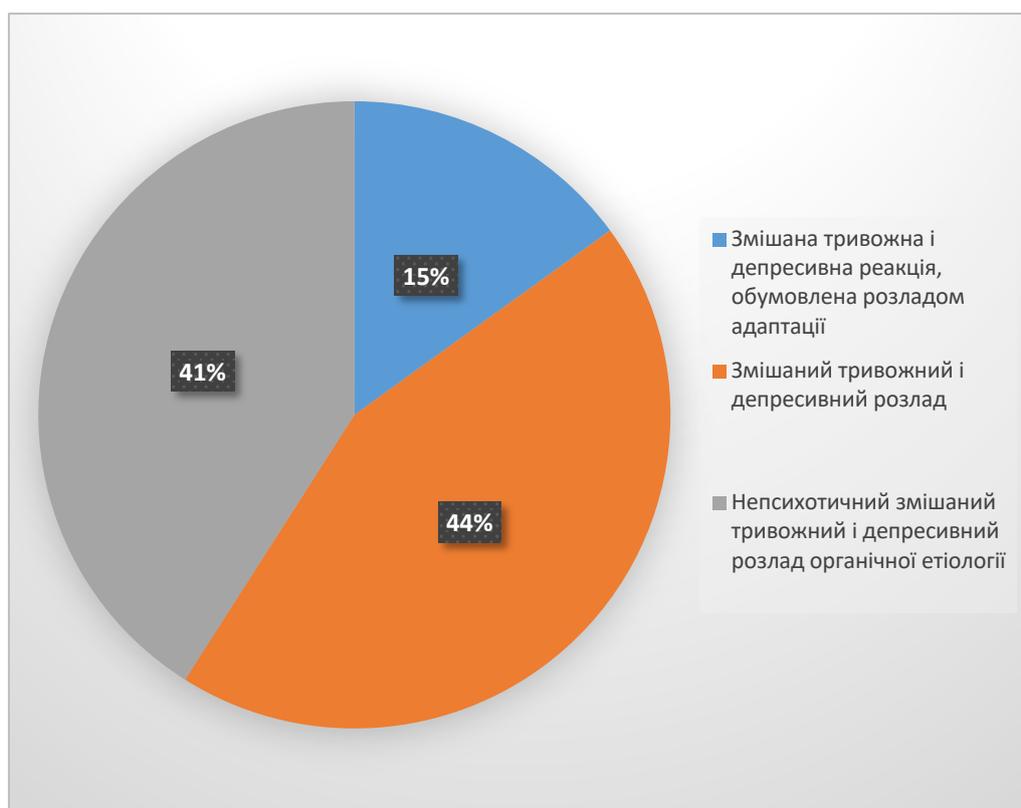


Рис. 2.1. Поширеність окремих клінічних варіантів тривожно-депресивних розладів у жінок з діагностованим РМЗ

Встановлено, що у 81% хворих на РМЗ, спостерігається помірна і виражена симптоматика депресії, а у 93% – помірна і виражена симптоматика тривоги. Результати відповідних оцінок за шкалам HDRS у HARS відображені на Ряс2.2., 2.3.

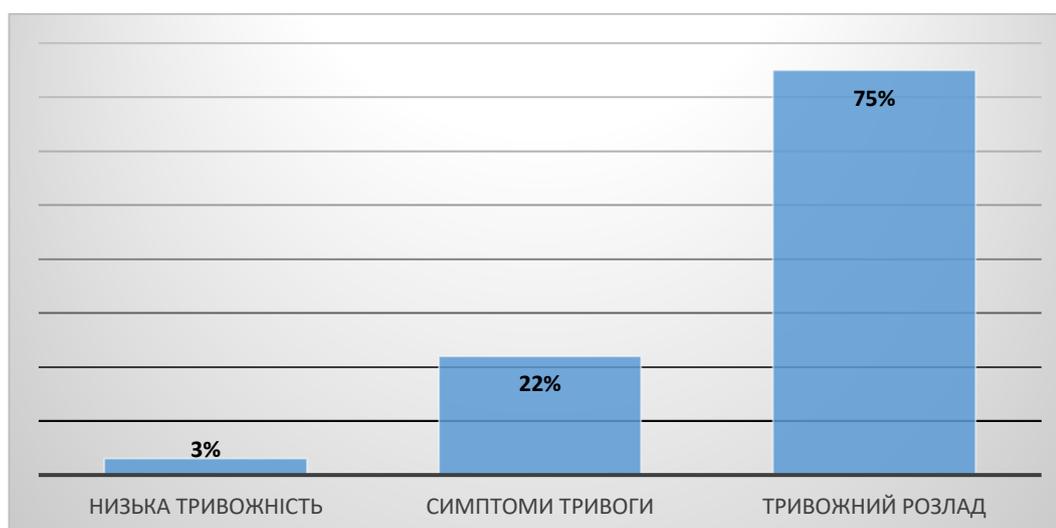


Рис. 2.2. Розподіл досліджуваних за вираженням симптомів тривоги

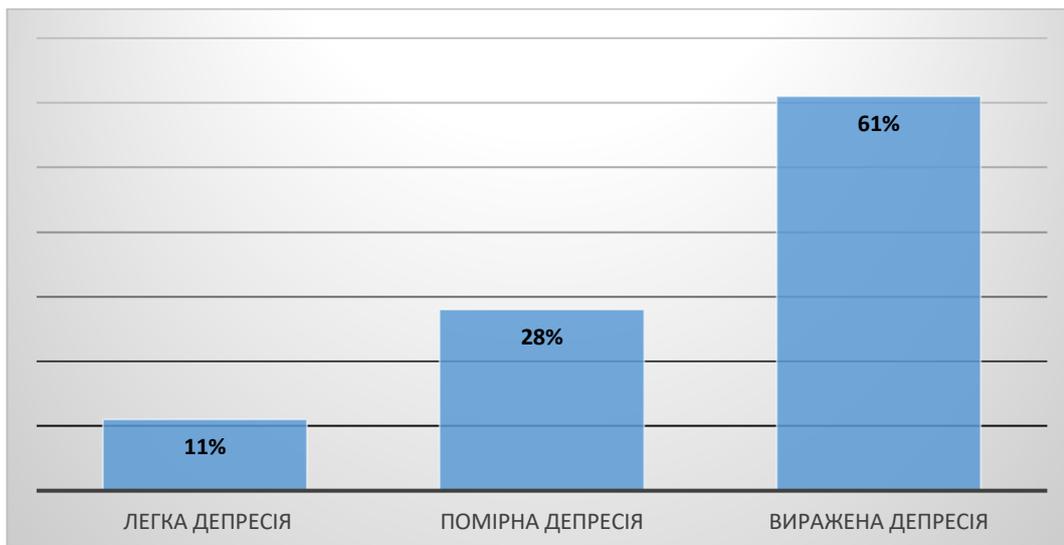


Рис. 2.3. Розподіл досліджуваних за вираженням симптомів депресії

Встановлено, що між окремими клінічними варіантами тривожно-депресивних розладів у жінок, хворих на РМЗ, існують відмінності у вираженості симптомів тривоги і симптомів депресії. На Рис. 2.4 відображені відмінності в вираженості симптомів депресії між різними клінічними варіантами тривожно-депресивних розладів.

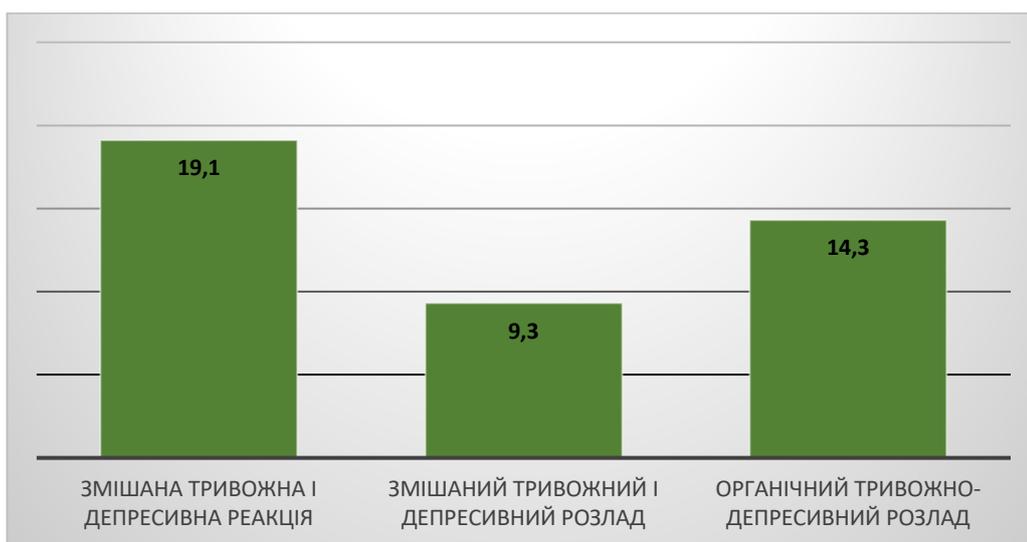


Рис. 2.4. Вираженість симптомів депресії при різних варіантах депресивних розладів у жінок з діагностованим РМЗ

Із представлених на Рис. 2.4 даних видно, що найбільш виражена симптоматика депресії виявлена при змішаній тривожній і депресивній реакції, що обумовлено розладом адаптації, а найменше виражена – при змішаному тривожному та депресивному розладі. Непсихотичний змішаний тривожний і депресивний органічної етіології займає проміжне становище між цими групами.

