

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Західноукраїнський національний університет**  
**Соціально-гуманітарний факультет**  
Кафедра психології та соціальної роботи

**БЕРНАЦЬКА Ілона Ярославівна**

**Психологічні чинники конструктивної зміни ставлення онкохворого до власної хвороби / Psychological factors of constructive change of a cancer patient in the attitude to his own illness**

спеціальність: 053 – Психологія  
освітньо-професійна програма – Психологія  
Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи ПСм-21  
І.Я. Бернацька

---

Науковий керівник:  
к.психол.н., доцент  
А.Н. Гірняк

---

Кваліфікаційну роботу  
допущено до захисту:

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ А.В. Фурман

**ТЕРНОПІЛЬ-2020**

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СТАВЛЕННЯ ЛЮДЕЙ ДО ХВОРОБИ ТА СМЕРТІ</b> .....	6
1.1. Аналіз ставлення до хвороби та смерті в контексті основних психологічних підходів .....	6
1.2. Роль психологічних механізмів захисту у процесі формування ставлення до хвороби .....	11
1.3. Основні етапи прийняття хвороби та готовності до смерті .....	17
<b>Висновки до розділу 1</b> .....	22
<b>РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ ОНКОХВОРОГО ДО ВЛАСНОЇ ХВОРОБИ</b> .....	23
2.1. Особливості та динаміка зміни самоставлення в онкохворої людини .....	23
2.2. Вікові та гендерні особливості ставлення онкохворих до своєї хвороби ...	28
2.3. Психологічні передумови та фактори конструктивної зміни ставлення онкохворого до своєї хвороби .....	32
<b>Висновки до розділу 2</b> .....	38
<b>РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СТАВЛЕННЯ ОНКОХВОРОГО ДО ВЛАСНОЇ ХВОРОБИ</b> ..	40
3.1. Психодіагностичні інструменти та засоби дослідження ставлення онкохворого до власної хвороби .....	40
3.2. Психокорекційна програма зміни деструктивного ставлення онкохворого до своєї хвороби .....	52
3.3. Система психологічних рекомендацій щодо оптимізації процесу формування конструктивного ставлення онкохворого до власної хвороби .....	61
<b>Висновки до розділу 3</b> .....	70
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	71
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	74
<b>ДОДАТКИ</b> .....	79

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** За даними МОЗ, на початок 2020 року більше 1 млн. українців хворіють на онкологічне захворювання. Смертність від онкологічної патології поступається лише серцево–судинним захворюванням. Для лікування від онкологічної хвороби спеціалісти шукають способи, які допоможуть знизити рівень смертності від хвороби, а також попередити її виникнення. На сьогоднішній день онкологічні захворювання розглядаються як мультидисциплінарна проблема, а вивчення особистісних особливостей онкологічних пацієнтів, їх внутрішню картину хвороби, вказують на особливу роль психологічної складової в розвитку онкологічного захворювання.

Особи, хворі на рак, незалежно від своїх освітніх, соціальних та вікових особливостей, мають психосоціальні проблеми. Для багатьох слово «рак» є синонімом смертного вироку, а уявлення про «заразність» онкологічного захворювання є великим стресорним фактором, який спричинює ізоляцію таких хворих. В процесі адекватного розвитку онкохворого участь приймають засоби психологічного захисту, тому до завдань психолога входить розробка засобів, які сприятимуть утворенню адекватного ставлення до хвороби та ефективного спілкування онкохворого зі світом.

Важливим напрямком досліджень є вивчення психологічних чинників виникнення даного захворювання. Такі дослідники, як В. Волков та О. Стреліс, Б. Любан–Плоцца, П. Сидоров та О. Парняков, К. Балицький і Ю. Шмалько, В. Узунова, М. Блохмк наполягають, що стрес є одним із чинників, що призводить до патологічних змін в організмі та утворення онкологічного захворювання, а Н. Блінов, В. Чулкова, Н. Непомнящая, Е. Еванс підкреслюють вплив певних особливостей характеру онкологічних хворих на розвиток раку.