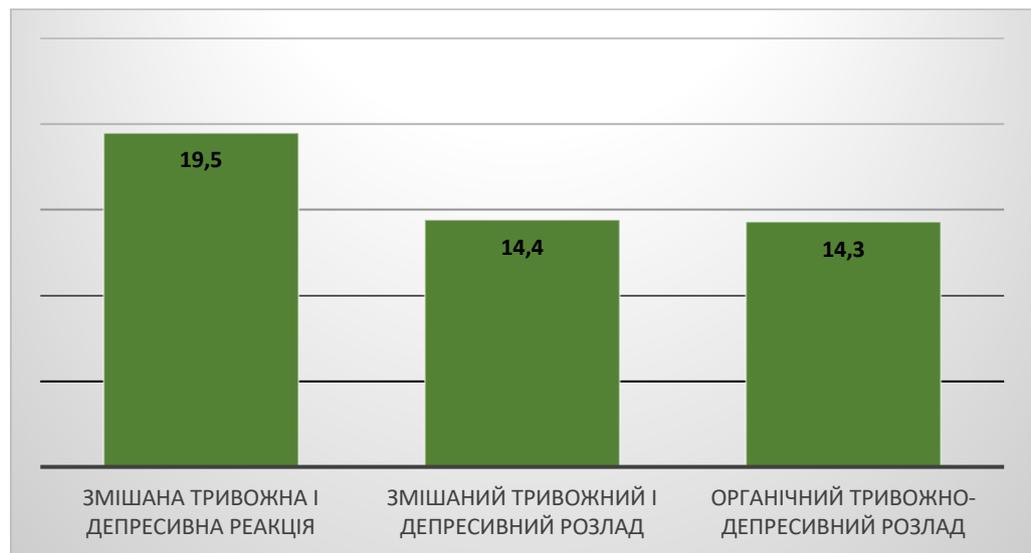


Рис. 2.4. Вираженість симптомів тривоги при різних варіантах тривожно-депресивних розладів у жінок з діагностованим РМЗ

Аналіз відмінностей у вираженості симптомів тривожно-депресивних розладів у жінок з захворюванням на РМЗ показав наступні результати, Рис. 2.5. З представлених на Рис.2.5 даних видно, що найбільш вражена симптоматика тривоги відзначалася при змішаній тривожній і депресивній реакції, обумовленій розладом адаптації, а найменш виражена – при непсихотичному змішаному тривожному і депресивному розладі органічної етіології. Змішаний тривожний і депресивний розлад займає проміжне становище між цими групами.

Узагальнення результатів спостережень та психометричного дослідження емоційного стану пацієнтів дозволило зробити висновок, що емоційні реакції, які спостерігаються, відносяться до категорії психогенно-невротичних.

У дослідженні було виявлено зв'язок між життєвою ситуацією пацієнта і характером емоційного реагування на хворобу: у хворих, що переживали стресуючі події до хвороби, настрої частіше виявлявся зниженим, 35 % вважали, що стрес вплинув на стан здоров'я.

На основі емоційних, інтелектуальних та поведінкових проявів особистісного реагування на захворювання, особливостей відносин з оточуючими, були виділені чотири варіанти відношення до захворювання:

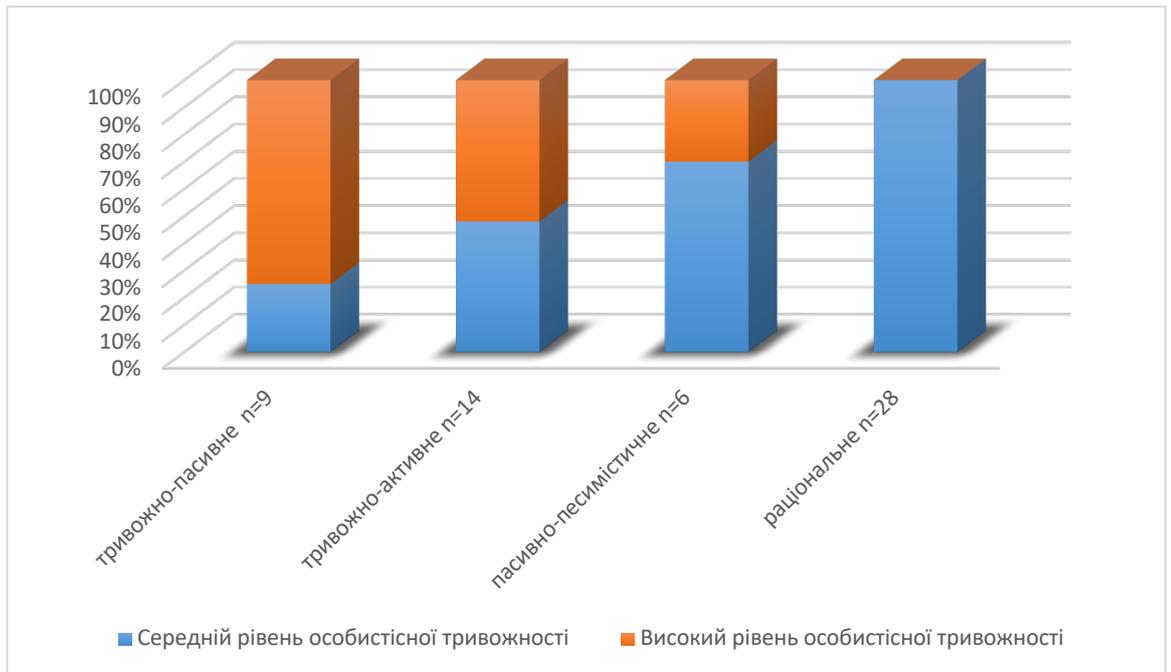
1. тривожно-пасивне відношення (18,7%), пов'язане з коливаннями і залежністю настрою від соматичного стану та оточуючих, переживанням безпорадності та беззахисності у зв'язку з хворобою;

2. тривожно-активне (16%), що характеризується емоційною напруженістю, активним пошуком інформації про захворювання та методи лікування, вибірковим виконанням медичних рекомендацій, складнощами у відносинах з оточуючими;

3. пасивно-песимістичне (12%), пов'язане з пригніченим настроєм, сприйняттям захворювання як непереборного, відтермінуванням початку лікування та обмеженням сфери соціальних контактів;

4. раціональне (53,3%), найбільш сприятливе, з адекватними уявленнями про характер і причини захворювання, помірно вираженим занепокоєнням у зв'язку з хворобою, надією на сприятливий результат, посильним збереженням фізичної та соціальної активності. Серед хворих цієї групи виявилось більше, ніж у інших (25%) пацієнтів з нещодавно діагностованим на ранньому терміні діагнозу РМЗ, а також (15%) з найбільш тривалими термінами (в середньому 6,5 років) захворювання.

Рівень особистісної тривожності в групах представлений на Рис. 2.5.



Примітка: достовірність відмінностей між групами $p < 0,02$, $p < 0,001$

Рис. 2.5. Співвідношення пацієнтів із різним рівнем тривожності у групах із різним ставленням до хвороби

Понад третина пацієнтів у період госпіталізації і проходження лікування поряд з іншими почуттями відчували задоволення та надії, що, можливо, пов'язане з подоланням труднощів діагностичного етапу. При цьому для більшості обстежених пацієнтів були характерні підвищена стомлюваність, понижений настрій, що пов'язане як з побічною дією лікування, так і з впливом лікарняної обстановки. У всіх випадках, вираженість астеничних проявів не досягала високого ступеня.

2.3. Результати експериментально-психологічного дослідження психологічної компенсації особистісних особливостей жінок з діагностованим РМЗ

Аналіз клініко-психологічних результатів дослідження пацієнок із діагнозом рак молочної залози (РМЗ) продемонстрував, що, попри схожість психотравмуючої ситуації, спричиненої цим захворюванням, у кожної з

хворих спостерігався різний рівень психологічної компенсації. Цей рівень психологічної компенсації ми трактуємо як систему психологічних стратегій, що дозволяють пацієнткам адаптуватися до високого рівня стресу, який викликає онкологічне захворювання.

Ключовими аспектами для визначення рівня психологічної компенсації стали шість різновидів особистісного відношення до хвороби:

- прийняття діагнозу,
- ставлення до лікування,
- відношення до операційного втручання,
- переконання у можливості лікування,
- відносини з близькими людьми,
- ставлення до майбутнього.

На основі цих аспектів було розроблено критерії та сформовано три групи пацієнток із різним ступенем компенсації:

- Група I — компенсовані пацієнтки (31,5%),
- Група II — частково компенсовані пацієнтки (51%), які далі поділяються на підгрупи II-A (26%) та II-B (25%),
- Група III — декомпенсовані пацієнтки (17,5%).

Виявлено чіткий зв'язок між рівнем компенсації та особистісною реакцією на захворювання і лікування. Наприклад, у пацієнток із компенсованого рівня (група I) значно частіше була присутня впевненість у позитивному результаті при своєчасному зверненні за медичною допомогою ($p < 0,05$). Емоційні реакції, пов'язані з виявленням хвороби та лікуванням, були найбільш виражені у менш компенсованих пацієнток (групи II-B та III) у порівнянні з більш компенсованими (групи I та II-A) ($p < 0,05$). Крім того, менше компенсовані пацієнтки вважали нервову напругу протягом життя причиною свого захворювання ($p < 0,05$). У компенсованих (група I) та частково компенсованих (група II-A) хворих було більш виразне уявлення про хворобу, у той час як для пацієнток груп II-B та III характерно нечітке сприйняття хвороби ($p < 0,05$). Менш компенсовані пацієнтки (групи II-B та III)

відчували труднощі при повідомленні іншим про свій діагноз ($p < 0,05$). Більш компенсовані (групи I та II-A) частіше демонстрували впевненість у своїй важливості як для родини, так і для суспільства ($p < 0,05$).

Результати досліджень, проведених за допомогою методики ММРІ-2, показали, що домінуючим фактором у хворих на РМЗ є тривожний стан, який супроводжується депресивним компонентом. Було виділено чотири варіанти особистісних профілів:

- депресивний (D),
- афективно-ригідний (Pa),
- дезадаптивний (Sc, Pt, D, Pd),
- істеричний (Hy).

Частота афективно-ригідних тенденцій знижувалася разом зі зменшенням рівня компенсації: 41,8% у групі I проти 21,5% у групі III. Натомість дезадаптивні тенденції проявлялися найчастіше у пацієток із декомпенсацією (34,2% у групі III проти 8,5% у групі I). Статистично значущих змін для депресивних та істеричних тенденцій залежно від рівня компенсації не зафіксовано.

Методика Розенцвейга виявила зв'язок між рівнем компенсації та типом реагування на фрустрацію, при цьому спрямованість фрустраційних реакцій не мала значного впливу. Серед типів реагування виділяються:

- перешкодно-домінантний (O-D),
- его-захисний (E-D),
- необхідно-завзятий (N-P).

Пацієнтки з високим рівнем компенсації (групи I і II-A) частіше демонстрували необхідно-завзятий тип (N-P) і рідше перешкодно-домінантний (O-D) порівняно з групами II-B та III. По частоті его-захисного типу (E-D) різниць не виявлено. Відмінності у коефіцієнті соціальної адаптації між компенсованими ($60,7 \pm 1,5$) та декомпенсованими пацієнтками ($50,4 \pm 2,2$) вказують на те, що перші значно краще інтегровані у соціальному оточенні.

Результати анкетування за методикою «Тип відношення до хвороби» (ТВХ) засвідчили, що у пацієток з РМЗ найчастіше спостерігалися ергопатичний ($25,3 \pm 2,4$ бала), сензитивний ($22,4 \pm 1,5$ бала) та тривожно-депресивний ($17,1 \pm 1,5$ бала) типи відношення до захворювання. У пацієток з більшою психологічною компенсацією (групи I та II-A) було вищим рівень гармонійного, анозогнозичного та ергопатичного типів ставлення до хвороби, тоді як пацієтки з нижчим рівнем компенсації (II-B та III) демонстрували частіше сензитивний та тривожно-депресивний типи.

Динаміка психологічного стану пацієток під час перебування у стаціонарі показала, що для кожного етапу лікування характерні певні проблеми. Початок лікування супроводжувався вираженою емоційною напругою: показники особистісної (RX2) та ситуативної (RX1) тривожності були високими, самооцінка зниженою. На етапі виписки рівні тривожності знижувалися (RX2 до $49,1 \pm 0,7$; RX1 до $49,4 \pm 0,8$), а самооцінка за критерієм «здоров'я» підвищувалася у всіх групах, за критерієм «щастя» — у компенсованих і частково компенсованих хворих ($p < 0,05$).

Таким чином, реакція на захворювання та лікування у хворих на РМЗ значно відрізняється залежно від рівня психологічної компенсації. Особливої уваги потребує група частково компенсованих хворих, оскільки ефективна психологічна підтримка може значно поліпшити їхній психологічний стан та сприяти подоланню психологічних наслідків хвороби.

2.4. Адаптаційні стратегії та ресурси подолання тривожності та стресу хвороби пацієтками з РМЗ

У дослідженні були проаналізовані результати інтерв'ю щодо факторів ризику (спадковість, шкідливі умови праці, куріння), думки про чинники, що впливають на збереження здоров'я, про можливість самому впливати на стан свого здоров'я, переваги в проведенні вільного часу, рівня фізичної активності і співставлені з результатами вивчення особливостей адаптаційних стратегій

та рівня соціальної підтримки. Загалом у жінок із захворюванням РМЗ виявився знижений рівень активності, обмежений репертуар стратегій подолання, недостатня сформованість соціально-особистісних компетенцій «тілесного», «творчого», «духовного» та «соціального» потенціалів, і незадоволеність соціальною підтримкою. При цьому пацієнтки переважно оцінювали як незадовільні соціальні сфери життя (обстановку в суспільстві, сферу послуг і т.і.) у порівнянні зі сферою відносин (з чоловіком, колегами тощо.).

У хворих з рецидивами та вищим рівнем депресивності визначався більш вузький репертуар опанувальної поведінки. Більш сприятливим виявився емоційний стан хворих, які вважають, що вони можуть впливати на стан свого здоров'я.

Особливості стратегій подолання, рівень соціальної підтримки та соціально-особистісних компетенцій виявилися пов'язаними з самопочуттям, характером перебігу захворювання, емоційним станом і особливостями реакції на хворобу.

У результаті статистичного аналізу було виділено шість факторів: «клінічні характеристики хвороби», «характеристики способу життя», «локалізації процесу», «вік і насиченість життя стресовими подіями», «супутні захворювання», «соціальні характеристики».

Аналіз вмісту змінних, що увійшли до кожного фактору, дозволив припустити, що з перебігом хвороби пов'язані не тільки клінічні показники, а й психологічні та соціально-психологічні. Було визначено, що перебіг хвороби пов'язаний, в першу чергу, зі своєчасністю діагностики захворювання та емоційною реакцією на встановлення діагнозу, яка залежить від рівня активності особистості, що виявляється на фізичному, соціальному та психологічному рівнях, соціально-демографічних характеристик (вік, сімейне становище, характер трудовий діяльності), адаптивності стратегій опанування зі стресом, схильності до психосоматичних реакцій, пов'язаної з особистісними особливостями жінок з захворюванням на РМЗ.

За результатами здійсненого аналізу були виділені дві клінічні групи: з несприятливим перебігом хвороби ($n=25$) і з переважно сприятливим перебігом і прогнозом ($n=33$), проаналізовано співвідношення психологічних ресурсів за різного перебігу хвороби.

Представимо порівняльний аналіз особливостей клініко-психологічних характеристик пацієнтів зі сприятливими та несприятливими клінічними показниками.

Кількість жінок з нещодавно діагностованим захворюванням РМЗ становила 66,7% у групі зі сприятливим перебігом і 43 % – з несприятливим перебігом, довготривало хворіючих виявилось 9% і 30% відповідно. Середня тривалість захворювання в групі зі сприятливим перебігом була вища і склала 5 років, а в другій групі – до 2,6 років. У хворих зі сприятливим перебігом хвороби достовірно частіше відзначався раціональний тип ставлення до захворювання.

Таким чином, сприятливий перебіг захворювання виявився пов'язаним з переважно ранньою діагностикою та сприятливим прогнозом у поєднанні з раціональним відношенням до захворювання.

У дослідженні були виявлені відмінності в групах за рівнем прояву депресивних симптомів і негативних почуттів. На Рис. 2.6., показано співвідношення пацієнтів з різними рівнями депресивних симптомів у групах. У групі зі сприятливими клінічними показниками виявилось статистично значимо більше пацієнтів з відсутністю симптомів (за χ^2 -критерієм Фішера $p \leq 0,05$), і тенденція до більшої кількості хворих з високим рівнем депресії в групі з несприятливими клінічними показниками ($n=25$) (при $p \leq 0,09$).

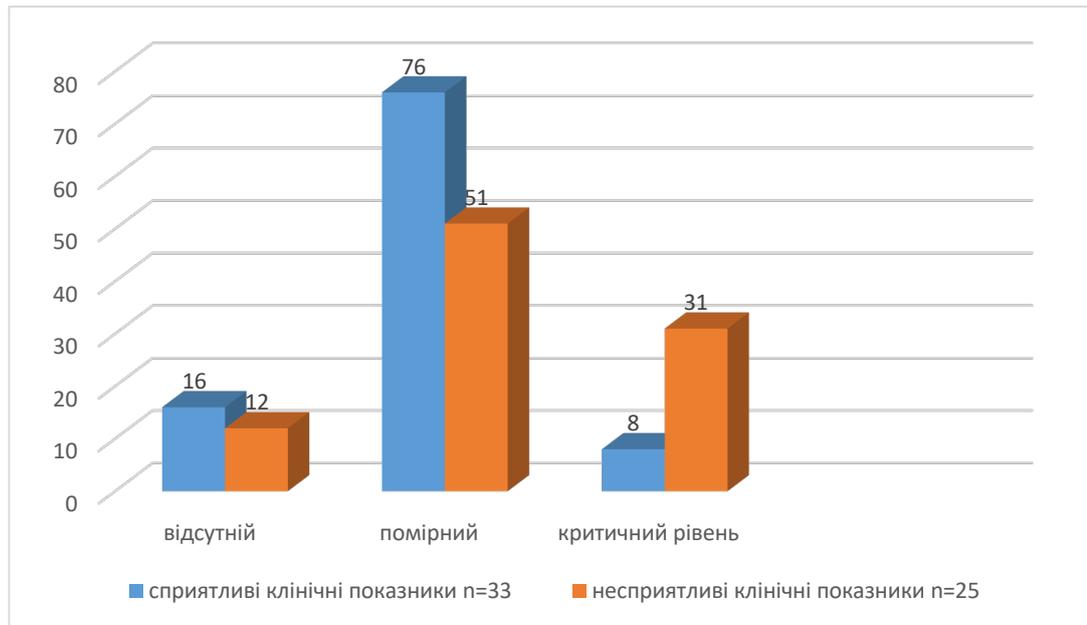


Рис. 2.6. Співвідношення пацієнтів з різним рівнем депресивних симптомів при різних варіантах перебігу хвороби

Співвідношення пацієток з РМЗ з різним типом відношення в групах представлено в таблиці.