Одним з пріоритетних та найважливіших напрямків дослідження є вивчення та розробка засобів психологічної допомоги онкологічним хворим. Такі дослідники, як А. Квасенко та О. Зубарев, А. Тхостов, А. Герасименко, Т. Артюшенко, і зарубіжні, як Я. Гоулер, К. Саймонтон, А. Шутценбергер,

описують різні методи психологічної допомоги онкохворим. Цей напрямок розвиває М. Воронов (використання психосоматичного підходу у психотерапії онкохворих), С. Карпіловська (розгляд напрямків психотерапії в груповій роботі з онкохворими), Н. Шевченко (використання методу символдрами при лікуванні онкохворих) та інші вчені.

Незважаючи на значну кількість досліджень психологічного аспекту онкологічних захворювань, вивчення психологічних особливостей та ставлення до хвороби онкохворого, залишається недостатнім. Особливо важливим нам здається вивчення психологічних особливостей формування ставлення до хвороби безпосередньо хворих на рак кишківника, що вплинуло на вибір теми випускної кваліфікаційної роботи – **«Психологічні чинники конструктивної зміни ставлення онкохворого до власної хвороби»**.

**Об'єкт дослідження** – психологічні особливості онкохворого.

**Предмет дослідження** – особливості конструктивної зміни ставлення онкохворого до своєї хвороби.

**Мета дослідження** полягала у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні психологічних чинників і передумов зміни ставлення онкохворого до власної хвороби.

Обрана мета обумовила постановку таких **завдань дослідження**:

1. Визначити основні підходи до проблеми ставлення онкохворого до своєї хвороби.
2. Охарактеризувати фактори та психологічні передумови формування ставлення до хвороби в онкохворого.
3. Емпірично виявити та проаналізувати психологічні чинники формування ставлення до хвороби в онкохворого.
4. Запропонувати психокорекційну програму зміни деструктивного ставлення онкохворого до своєї хвороби.

**Методи дослідження:** *теоретичні*: теоретичний аналіз та систематизація наукових даних з проблеми; клінічна бесіда з хворими; *емпіричні*: анкетування, що допомагало визначити характер емоційних переживань; методика діагностики депресії, що дозволяла визначити рівні депресії хворих на рак;

особистісний опитувальник Бехтеревського інституту, що діагностував ставлення хворих до захворювання, до своїх вітальних функцій; методика вивчення якості життя, яка дозволяла побачити задоволеність аспектами своєї життєдіяльності; *математичні*: методи кількісно-якісної обробки результатів.

**База дослідження.** Дослідження проводилось на базі Івано-Франківського обласного клінічного онкологічного диспансеру (відділення раку кишківника) в умовах стаціонару. Всього дослідженням було охоплено 45 осіб. В зв'язку з локалізацією злоякісного новоутворення досліджувані були чоловічої і жіночої статі віком від 35 до 73 років.

**Теоретичне значення** одержаних результатів дослідження: уточнено теоретичні підходи до психологічної діагностики онкохворих відповідно до психологічних особливостей ставлення до хвороби; підібрано діагностичні методи дослідження ставлення до захворювання хворих на рак кишківника; виявлені особливості прояву депресії, якості життя та типу ставлення до хвороби хворих на рак кишківника різних вікових груп; запропоновано психологічні засоби реабілітації відповідно до психологічних особливостей ставлення кожної вікової групи пацієнтів, хворих на рак кишківника.

**Практичне значення** дослідження полягає в тому, що підібрані психодіагностичні методики, психологічні засоби реабілітації можуть бути використані в роботі онкологічних медичних центрів з метою поліпшення психологічного стану онкохворих, підвищення їх якості життя та подовження його тривалості, а також у процесі освітньо-професійної підготовки студентів психологічних та медичних спеціальностей.