Таблиця 2.1

Співвідношення пацієток з РМЗ з різним типом відношення до загрожуючого життю захворювання в групах з різним перебігом хвороби (%)

Тип реагування на хворобу	З несприятливими клінічними показниками n=25	З сприятливими клінічними показниками n=33
Пасивно-песимістичне	26,1	3
тривожно-активне	17,4	12,1
Тривожно- пасивне	30,4	15,2
Раціональне	26,1	69,7

У групі з несприятливими клінічними показниками представлені усі види відношення до хвороби, однак у пацієток, що хворіють давно виявився раціональний чи тривожно-активний тип відношення.

Нами аналізуються ресурси подолання стресу хвороби пацієнтками з діагностованим РМЗ при різному перебігу захворювання. Між групами не виявилось статистичних відмінностей у рівнях копінг-стратегій та соціальної підтримки. Тільки в групі з несприятливими клінічними показниками виявилось більше пацієнтів із вищим рівнем соціальної фрустрації. Аналіз

адаптаційних стратегій показав відмінності в ефективності та узгодженості застосування опанувальної поведінки, рівнях соціально-особистісних компетенцій, що характеризує пацієток з сприятливими клінічними показниками як більш емоційно стійких, які приймають і поважають себе, вміють брати на себе відповідальність, порівняно з другою групою.

У пацієнтів, які володіють вищим рівнем соціально-особистісних компетенцій, виявився більш високий рівень соціальної підтримки. Здійснений аналіз показав, що пацієнти, які вище оцінили свою «здатність встановлювати ближчі відносини», «впевненість у собі», вище оцінювали й соціальну підтримку. Пацієнтки, у яких траплялися рецидиви, відчували себе більш ізолювальними від оточення, нижче оцінювали свої комунікативні здібності та впевненість у собі. При цьому у жінок, які активніше застосовували проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, здатних до вираження емоцій, визнання свободи інших людей, виявлялася більша тривалість хвороби, менше рецидивів, що може характеризувати їх як таких, що мають адекватні психологічні ресурси для подолання стресу хвороби та зниження рівня тривожності.

При сприятливих клінічних показниках більш високий рівень «креативного» потенціалу та «активності щодо власного здоров'я» сприяли активному використанню адаптивних копій-стратегій та вищому рівню соціальної підтримки. Пацієнтки, сімейні відносини яких характеризувалися неблагополуччям, частіше виявляли нездатність проявляти гнучкість та самостійність у поведінці, терпимість до інтересів інших, надавали значення матеріальним цінностям як фактору збереження здоров'я, реагували на захворювання попиттям рівня тривожності чи «песимізму». Результати лікування та прогноз при цьому виявлявся більш несприятливим, ніж у пацієток, які вважали необхідним для збереження здоров'я займатися самоудосконаленням.

У групі з *пасивно-песимістичним* ставленням виявився найнижчий рівень показників всіх видів підтримки і рівня включеності у соціальні

взаємодії, набагато нижчий рівень опанувальної поведінки. Висока тривожність і недостатній рівень соціально-особистісних компетенцій сприяли емоційно-неблагоприємній реакції на стрес і хворобу, що зумовлювало труднощі у спілкуванні та у встановленні близьких відносин, поєднувалися з невпевненістю в собі, нездатністю відстоювати свої інтереси, залежністю самооцінки від оцінок оточуючих. У цієї групи пацієнок виявилися конфліктні зони, пов'язані з образою, розчаруванням і невмінням прощати себе та інших. Рівень психологічних ресурсів пацієнок цієї групи виявився найнижчим за порівнянням з іншими жінками, хворими на РМЗ.

Аналіз адаптаційних стратегій та ресурсів подолання стресу хворих на РМЗ із *тривожно-активним* ставленням до хвороби показав, що у цій групі частіше зустрічалися хворі з вищим рівнем освіти ($p \leq 0,009$), які виявляли соціальну активність і працюють після досягнення пенсійного віку ($p \leq 0,04$). Пацієнтки цієї групи частіше дотримувалися переконання, що для збереження здоров'я важливо мати мету в житті, проте незадоволеність соціальною підтримкою у різних сферах життя сприяла вираженню негативних емоцій щодо до себе і оточуючих. Пацієнтки з високим рівнем тривожності частіше пригнічували негативні емоції, що поєднувалося з несприятливим перебігом хвороби, труднощами у встановленні відносин, які б їх задовольняли. Патогенними чинниками, що сприяли низькій задоволеності соціальною підтримкою і задоволеності «способом життя» виявилася недостатня здатність визнання, що причини невдач можуть ховатися у особистих вчинках, терпимості до інших ($p \leq 0,01$). Ресурсними чинниками для цієї групи пацієнок виявилися здатність до вираження емоцій, в том числі й негативних, готовність виявляти активність, спрямовану на поліпшення самопочуття, а додатковим ресурсом виявився високий рівень освіти.

Аналіз адаптаційних стратегій і ресурсів подолання стресу пацієнок з РМЗ із *тривожно-пасивним* ставленням до хвороби показав, що у групі хворих на РМЗ із тривожно-пасивним ставленням до хвороби частіше, ніж в інших зустрічалися пацієнтки з нижчим рівнем освіти, які мали робочі спеціальності,

з високим рівнем тривожності та симптомами депресії, наявністю супутніх захворювань. Пацієнтки цієї групи високо оцінювали свою потребу в афіліації та рівень соціальної підтримки. Патогенним фактором для пацієнтів виявився недостатній рівень впевненості в собі, здатності до встановлення контакту, самоприйняття, що впливало на активність в опануванні труднощів. Особливості структури соціально-особистісних компетенцій дозволили охарактеризувати хворих на РМЗ жінок цієї групи як схильних пристосовуватися до змінних обставин, що володіють зниженою здатністю брати на себе відповідальність, схильністю покладатися на думку оточуючих у прийнятті рішень, нижчим розвитком потенціалу волі, що сприяло вибору ними унікаючих стратегій. Внаслідок схильності до залежності від оточуючих, рівень психологічних ресурсів пацієнток цієї групи виявився невисоким та залежить від соціального оточення, проте при плануванні заходів психологічного супроводу здатність приймати підтримку може слугувати опорою.

Адаптаційні стратегії і ресурси подолання стресу хворих з *раціональним* ставленням у хвороби дозволяє стверджувати, що група пацієнток з діагнозом РМЗ з раціональним відношенням виявилася неоднорідною, куди увійшли пацієнтки, які давно хворіють та адаптувалися до ситуації захворювання, так і з нещодавно діагностованим захворюванням на РМЗ. Рецедиви у тих пацієнток, що довго хворіють були пов'язані зі стресовими подіями, однак на момент дослідження у них не виявилось підвищеного рівня тривожності та депресивних симптомів. Рівень ресурсів виявлявся найбільш високим за порівнянням з іншими групами, особливо за показниками активності та адаптивності поведінки, соціальної підтримки, соціально-особистісних компетенцій.

Отже, найвищий рівень психологічних ресурсів в подоланні хвороби виявляють пацієнтки з захворюванням на РМЗ з раціональним типом особистісного реагування на захворювання. Опорою в психологічному супроводі лікувального процесу можуть виступати високий рівень емоційної

стійкості, сформовані соціально-особистісні компетенції, широкий репертуар стратегій опанування стресу. Психологічним ресурсом може слугувати активна позиція у подоланні хвороби, високий рівень соціально-особистісних компетенцій.

Таким чином, високі показники поширеності тривожності та депресії дозволяють зробити висновок, що потрібно вдосконалювати методи медико-психологічної та медико-соціальної допомоги пацієнтам. Оптимальний підхід до діагностики пацієнтів з РМЗ повинен відповідати кільком критеріям:

- необхідно розробити алгоритм оцінки емоційного стану пацієнтів,
- потрібно забезпечити інтегрований мультидисциплінарний підхід до ведення пацієнта.
- алгоритм повинен відповідати на питання: Хто, що, коли, де, як, як часто і чому (має проводитися скринінг пацієнтів з РМЗ на наявність симптомів тривожності та депресії) і що далі з цим робити;
- необхідно забезпечити безперервність надання медико-психологічної та медико-соціальної допомоги пацієнтам, незалежно від звертання необхідно забезпечити наступність між усіма службами, задіяними в терапії та соціальній підтримці пацієнтів;
- потрібно забезпечити послуги психолога пацієнткам з діагнозом РМЗ, що надаються на стаціонарному рівні

До прикладу, в установі, яка виступила експериментальною базою – Подільський регіональний центр онкології для супроводу пацієнтів у штатному розписі є шість посад клінічних психологів, метою яких є забезпечення якісного супроводу лікувального процесу у ПРЦО.