**Структура роботи.** Випускна кваліфікаційна робота складається із вступу, 3-х розділів, загальних висновків, списку використаних літературних джерел, що налічує 68 найменувань, додатків. Основний зміст роботи викладено на 73 сторінках, загальний обсяг роботи становить 83 сторінки.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СТАВЛЕННЯ ЛЮДЕЙ ДО ХВОРОБИ ТА СМЕРТІ

### 1.1. Аналіз ставлення до хвороби та смерті в контексті основних психологічних підходів

Хвороба (або захворювання) – патологічний процес, який проявляється порушеннями морфології (анатомічної, гістологічної будови), обміну речовин чи функціонування організму (його частин) у людини.

Розвиток загальних уявлень про хворобу змінювався впродовж історії розвитку самої медицини. Давньогрецький лікар Гіппократ причиною хвороби вважав неправильне змішання чотирьох рідин організму: крові, слизу, жовчі жовтої та чорної (венозна кров). У Середньовіччі з'явилися погляди, згідно з якими душа визначає боротьбу організму зі змінами, викликаними хворобою. Матеріалістичні погляди на хворобу розвивав Ібн Сіна (виникнення хвороби під впливом невидимих істот, роль конституції організму) [81, с. 24].

У XVII–XIX століттях великий внесок у вчення про хворобу зробили Дж. Морганьї (думка про зв'язок хвороби з анатомічними змінами в органах), М. Ф. Біша (опис патологоанатомічної картини ряду хвороб), Р. Вірхов (теорія целюлярної патології), К. Бернар (хвороба – порушення фізіологічної рівноваги організму з середовищем) [13, с. 10]. С. Боткін, В. Пашутін, І. Павлов пов'язували хворобу із порушенням умов існування людини й розвивали уявлення про хворобу на основі ідеї нервізму [36, с. 61].

Незважаючи на велику кількість робіт з проблеми хвороби, це поняття досі не є точно детермінованим. Деякі автори заперечують якісні особливості хвороби у порівнянні зі здоров'ям: хвороба не створює в організмі нічого істотно нового [17]; у поняття «хвороба» входять лише біологічні закономірності [26]; хвороба являє собою загальну складну реакцію, що виникає в результаті порушення взаємовідносин організму і середовища, і супроводжується розвитком патологічних процесів, що представляють місцеві прояви загальної реакції організму [41]. У працях М. Боухала відстоюється

положення, згідно з яким не «існує принципових відмінностей між фізіологією і патологією. Патологічні процеси і хвороба, на його думку, – особливості пристосувальних процесів, пов'язаних зі суб'єктивним стражданням» [40, с. 56]. Як пише К. Тернер, «відповідно до концепції Г. Сельє про загальний адаптаційний синдром, хвороба являє собою напругу («стрес»), який виникає в організмі під впливом надзвичайного подразника» [81, с. 87].

Як писав Д. Холанд, причинами хвороби стають патологічні процеси, викликані патогенними факторами таких груп: фізичними (температура, оптичне та іонізуюче випромінювання, механічні фактори – тиск, вібрація, механічні пошкодження); хімічними (неорганічними та органічними речовинами); біологічними (вірусами, мікроорганізмами, паразитичними червами, комахами та продуктами їх життєдіяльності (токсинами)); психосоціальними (стрес, психогенна травма). Класифікація хвороб проводиться за такими критеріями: за характером перебігу (гострі та хронічні захворювання); за рівнем, на якому в організмі виявляються специфічні патологічні зміни при хворобі (молекулярні, хромосомні, клітинні і тканинні, органні, захворювання всього організму); за етіологічним фактором (хвороби, які спричинюють механічні, фізичні, хімічні, біологічні або психогенні фактори); за способом лікування (терапевтичні, хірургічні та інші); за віковими або статевими відмінностями (гінекологічні, дитячі) тощо [86].