Алгоритм оцінки емоційного стану пацієнтів та ведення пацієнтів з РМЗ мультидисциплінарною командою потребує схеми, де терапевт поліклініки після того, як пацієнт з РМЗ буде взятий на облік, протягом 12 тижнів повинен направляти всіх пацієнток з РМЗ до психолога, для скринінгу пацієнтів на наявність симптомів тривожності та депресії.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволяє зробити наступні висновки.

Пацієнти з раком молочної залози відчують високий психологічний тягар з моменту встановлення діагнозу і протягом усього життя. Відповідно до систематичного мета-аналізу, поширеність тривожності серед хворих на рак молочної залози коливається від 4.1% до 97.5%, а поширеність депресії коливається від 3,0 до 95,9%. Є дані про те, що жінки, вже на етапі обстеження для встановлення діагнозу РМЗ відчують високий рівень тривожності та депресії. Тривала та складна терапія РМЗ порушує повсякденне життя пацієнта та змінює його особистість, а також створює додаткове навантаження на осіб, які здійснюють догляд. У результаті пацієнта виникають психологічні проблеми. Пацієнти з РМЗ, які відчували високий рівень психологічного стресу, мали більшу інвалідність, нижчу якість життя і навіть нижчу виживання.

Теоретичний та емпіричний аналіз проблеми, а також психологічні дослідження пацієток із РМЗ демонструють високий рівень психологічної травматизації серед цих жінок. Це вказує на важливість забезпечення для них психологічної підтримки як з боку лікаря-онколога, так і клінічного психолога.

Тривожно-депресивні розлади, які фіксуються на різному рівні прояву у всіх хворих на рак молочної залози викликають підвищення поширеності неадаптивних типів відношення до хвороби, дезадаптивну спрямованість особистісно-обумовлених форм реагування, зниження всіх показників рівня якості життя. Між різними клінічними варіантами тривожно-депресивних розладів існують відмінності в структурі особистісно-обумовлених форм реагування, структурі внутрішньої картини хвороби, соціально-особистісних компетенцій, особистісного ставлення до хвороби та їх взаємозв'язках з вираженістю психопатологічних розладів, що слід враховувати при розробці програм психологічного супроводу для цього контингенту хворих.

Незважаючи на спільну психічну травму, спричинену захворюванням на рак молочної залози (РМЗ), пацієнтки продемонстрували різні рівні психологічної компенсації. Під психологічною компенсацією розуміється система внутрішніх механізмів і психологічних стратегій, які дозволяють особистості адаптуватися до надзвичайного стресу, викликаного важким онкологічним діагнозом. Ці механізми не тільки сприяють підтримці психоемоційної рівноваги, але й забезпечують пацієнткам можливість зберегти або відновити психологічну стійкість у складних обставинах, пов'язаних із діагнозом. При цьому рівень компенсації залежить від багатьох факторів, серед яких індивідуальні особливості пацієнток, їхнє ставлення до діагнозу, мотивація до лікування, особисті та соціальні ресурси.

Найвищий рівень психологічних ресурсів в подоланні хвороби виявляють пацієнтки з захворюванням на РМЗ з раціональним типом особистісного реагування на захворювання. Опорою в психологічному супроводі лікувального процесу можуть виступати високий рівень емоційної стійкості, сформовані соціально-особистісні компетенції, широкий репертуар стратегій опанування стресу. Психологічним ресурсом може слугувати активна позиція у подоланні хвороби, високий рівень соціально-особистісних компетенцій.

Відомо, що наслідки захворювання залежать від суб'єктивного ставлення людини до психотравмуючої ситуації. Позитивний настрій, оптимістичний погляд на майбутнє, бажання боротися, самоприйняття, відсутність фіксації на стресовій події впливають на психологічний добробут, забезпечують швидку та успішну реабілітацію. Останнє підтверджується тим, що психологічний настрій, з одного боку, сприяє зниженню негативних факторів стресу, які завдають шкоди, у тому числі фізичному стану людини. З іншого боку, позитивне ставлення до того, що відбувається дозволяє виважено оцінювати психотравмуючу ситуацію, а також себе в цих обставинах, що дає можливість, у разі дефіциту власних ресурсів, раціонально використовувати та залучати зовнішні.

Високі показники поширеності тривожності та депресії дозволяють зробити висновок, що потрібно вдосконалювати методи медико-психологічної та медико-соціальної допомоги пацієнтам. Алгоритм оцінки емоційного стану пацієнтів та ведення пацієнтів з РМЗ мультидисциплінарною командою потребує схеми, де терапевт поліклініки після того, як пацієнт з РМЗ буде взятий на облік, протягом 12 тижнів повинен направляти всіх пацієнток з РМЗ до психолога, для скринінгу пацієнтів на наявність симптомів тривожності та депресії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Архангельська М. В. Когнітивно-поведінкова терапія як система психотерапевтичних втручань першого вибору в лікуванні тривожних розладів. *Науковий вісник ХДУ Серія Психологічні науки. Секція 5 Медична психологія.* № 2 2024. С. 49-54. URL: DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2024-2-7>
2. Баженов О.С. Медико-психологічна характеристика різних форм соматоформних розладів (психодіагностичні особливості, патопсихологічні механізми формування, принципи психотерапевтичної корекції) : [дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04]. Харків, 2006. 172 с.
3. Бамбурак Н.М., Гуцман М.С. Динаміка суб'єктивного проживання стресу особистістю. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна,* 2017. Вип. 1. 143–151 с. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvldu_2017_1_18.
4. Белова О.В. Ембодімент-підхід та ембодімент-пізнання: досвід вивчення й перспективи. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія.* 2024. № 1. С. 7-11. URL: DOI <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.1>
5. Бондарчук О.І., Пінчук Н.І. Психологічне здоров'я особистості: сутність, індикатори, умови підтримки та відновлення під час війни і в повоєнний час. *Вісн. післядиплом. освіти. Серія "Соціальні та поведінкові науки".* 2023. Вип. 25 (54). С. 28-43.
6. Важливі навички в період стресу: ілюстроване керівництво: Копенгаген: Європейський регіональний офіс Всесвітньої організації охорони здоров'я; 2020. Ліцензія CC BY-NC-SA3.0 GO.
7. Вірна Ж.П. Психологія особистісної події : [навч. посібник]. Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2016. 148 с.

8. Володарська Н.Д., Когут О.О. Прояви агресії як психологічний захист особистості в кризових ситуаціях. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. Т. 1(19). 2017. С. 9–20.
9. Воронов М.В. Психосоматика : практичне керівництво. Київ : Ніка-Центр, 2011. 254 с.
10. Гершанов О. Основи роботи із травмою. Робота із травмою та втратою. Основи супервізії: робочі матеріали учасників тренінгів. 2018. URL: <https://rm.coe.int/ptsd-ukr/1680a0a10b>.
11. Гончар Н. В. Особливості адаптації жінок до кризових умов в залежності від стилю життя. *Сучасні проблеми екологічної психології: Життєві стратегії особистості в умовах воєнного стану : матеріали ХХ всеукраїнської науково-практичної конференції, 14-15 травня 2024 року: Зб. матеріалів // За ред. Ю.М. Швалба*. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. С. 22-27. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/742144/1/2024_05_14-15_EcoPsy_Tes.pdf
12. Горбунова В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей*. Київ : Міленіум, 2015. С. 26–35. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/32308962.pdf#page=26>.
13. Гордієнко І. О. Механізми психологічного захисту агресивних і неагресивних осіб. *Психологічний простір особистості в звичайних та надзвичайних умовах сучасності : Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Психологія самоздійснення особистості : теорія, досвід, практика» (19–20 травня 2023 р.) / відп. ред. О. П. Саннікова*. Одеса : ФОП Бєлий А. Є., 2023. С.130-138.
14. Гринь К. В. Роль спадковості у розвитку тривожних розладів серед пацієнтів з обтяженим сімейним анамнезом відносно деменції. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2022. Т. 7, № 6 (40). С. 70–75. URL: DOI: [10.26693/jmbs07.06.070](https://doi.org/10.26693/jmbs07.06.070)