Внутрішня картина хвороби (ВКБ) як «продукт» власної внутрішньої творчої активності суб'єкта формується у своїх розгорнутих формах при будь-якому соматичному стражданні – починаючи від однократних епізодів болю, дискомфорту до грубих проявів соматичної патології (при важких хронічних захворюваннях). Всебічне вивчення даної теми почалося з робіт німецького лікаря–інтерніста А. Гольдшейдера (1926). Він назвав відчуття, переживання і уявлення хворого про свою хворобу аутопластичною картиною хвороби. Вчений виділив два рівні картини хвороби: «сенситивний», заснований на відчуттях, і «інтелектуальний» – результат роздумів хворого про свій фізичний стан. У вітчизняній медицині більш пильна увага переживанням і реакціям хворого стала приділятися починаючи з 1950–х років [60, с. 81].

У 1944 р. вийшла монографія відомого вітчизняного клініциста Р. Лурії «Внутрішня картина хвороби і ятрогенні захворювання», що поклала початок всебічному розгляду суб'єктивного відображення хвороби в психіці людини. Як пише Т. Титаренко, внутрішньою картиною хвороби (ВКХ) вчений назвав «комплекс переживань хворого, пов'язаних із захворюванням: загальне самопочуття, відчуття, сприйняття, емоції, уявлення про хворобу» [67, с. 69].

Пропонувалися й інші назви для позначення суб'єктивного ставлення хворого до захворювання. Проте поняття «внутрішня картина хвороби» є найбільш вживаним у вітчизняній клінічній психології. В даний час під ВКХ розуміється «суб'єктивне ставлення хворого до свого захворювання, що складається з хворобливих відчуттів і зовнішніх проявів хвороби, оцінки механізмів їх виникнення, тяжкості і значень для майбутнього, а також типи реагування на хворобу» [58, с. 132].

Поглиблення знань про психічну сторону захворювань у вітчизняній теорії і практиці привело до появи різних концептуальних схем, що розкривають структуру внутрішнього світу хворої людини. У більшості досліджень внутрішньої картини хвороби, при різних нозологічних формах, у її структурі виділяється кілька взаємозалежних сторін (рівнів):

1. Болюча (сенсорна) сторона хвороби (рівень відчуттів, почуттєвий рівень) – локалізація болів та інших неприємних відчуттів, їхня інтенсивність).

2. Емоційна сторона хвороби (пов'язана з різними видами емоційного реагування на окремі симптоми чи захворювання в цілому і його наслідки).

3. Інтелектуальна сторона хвороби (інформаційний рівень) пов'язана з уявленнями і знаннями хворого про захворювання, міркуваннями про причини і наслідки хвороби.

4. Вольова сторона хвороби (мотиваційний рівень) пов'язана зі ставленням до свого захворювання, необхідністю зміни поведінки і способу життя, актуалізацією діяльності з повернення і збереження здоров'я [61].

На підставі цих сторін у хворого створюється модель захворювання, тобто уявлення про її етіопатогенез, клініку, лікування і прогноз, що визначає «масштаб переживань» в цілому. Відстань між справжнім станом справ,



здоров'ям і «моделлю хвороби» може як перебільшуватися, так і применшуватися, аж до повного її заперечення.

Вчені (Т. Титаренко та ін.) виділяють три головних реакції хворого на захворювання: стенічна, астенічна і раціональна.

1. При активній позиції хворого щодо лікування й обстеження говорять про стенічну реакцію на хворобу.

2. При астенічній реакції на захворювання в хворих відмічають схильність до песимізму, але вони відносно легше, ніж хворі зі стенічною реакцією, психологічно пристосовуються до захворювання.

3. За раціонального типу реакції має місце реальна оцінка ситуації і раціональний відхід від фрустрації [67, с. 96-97].

Безумовно, в клінічній практиці найчастіше зустрічається адекватне ставлення пацієнтів до хвороби, але можуть бути випадки, коли людина свідомо приховує її, дисимулює у зв'язку з особливими обставинами (ризик позбавлення роботи, розпаду сім'ї). як пише Т. Мерилова, «психотравмуюча дія соматичного захворювання на особистість хворого може бути обумовлена як суб'єктивно важкими проявами хвороби, так і уявленнями про небезпеку діагнозу, обмеженнями, що накладаються соматичним стражданням на побутову і професійну діяльність, і багатьма іншими чинниками» [52, с. 111]. Тому для правильної оцінки ВКХ і надання кваліфікованої допомоги хворому необхідно знати основні групи факторів, які визначають ВКХ:

- 1) преморбідні біологічні і особистісні фактори;
- 2) характер захворювання і його можливі наслідки;
- 3) соціальне становище хворого і вплив оточення;
- 4) медичні фактори (умови діагностики і лікування) [52, с. 114-115].

Визначимо вплив на ВКХ хворого преморбідних біологічних і особистісних факторів.

*1. Стать.* Відмінність у фізіології чоловіків і жінок накладає відбиток на переживання, пов'язані з критичними періодами. У жінок такими періодами є початок менструацій, вагітність і пологи, клімакс, під час яких посилюється реактивність і виявляються підвищена готовність до різних невротичних

розладів переважно істеричного, іпохондричного, депресивного коло. У чоловіків вікові кризи не мають помітної зовнішньої вираженості, але в переживаннях, пов'язаних з виникненням серйозних захворювань, часто відображаються побоювання ослаблення або втрати сексуальних можливостей. Ще однією відмінністю, пов'язаною з статтю пацієнта, є переносимість фізичного болю, яка у жінок дещо вища. Краще переносять жінки і вимушену нерухомість, пов'язану з хворобою. Для жінок більш актуальні сімейні проблеми, пов'язані з хворобою, а для чоловіків – службово–професійні, а також можливість втрати працездатності [69, с. 86].

2. *Темперамент* відповідає за фізіологічну основу реагування на хворобу. Вплив темпераменту позначається на характері відчуттів і емоційних проявів. Так, холерикам і меланхолікам властивий низький поріг больової чутливості порівняно з сангвініками і флегматиками. У меланхоліків навіть не дуже інтенсивні больові відчуття викликають зниження рухової активності у вигляді млявості, загальмованості. Навпаки, суб'єкти з яскраво вираженим холеричним темпераментом за наявності больових відчуттів не можуть залишатися на місці, скоюють імпульсні дії [83, с. 119]. Особливості темпераменту позначаються й на переносимості режиму обмеженої рухливості, пов'язаної із захворюванням.

3. *Характер*. Особливості характеру людини визначають своєрідність його поведінки і ставлення до оточуючої і самому собі, у тому числі до свого здоров'я і хвороби. Провідна роль належить емоційно–вольовій і мотиваційній сферам, що забезпечують адаптацію. Одним з найважливіших факторів ВКХ і формування реакції на хворобу є здатність суб'єкта до «захисної психологічної діяльності». За допомогою механізмів «психологічного захисту» хвора людина «забуває», «витісняє» з свідомості події і факти, пов'язані із захворюванням, «раціоналізує», зменшуючи значущість наявних порушень. Якщо його переживання, пов'язані з хворобою, не знаходять розуміння і відгуку у оточуючих, може виникнути «фіксація» на хворобливому стані з прагненням довести його актуальність оточуючим («втеча в хворобу») [64, с. 242-243].

4. *Особистість*. Вплив особистості на формування ВКХ визначається її системою відносин, у т.ч. ієрархією потреб, інтересів, мотивів, установок. Тому

можна говорити про соціально–психологічний рівень суб'єктивного відображення хвороби людиною. У формуванні ВКХ мають значення світогляд хворої людини, її релігійні погляди, морально–етичні принципи. Істотний вплив на ВКХ можуть мати забобонність хворого, схильність тлумачити причини хвороби з містичних позицій («наврочили», «навели псування», «попав під вплив енергетичного вампіра»).