15. Дідковська Л. І. Ставлення до хвороби та психологічне благополуччя осіб у ситуації хронічного соматичного захворювання. *Науковий вісник ХДУ Серія Психологічні науки. Секція 5 медична психологія*. 2020. № 1. С. 182-189.
16. Долинський Р. Лікування тривожних розладів у пацієнтів із коморбідним біполярним афективним розладом. *Психіатрія*. № 4. 2019. С. 10-11. URL: <https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2019/Nevro 4 2019/Nevro 4 2019 st3 0 31.pdf>
17. Задорожна А. С. Теоретичний аналіз проблеми самоактуалізації особистості у психологічних наукових підходах. *Науковий вісник ХДУ Серія Психологічні науки*. № 3. 2024. С. 30- 37. URL: [DOI 10.32999/ksu2312-3206/2024-3-4](https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2024-3-4)
18. Ісаєнко С. В. Клінічні та психопатологічні особливості формування та перебігу депресивних розладів та суїцидальної поведінки у онкологічно хворих. *Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science»*. № 9(17). 2017. С. 7-9. URL: DOI: [10.15587/2519-4798.2017.111033](https://doi.org/10.15587/2519-4798.2017.111033)
19. Карпенко З. Аксіологічна психологія особистості: монографія. Івано-Франківськ : ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника», 2018. 720 с.
20. Карпенко З. С. Аксіопсихологія людської деструктивності: від анатомії до профілактики : монографія / за заг. ред. З. С. Карпенко. Івано-Франківськ : Видавець Супрун В. П., 2016. С. 5–34, 153–161.
21. Католик Г., Живко З., Одинцова Г. Особливості прояву депресивності у нарцисичних осіб: дослідження в часі війни. *Вчені записки Університету «КРОК»*. Вип. 2 (70). 2023. С. 147–158. URL: <https://doi.org/10.31732/2663-2209-2022-70-147-158>
22. Кирпенко Т. М. Перша психологічна допомога в кризових ситуаціях. *Сучасні проблеми екологічної психології: Життєві стратегії*

- особистості в умовах воєнного стану : матеріали XX всеукраїнської науково-практичної конференції, 14-15 травня 2024 року: Зб. матеріалів // За ред. Ю.М. Швалба. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. С.60-63. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/742144/1/2024_05_14-15_EcoPsy_Tes.pdf*
- 23.Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.
- 24.Клінічні критерії неспсихотичних психічних розладів у інвалідів-учасників антитерористичної операції. Укладачі: Н. В. Рациборинська-Полякова, К. М. Семененко, Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко, І. В. Куриленко. Вінниця 2017. 36 с.
- 25.Кобець О. В., Кузьменко Ю. В. Особисті ресурси як чинники підтримання психологічного благополуччя в умовах екзистенційних загроз. *Вісн. Нац. ун-ту оборони України*. 2022. № 2 (66). С. 43-49.
- 26.Костюк Ю. Ф. Теоретико-методологічні засади дослідження ПТСР у психологічній науці. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія», серія «Психологія»*. 2024. № 17. С. 21- 27. URL: DOI: [10.25264/2415-7384-2024-17-21-27](https://doi.org/10.25264/2415-7384-2024-17-21-27)
- 27.Коцан, І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини : навчальний посібник.; за ред. І. Я. Коцана. Луцьк : РВВ “Вежа” Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.
- 28.Крапива М. С., Литвиненко О.О. Зв'язок долаючої поведінки із залежністю як неконструктивною формою реакції на стрес. *Слобожанський науковий вісник. Серія: Психологія*. 2024. № 1. С. 85-8. URL: DOI <https://doi.org/10.32782/psyspu/2024.1.15>
- 29.Крячкова Л.В., Хаїтов Р.П. Тип ставлення до хвороби військовослужбовців на реабілітації як чинник формування респонсивності системи охорони здоров'я. *Фізична терапія та реабілітація. Здоров'я нації*. 2024. № 3 (77). С. 87 – 93. URL: DOI <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.3/14>

- 30.Купко Н. Генералізований тривожний розлад: етіологія, діагностика, лікування. *Психіатрія*. № 1. 2024. С. 10-11. URL: https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2024/Nevro_1_2024/nevro_1_2024_st10.pdf
- 31.Купко Н. Тривожні розлади: особливості перебігу, діагностування та лікування. . *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. Вип. 10(111). 2019. С. 50-55. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/10%28111%29/pages-37-40/trivozhni-rozladi-osoblivosti-perebigu-diagnostuvannya-ta-likuvannya-#gsc.tab=0>
- 32.Лебідь Н.К., Бреус Ю.В. Базисні переконання як індивідуальний вектор цілеспрямованої активності особистості. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України, 2013: Психологічні науки*. Вип. 5. URL: https://www.researchgate.net/publication/340487350_Bazisni_perekonanna_ak_individualnij_vektor_cilespravovanoi_aktivnosti_osobistosti
- 33.Лісун Ю.Б., Гуляс Д. А., Полюхович Л. М. Передопераційна тривога – сила тяжіння чи архімедова сила в резервуарі хвороби. *PAIN, ANAESTHESIA & INTENSIVE CARE*. № 2 2024. С. 40- 46. URL: [DOI: 10.25284/2519-2078.2\(107\).2024.308309](https://doi.org/10.25284/2519-2078.2(107).2024.308309)
- 34.Максименко К.С. Реконструкція особистісного Я в клініці захворювань різного спектру. *Проблеми сучасної психології*. 2017. № 37. С. 217-227.
- 35.Максименко С. Генеза здійснення особистості. Київ : Видавництво ТОВ «КММ», 2006. 240 с.
- 36.Максименко С. Д. Медична психологія. Вінниця : Нова книга, 2010. 515с.
- 37.Максименко С. Д., Яковлева Н. Ю. Генералізований тривожний розлад у міжнародному форматі DSM-V у людей з вадами слуху в їхньому

- соціальному житті. *Psychological journal*. № 4. 2018. С. 98-112. URL: DOI (Article): <https://doi.org/10.31108/1.2018.5.15.7>
- 38.Маркова, М. В., Піонтковська О. В., Кужель І. Р. Стан та перспективи розвитку сучасної психонкології. *Український вісник психоневрології*. Т. 20, № 4 (73). 2012. С. 86–91.
- 39.Мартінова Ю.Ю. Особливості психологічних компенсаторно-адаптаційних механізмів у жінок, які перенесли мастектомію. *Український вісник психоневрології*. 2013. Т. 21. Вип. 2(75). С. 81–87.
- 40.Меленчук Н.І., Прокопенко К.О. Психологічний захист осіб із різним рівнем агресивності. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2021. № 1. С. 25–31.
- 41.Меленчук Н.І., Синенко О.І. Адаптивні можливості осіб з різним рівнем життєстійкості. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 34 (73). № 2. 2023. С. 6-12. DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.2/02>
- 42.Мироненко О.І., Долішня Н.І., Мироненко Д.О. Обсесивно-компульсивний розлад, синдром і особистість. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. Вип. 7(152). 2024. С. 50-55. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/2%2837%29/article-594/obsesivno-kompulsivniy-rozlad-sindrom-i-osobistist#gsc.tab=0>
- 43.Мірошніченко Н.В. Соматоформні розлади (клініка, діагностика, патогенетичні механізми, принципи відновлюючої терапії) : [дис. ... д. мед. н.]. Харків, 2006. 385 с.
- 44.Моляко В. О. Індикатори проявів психічного здоров'я в екстремальних умовах. *Соціально-психологічні ресурси особистості в екстремальних умовах : матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції*), м. Київ, 19 квітня 2024 р. Львів – Торунь : Liha-Pres, 2024. С. .27- 31.
- 45.Мухаровська І.Р. Якість життя онкологічних хворих на етапах лікувального процесу. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2017. № 1(7). Т. 4. С. 91–95.

- 46.Мухаровська, І. Р. Особливості психоемоційного стану онкологічних хворих на етапі первинного лікування. *Український вісник психоневрології*. Т. 24, № 4 (89). 2016. С. 69–71.
- 47.Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
- 48.Науменко Г., Жук А., Янчук Т. Важливі навички в період стресу. досвід проведення навчання груповому курсу управління стресом для дорослих самодопомога. *Психосоматична медицина та загальна практика*. Т. 8. № 2. 2023. С. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i2.427>
- 49.Немінський І. Суб'єктний ресурс особистості в психологічній теорії. *Науковий журнал «Психологічні травелогі»*. 2024. № 2. С. 173- 183.
- 50.Орап М. О. Скурський Т. Я. Вплив комунікації між лікарем та пацієнтом на ментальне здоров'я в процесі одужання. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали ІХ Всеукраїнської науково-практичної конференції (22-23 лютого 2024 року / за ред.: Кузікової С. Б., Вертеля А.В / Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка*. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2024. С. 136-137.
- 51.Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. 540 с.
- 52.Павелків Р.В. Рефлексія як механізм формування індивідуальної свідомості та діяльності особистості. *Вісник післядипломної освіти. Серія «Соціальні та поведінкові науки»*. 2019. Вип. № 8(37). С. 84-98.
- 53.Паловські Ю. О. Значущі кореляти позитивного психічного здоров'я у структурі психологічного благополуччя особистості. *Вісн. Нац. ун-ту оборони України*. 2023. № 4 (74). С. 96-105
- 54.Полещук Л. Концепт «вищого Я» Р. Ассаджолі та П. Феруччі в контексті психології особистості і практик управління часом. *Науковий вісник*

- Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки. 2024. Вип. 2. URL : <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2024-2-2>
- 55.Понад 70% українців відчувають стрес або знервованість і лише 2% звертаються до фахівця. URL: <https://moz.gov.ua/uk/ponad-70-ukrainciv-vidchuvajut-stres-abo-znervovanist-i-lishe-2-zvertajutsja-do-fahivcja->
- 56.Попелюшко Р., Бабич А. Теоретичний аналіз впливу життєвих обставин на прояви агресивної поведінки. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. Вип. 21 (66). 2023. С. 61 – 69. URL: [DOI: https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2023.21\(66\).06](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2023.21(66).06)
- 57.Пророк Н., Запорожець О. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Царенко Л. ред.. Київ: Організація з безпеки та співробітництва в Європі; 2018: ст. 164-175. <https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf>
- 58.Пророк Н., Запорожець О., Креймее, Дж. та ін. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1.. Київ: Організація з безпеки та співробітництва в Європі; 2018: ст. 22-25. <https://www.osce.org/files/f/documents/a/a/430805.pdf>.
- 59.Пророк, Н., Запорожець, О., Креймее, Дж. та ін. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Гридковець Л. ред. Київ: Організація з безпеки та співробітництва в Європі; 2018: ст. 9-14. <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>
- 60.Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів / С.Д. Максименко, Я.В. Руденко, А.М. Кушнерьова, В.М. Невмержицький. Київ: «Видавництво Людмила», 2021. 438 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/733985/1/2_Психічне%20здоров%20Кущ%20Невмерж.pdf
- 61.Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. Уклад. О. Ю. Овчаренко. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с. URL:

https://uu.edu.ua/upload/Nauka/naukovi_vydannia/psihologija_stresy_2023_compressed.pdf

62. Реуцька О. М. Складні життєві ситуації та соціально-психологічні ресурси їх подолання. *Соціально-психологічні ресурси особистості в екстремальних умовах : матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції*), м. Київ, 19 квітня 2024 р. Львів – Торунь : Liha-Pres, 2024. С. 71 – 76.
63. Романчук О.І. Майндфулнес-орієнтована КПТ - новий ефективний метод попередження рецидиву депресії. *Psychological journal*. № 3(38). 2012. С. 108-112. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/3%2838%29/article-631/mayndfulnes-oriientovana-kpt-noviy-efektivniy-metod-poperedzhennya-recvdivu-depresiyi#gsc.tab=0>
64. Романюк В.Л. Стресореактивність і стресостійкість та психічне здоров'я особистості. *Наук. зап. Нац. ун-ту «Острозька академія». Серія «Психологія»*. 2022. Вип. 14. С. 9-15.
65. Сергет І.В. Переживання особистістю онкологічного захворювання як кризової ситуації. *Одинадцяті Сіверянські соціально-психологічні читання : матеріали Міжнародної наукової онлайн-конференції, м. Чернігів, 27 листопада 2020 р. / за наук. ред. О.Ю. Дроздова, І.І. Шлімакової*. Чернігів : НУЧК імені Т.Г. Шевченка, 2021. С. 229–231.
66. Сергет І.В. Трансформація життєвих цінностей осіб, хворих на онкологію. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2022. № 2. С. 35–40.
67. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»). Львів: Видавництво

- Українського католицького університету, 2014. 112 с. URL: <https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2019/08/критерії-PTSD-ДЦМ-5.pdf>
- 68.Столярик О., Семигіна Т. Орієнтація на оптимізм та щастя: психологічні основи розвитку сильних сторін клієнтів соціальної роботи. *Соціал. робота та соціал. освіта*. 2022. Вип. 2 (9). С. 143-157.
- 69.Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: Методичний посібник. За ред. Пінчук І.Я., Бабова К.Д., Гоженка А.І. Київ : ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2014. 92 с.
- 70.Татенко В. Методологія суб'єктно-вчинкового підходу: соціально-психологічний вимір: монографія. Київ : Міленіум, 2017. 184 с.
- 71.Татьянчиков А.О., Цільмак О.М., Яковенко В.Ю. Психологічні особливості переживання пацієнтами онкологічного захворювання. *Психофізіологія та медична психологія. Габітус. Видавничий дім «Гельветика»*, 2024. Вип. 58. С. 286-290.
- 72.Тенгізович К. Г., Родченко Л. Психологічні особливості прояву та динаміки перебігу депресивних станів особистості. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*. Т. 1 (62), 2024. С. 5-9. URL: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.1.1>
- 73.Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія / Кісарчук З. Г. та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ВД «Слово», 2020. 178 с.
- 74.Титаренко Т. М. Критерії відновлення психологічного здоров'я в умовах довготривалої травматизації. *Український психологічний журнал*. 2017. №1(3). С. 140–150.
- 75.Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с
- 76.Толкунова І., Терещенко Л. Самоактуалізація особистості як чинник збереження її психологічного здоров'я. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2021. №4. С. 81–86.

77. Чайка Г.В. Український переклад методики вивчення фундаментальних припущень Р. Янов-Бульман. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 35 (74) № 2 2024. С. 18-24. URL: DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.2/04>
78. Шевченко В., Оганян А. Взаємозв'язок захисних механізмів та форм агресивної поведінки. *Науковий вісник Миколаївського національного університету В.О. Сухомлинського. Психологічні науки*. 2016. № 1. С. 235–239.
79. Шульга Д.М. Психологічний аналіз поняття «асертивність» у працях вітчизняних та зарубіжних науковців. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна)*. № 1 . 2024. С. 90-96. URL: DOI <https://doi.org/10.32782/2311-8458/2024-1-13>
80. Юр'єва Л., Вишніченко С. Шорніков А. Аналіз феноменів тривоги та депресії у перші тижні війни: гендерно-вікові аспекти. *Психосоматична медицина та загальна практика*. Вип 7 (1). 2022. e0701351. URL: DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v7i1.351>
81. Яремко, Р., Гродська, В., Дзюбак, А., & Ільків, Х. Теоретичне дослідження проблеми тривожності особистості у психологічній літературі. *Молодий вчений*. 5 (105). 2022. С. 83-86. URL: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2022-5-105-16>
82. Ясперс К. Психологія світоглядів. З нім. пер. О.Кислюк, Р.Осадчук. Київ : Юніверс, 2009. 464 с. ISBN 978-966-8118-67- 8
83. Assefa D., Haque FN, Wong A. Випадок report: Anxiety and fear in a patient with meningioma compressing the left amygdala. *Neurocase*. 2012. V. 18 № 2. P. 91-94.
84. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018. Vol. 68, Issue 6. P. 394-424.

- 85.Grassi L, Belvederi Murri M, Riba M, de Padova S, Bertelli T, Sabato S, Nanni MG, Caruso R, Ounalli H, Zerbinati L. Hostility in cancer patients as an underexplored facet of distress. *Psychooncology*. 2021 Apr;30(4):493-503. URL: [DOI: 10.1002/pon.5594](https://doi.org/10.1002/pon.5594) . Epub 2020 Dec 7. PMID: 33205480.
- 86.Greene T., Itzhaky L., Bronstein I., Solomon Z. Psychopathology, risk, and resilience under exposure до continuous traumatic stress: A systematic review of studies among adults living in southern Israel. *Traumatology*. 2018. № 24(2). P. 83-103.
- 87.Kessler R. C., Wittchen H. U. Patterns and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. *J Clin Psychiatry*. №63 (suppl 8). 2002. P.4–10.
- 88.Lazarus R. Stress, appraisal, and coping : monograph. New York, 1984. 445 p.
- 89.Lazorko O., Virna Z. Empirical referents of healthcare workers' professional safety. *International Journal Of Psychology. John Wiley & Sons Ltd*. V. 58. 2023. P. 832-832.
- 90.Lazorko O., Dzhahupov H., Abramciow R., Symonenko S. Postmodern openingsThe Phenomenon of Security Within the Socio-Psychological Knowledge in the Era of Postmodernism. *Postmodern openings*. V. 13 (3). 2022. P. 180-200.
- 91.Lutgendorf S., Antoni M., Kumar M., Schneiderman N. Changes in cognitive coping strategies predict EBV-antibody titre change following a stressor disclosure induction. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994. № 38(1). P. 63–78.
- 92.Saha R., Jakhar K., Beniwal RP Parafalcine meningioma presenting as depression. *Delhi Psychiatry Journal*. 2013. V.16. № 2. P. 462-465.
- 93.Seasonal affective disorder (SAD). URL: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/seasonal-affective-disorder/symptoms-causes/syc-20364651>
- 94.Selye H. History and present status of the stress concept. *Handbook of stress*. 1982:7-17.

95. Stanton K., Rozek DC, Stasik-O'Brien SM, Ellickson-Larew S., Watson D. A Transdiagnostic approach to the development of incremental predictive power of emotion regulation and basic individuality dimensions. *Journal of Abnormal Psychology*. 2016. V. 125 (7). P. 960-975.

ДОДАТКИ

Додаток А

Клінічна бесіда

Клінічна бесіда проводиться у формі неформалізованого інтерв'ю чи напівструктурованої бесіди. Залежно від завдань дослідження визначається коло питань, що підлягають обговоренню, але при цьому тривалість та зміст розмови заздалегідь не регламентуються, що створює можливість вільного викладу хворих своїх проблем.