Отже, хвороба як патологічний процес в організмі бере участь у побудові внутрішньої картини хвороби двояко: тілесні відчуття місцевого і загального характеру приводять до виникнення сенсорного рівня відображення картини захворювання. Ступінь участі біологічного фактора в становленні внутрішньої картини хвороби визначається вагомістю клінічних проявів, астеній і болючих відчуттів; хвороба створює для хворого важку психологічну ситуацію. Ця ситуація містить у собі безліч різномірних моментів: процедури і прийоми ліків, спілкування з лікарями, перебудова відносин з близькими і колегами по роботі. Ці моменти накладають відбиток на власну оцінку хвороби і формують остаточне ставлення хворого до свого захворювання.

## **1.2. Роль психологічних механізмів захисту у процесі формування ставлення до хвороби**

Будь–яка хронічна хвороба, незалежно від того, яка в неї біологічна природа, який орган чи функціональні системи пошкоджені нею, ставить людину в особливі психологічні життєві умови. Хвороба є подією, яка змінює життя людини, змушує її по–новому поглянути на нього та його зміст, викликає почуття втрати, провини, гострих переживань цінностей. В зв'язку з цим актуальним є не тільки дослідження впливу психіки на хворобу, а й хвороби на психіку хворих людей. Мова йде про вивчення структурності та специфічності соматичних впливів на галузь психічних процесів, емоційної сфери та сфери спілкування хворих, ролі соціально опосередкованих впливів в формуванні змін їх психічної діяльності, значення активності особистості хворих.

Корисна дія «психологічного захисту», реалізованого на рівні підсвідомості, виявляється в знятті тривоги і душевного дискомфорту, усуненні або зведенні до мінімуму негативних, травмуючих особистіть переживань, пов'язаних з хворобою. Шкідлива дія «психологічного захисту» полягає в тому, що завдяки йому досягається лише відносна душевна рівновага і особистісне благополуччя, але при цьому не розв'язуються проблеми, пов'язані із станом здоров'я, які можуть набувати хронічного характеру, сприяти виникненню невротичних розладів, оскільки людина позбавляється можливості активно (свідомо) впливати на ситуацію, що «потурає» хворобі.

Онкологічне захворювання традиційно належить до групи невиліковних, що перетворює лише факт постановки діагнозу в серйозну психічну травму. Кожна хвороба характеризується набором специфічних особливостей, котрі зачіпають значущі сфери життя. В. Менделевич [51] виділяє параметри, на підставі яких оцінюється хвороба і формується психологічне ставлення до неї: вірогідність смертельного результату; вірогідність інвалідизації та хронічного перебігу хвороби; больова характеристика хвороби; необхідність радикального або паліативного лікування; вплив хвороби на можливість підтримувати колишній рівень спілкування; соціальна значущість хвороби і традиційне ставлення до хворого з боку його мікросоціуму; вплив хвороби на сімейну та сексуальну сфери; вплив хвороби на сферу розваг та інтересів.

В. Менделевич виділяє залежність особистості від виникнення або запобігання злоякісним пухлинам. Ризик розвитку пухлини пов'язаний із такими особливостями особистості, як емоційна лабільність, надмірне придушення почуттів, депресія, безнадія, почуття провини. Стриманість проявів емоцій, придушення статевих інстинктів, безсоння, невпевненість у собі можуть призвести до розвитку пухлин у термін від одного до п'ятнадцяти років [51]. На формування злоякісних пухлин, на думку В. Волкова та інших дослідників, може вплинути і втрата надії на досягнення життєвих цілей [20].

Вивчення взаємозв'язку організму хворого на рак неможливе без аналізу проблеми психологічних особливостей виникнення та перебігу онкологічного

захворювання. Існує декілька психосоматичних теорій, що пояснюють механізм виникнення пухлинної хвороби.

1. Анамнестична теорія. Її автори дотримуються погляду, що патологічним моментом є психоемоційний конфлікт, який виникає в дитячому віці, пов'язаний з близькою людиною (найчастіше це мати) і формуванням депресії в разі втрати контакту з нею. Перед виникненням клінічних ознак злоякісного утворення онкологічні хворі часто втрачають об'єкт, котрий був близьким для них. Смертність від раку овдовілих пацієнтів статистично вище, ніж у хворих, які не перебували або перебувають у шлюбі [29].

2. Теорія рис особистості. Прихильники цієї теорії вважають, що в основі онкологічного захворювання – не зовнішні причини, а внутрішні особливості хворого. Онкологічні хворі схильні стримувати або приховувати свої переживання, при цьому вони не здатні вирішувати внутрішні проблеми []. У процесі їх вирішення ухвалюються помилкові установки, що породжують негативні емоції, формують дисгармонічні відносини. Депресія та відчуття безнадійності, що виникають після незворотної втрати (смерть близької людини), знижують імунітет, зменшують проліферацію лімфоцитів [36]. Депресія, заперечення, нереалізована агресивність, ворожість і мазохістські установки – всі ці риси свідчать про блокаду будь-яких видів пошукової поведінки – від творчої діяльності до активного прояву невдоволення та гніву.

3. Психодіагностична теорія. Н. Непомняща, М. Івашкіна стверджують: однією з головних рис, що властива людям, які хворі на онкологічне захворювання, є «інфантильність». Н. Непомняща вважає, що ріст злоякісної пухлини – результат глибокої інфантилізації спочатку психологічного, а потім і соматичного механізмів клітинного росту, притаманного дитячому віку. Для онкологічних хворих із вираженими показниками інфантильності характерні ознаки: а) образливість, упертість, примхливість – риси, що властиві дитині; б) з боку емоційної сфери – підвищений поріг сприйняття та реагування щодо ситуацій, котрі являють собою загрозу чи небезпеку; в) в умовах раціонального інтелектуального мислення спостерігається певна поверховість, страждає здатність проникнення в суть речей, подій, відносин; г) у сфері життєвих

цінностей спостерігається спрямованість на збереження звичних реальних ситуацій у своєму житті, нормативність [58].

Автори розглядають вплив особистісних особливостей людини на розвиток і перебіг онкологічного захворювання. У публікаціях робиться висновок: для виживання хворого важливий не тільки прогноз, але й те, як він сприймає свій діагноз. Хворі, які страждають на рак, але продовжують боротьбу за життя, мають більший шанс вижити протягом 3–5 років, ніж ті, які приречено сприймають звістку про захворювання як смертний вирок.

Крім теорій, що пояснюють механізм виникнення пухлинної хвороби, особливе місце посідають моделі психологічної реакції хворого на наявність у нього злякисного новоутворення. Питання про роль психіки в розвитку онкологічної хвороби, вивчення особистості хворого на рак, а також того, хто одужав, у їхніх взаєминах із довіллям, з іншими людьми, із собою дотепер залишається невирішеним.

1. Модель Вейсмана. Розроблена на основі дослідження стресу в онкологічних хворих. Складається з 4-х стадій: 1 стадія – «екзистенційний переляк». Стадія глибокого емоційного стресу. 2 стадія – «приспособлення й пом'якшення». У цей момент пацієнт прагне до нового та до стабілізації емоційної рівноваги. Хворий вирішує змінити спосіб життя та отримати медичну допомогу. 3 стадія – «повторення та рецидив». Стадія метушні на тлі рецидиву захворювання, асоціюється з потужною психосоціальною кризою. У пацієнта з'являється бажання пом'якшити негативні синдроми. 4 стадія – «погіршення та занепад». Етап ускладненого перебігу хвороби, що характеризується приготуванням до смерті [62].