Соціально-демографічні характеристики

1. **Стать**
2. **Вік**
3. **Освіта**
4. **Трудова діяльність**
5. **Сімейний статус:**
 - одружений/одружена;
 - цивільний шлюб;
 - неодружений/не одружена;
 - розлучений;
 - вдівець/вдова
6. **Наявність дітей:**
 - є;
 - ні

Клінічні характеристики

7. **Діагноз захворювання**
8. **Стадія захворювання**
9. **Клінічні етапи перебіг хвороби:**
 - госпіталізація;
 - перед операцією;
 - після операції;
 - первинне лікування;
 - лікування рецидиву
10. **Яке лікування ви зараз проходитье:**
 - готуюся до операції;
 - після операції, має бути подальше лікування;
 - проходжу хіміотерапію;
 - проходжу променеву терапію;
 - проходжу хіміо-променеву терапію;
 - проходжу інше (яке?) лікування
11. **Тривалість захворювання (Міс.)**

Клініко-психологічні характеристики

Ставлення до діагнозу

12. **Характер емоційної реакції виявлення захворювання (рецидиву):**
 - страх, шок;
 - занепокоєння;
 - ажитація;
 - спокій
13. **Інформація о перспективах захворювання:**
 - позитивна інформація;
 - негативна інформація;

- позитивна і негативна інформація;
 - не мають інформацію
14. Основне джерело інформації про захворювання для вас:
- лікар;
 - телебачення, радіо;
 - інтернет;
 - медична література;
 - рідні і знайомі;
 - інший
15. Визнання злякисного характеру захворювання
- заперечення;
 - часткове визнання;
 - визнання

Ставлення до лікування

16. Які види лікування онкологічних захворювань ви знаєте і які з них вам представляється найстрашнішими, небезпечними?
17. Від чого (кого) в більшою мірою залежить успіх лікування:
- від форми і стадії захворювання;
 - від фінансових можливостей;
 - від самого людини, його волі до життя;
 - від лікаря (професійних і людських якостей);
 - від Бога (долі, удачі);
 - інше
18. Яка була ваша реакція при призначенні лікування?
19. Ставлення до лікувальним процедур зараз:
- страх безпорадності;
 - страх болю;
 - страх зміни зовнішності;
 - ускладнень;
 - головне, що лікують
20. Чи є спілкування з лікарем для вас підтримкою (чи є контакт із лікарем):
- так (у чим вона складається);
 - важко визначити;
 - ні
21. Достатньо чи ви поінформовані о своєму лікуванні лікарем:
- так,
 - ні
22. Прагніть чи ви отримати нову інформацію о хвороби і лікуванні?
23. Є чи питання, які вам хотілося б обговорити з лікарем додатково:
- результат хвороби;
 - про лікування;
 - про життя після хвороби
24. Поінформуєте ви родичів про своє лікуванні:
- так,
 - ні
25. Що дозволяє вам переносити тяготи перебування у клініці та лікування:

- впевненість, що все буде добре;
 - вірі во лікаря, медицину;
 - інше
26. Якщо припустити, що відповідальність за лікування дорівнює 100% то яка частка належить хворій людині, а яка лікареві?

Внутрішня картина хвороби

27. Є чи суб'єктивна причина хвороби:
- є;
 - ні
28. Модель хвороби (за подання хворого):
- фізична;
 - психологічна;
 - спадковість;
 - вік як причина;
 - не знаю
29. Є чи досвід хвороби взагалі (Бути в ролі хворого):
- так (раніше переносила операції і т.п. та виживувалась);
 - ні (до цього вважав/а себе здоровим людиною);
 - є хронічні супутні захворювання (можна записати які)
30. Був чи досвід взаємодії з онкологічним хворим:
- так,
 - ні
31. Є чи рідні і близькі з онкологічними захворюваннями
- є (вихід - лікування);
 - є (Летальний результат);
 - ні (просто чув/а о тому, що є онкологічні хворі)
32. Були чи передчуття, думки, що з вами це теж може статися:
- так;
 - ні
33. Стежили чи ви за своїм здоров'ям, проходили профогляди і т.д.:
- так;
 - ні
34. Були чи ознаки захворювання:
- так;
 - ні
35. Скільки часу пройшло про початок появи ознак нездужання до звернення до лікаря (міс.)?
36. Розуміння хворим особистісного сенсу захворювання: *хвороба - це*
- випробування;
 - покарання;
 - рішення життєвих проблем;
 - інформація о собі, про життя;
 - не знаю
37. Особистісний сенс одужання
- сім'я, діти, будинок;
 - соціальні зв'язки;
 - незавершені відносини;
 - безпорадності;
 - робота;

- інше

Соціально-психологічна ситуація в зв'язку з захворюванням

38. Випробуєте чи ви складності при повідомленні о своєму діагнозі найближчому оточенню:
- так;
 - ні
39. Кому було важче повідомити о захворюванні:
- дружину/дружині;
 - дітям;
 - батькам;
 - іншим близьким;
 - іншим людям
40. Чи потрібна психологічна підтримка людині у ситуації хвороби:
- так
 - ні
41. Була підтримка на етапі від виявлення захворювання до поступлення у лікарню:
- підтримували, і це допомагало;
 - підтримували, але це не допомагало;
 - підтримки не було
42. Хто з вашого оточення підтримує вас зараз:
- чоловік (дружина);
 - діти;
 - друг/подруга;
 - товариші по службі;
 - сусіди;
 - сусіди по палаті;
 - ніхто;
 - батьки
43. У чиєї підтримки ви більше всього потребуєте:
- чоловік/дружина;
 - сім'я;
 - друзі;
 - лікар;
 - психолог;
 - інше
44. Як ви ставтеся до психологічної допомоги професійного психолога
- потребують все;
 - я потребую;
 - вона не потрібна

Ставлення у сім'ї

45. Характер очікуваних відносин в сім'ї в зв'язку із захворюванням:
- впевнений/а у підтримці;
 - майбутнє покаже;
 - підтримки не буде

46 Характер зміни сімейних відносин в зв'язку з захворюванням (за поданням хворого):

- покращали;залишилися колишніми;
- погіршилися

Ставлення до оточуючих

47. Вплив хвороби на сприйняття відносин зі значущими іншими

- відносини покращали;
- відносини залишилися колишніми;
- відносини погіршилися

48. Зміна соціального функціонування:

- залишилося колишнім;
- знизилося

Ставлення до дійсності і майбутнього

49. Чи змінилося ваше життя у зв'язку із захворюванням:

• так, змінилися місце проживання, розпорядок дня, режим харчування, довелося відмовитись від якихось планів;

- ні;
- все змінилося

50. Встановлення на майбутнє:

- оптимістична («Видужу, життя ще має сенс»);
- невизначена («не знаю, це залежить від лікарів»);
- безнадійна («Мені вже нічого не допоможе»);
- не думав про це

51. Можете ви сказати, що, попри на хвороба, ви знаходите у своєму житті багато такого, що дозволяє назвати вас щасливою людиною?

52. Є чи у вас плани на майбутнє:

- є певні плани - зустрічі, поїздки, незавершені відносини;
- ні, є спільна картина майбутнього

53. Що людина може зробити сам для себе, щоб йому легше було справлятися із хворобою?

Додаток Б

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є визнаним інструментом самооцінки. Такий тест пацієнт може заповнити самостійно, чекаючи на прийом лікаря. Шкала була розроблена у 1983 році (автори Zigmond A.S. і Snaith R.P.) для визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальнономедицинської практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Інструкція: не звертайте уваги на цифри та літери, розташовані у лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільше відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде найбільш правильною. Час заповнення 20-30 хвилин.

1.Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.

- 3 Весь час.
- 2 Часто.
- 1 Час від часу, іноді.
- 0 Зовсім не відчуваю.

2.Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.

- 0 Безумовно це так.
- 1 Напевно, це так.
- 2 Лише в дуже малому ступені це так.
- 3 Це зовсім не так.

3.Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.

- 3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.
- 2 Це так, але страх не дуже сильний.
- 1 Іноді, але це мене не турбує.
- 0 Зовсім не відчуваю.

4.Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.

- 0 Безумовно це так.
- 1 Напевно, це так.
- 2 Лише в дуже малому ступені це так.
- 3 Зовсім не здатний.

5.Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.

- 3 Постійно.
- 2 Велику частину часу.
- 1 Час від часу і не так часто.
- 0 Тільки іноді.

6.Д Я відчуваю бадьорість.

- 3 Зовсім не відчуваю.
- 2 Дуже рідко.
- 1 Іноді.
- 0 Практично весь час.

7.Т Я легко можу сісти і розслабитися.

- 0 Безумовно це так.
- 1 Напевно, це так.
- 2 Лише зрідка це так.
- 3 Зовсім не можу.

8.Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.

- 3 Практично весь час.
- 2 Часто.
- 1 Іноді.
- 0 Зовсім ні.

9.Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.

- 0 Зовсім не відчуваю.
- 1 Іноді.
- 2 Часто.
- 3 Дуже часто.

10.Д Я не стежу за своєю зовнішністю.

- 3 Безумовно це так.
- 2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.
- 1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.
- 0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

11.Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.

- 3 Безумовно це так.
- 2 Напевно, це так.
- 1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

12.Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.

0 Точно так само, як і зазвичай.

1 Так, але не в тій мірі, як раніше.

2 Значно менше, ніж зазвичай.

3 Зовсім так не вважаю.

13.Т У мене буває раптове відчуття паніки.

3 Дуже часто.

2 Досить часто.

1 Не так уже часто.

0 Зовсім не буває.

14.Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо чи телепрограми.

0 Часто.

1 Іноді.

2 Рідко.

3 Дуже рідко.

“Ключ”

Субшкала Т –“тривога”: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Субшкала Д –“депресія”: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Обробка результатів

Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: “тривога” (непарні пункти –1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і “депресія” (парні пункти –2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів

0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.