2. Емоційна модель Гоба, який запропонував розглядати реакцію хворого на звістку про діагноз із позиції характеристики супроводжуючих емоцій. Автор розділив емоційні проблеми, з якими стикаються онкологічні хворі, на три групи: а) побоювання та тривоги, що пов'язані з тим значенням, яке має онкологічне захворювання для індивіда; б) переживання, зумовлені раптовим переміщенням людини зі звичної для неї обстановки в лікарняне середовище

(соціальна депривація); в) емоційні переживання, що пов'язані з тимчасовою або постійною розлукою з сім'єю [39].

3. Модель Літін, який виділив три фази реакції на онкологічний діагноз: 1 фаза – спочатку потрясіння, що супроводжується го–стрим почуттям страху та депресією. 2 фаза – вжиття заходів боротьби зі стресом і загрозою життю. 3 фаза – звикання до нового життя з новими перспективами [23].

4. Модель Кублер – Росса. Найчастіше цитується модель перебігу реакції онкологічного хворого, яка складається з п'яти фаз реакції останнього: 1 фаза – заперечення, характеризується запереченням наявності онкологічної патології, зменшенням тяжкості свого стану, переконаністю, що діагноз встановлений помилково; 2 фаза – агресії, настає після підтвердження діагнозу й проявляється бурхливим протестом, схильністю до агресивних дій до людей і до себе (суїцид); 3 фаза – прийняття діагнозу, характеризується прийняттям фактів наявності злоякісного процесу та необхідності тривалого й інтенсивного лікування; 4 фаза – депресії. Тривалий період лікування підштовхує хворого до поступової втрати надії на оздоровлення, появи песимізму, пригніченості й пасивності; 5 фаза – фаза апатії. З'являється на останніх етапах протікання захворювання на тлі відсутності ефективності лікування та супроводжується байдужістю щодо оточення, зовнішніх і внутрішніх процесів [38].

У цих моделях прописується тільки констатація стану онкологічного хворого як у момент установалення діагнозу злоякісного захворювання, так і у процесі стандартного лікування. Оцінювання поведінки пацієнта дає можливість брати до уваги психологічну реакцію хворого та вибудовувати реабілітаційні заходи в межах медичного та реабілітаційного закладу з урахуванням фаз реакцій емоційного протікання хвороби.

Серед досліджень психологічного стану людини в кризових умовах при онкологічних захворюваннях особливе місце посідає вивчення мотиваційної сфери хворих, що виникає у них перед операцією та в післяопераційний період, а також протягом 3–5 років після лікування. Т. Мерілова продемонструвала: «кризова ситуація під час встановлення діагнозу та лікування призводить до зміни життєвої позиції особистості – від «приреченості» до «позиції соціальної

адаптації». Ці зміни трансформують усю мотиваційну сферу людини, змінюють домінування й призводять до зміни мотивів» [52, с. 14].

А. Тхостов, вивчаючи механізм патологічних змін особистості в кризових ситуаціях, дійшов висновку, що в онкологічних хворих відбувається перебудова мотиваційної сфери, яка проявляється у вигляді «зсуву мети життя на мотив». В онкологічних хворих раніше «діючі мотиви втрачають свою спонукальну силу, переходять у розряд цілей у структурі головного, провідного мотиву збереження життя» [82, с. 10]. С. Корж відзначає, що «онкологічні хворі дезадаптовані та не можуть повернутися до звичного для себе «здорового» життя після радикального лікування. Емоційне напруження спадає тільки через 10–15 років, коли з'являється впевненість в одужанні» [41, с. 28].

Слабким місцем цієї анамнестичної моделі є те, що неможливо у процесі встановлення причини захворювання практично вичленувати патологічний момент, бо втрата мотивації визначається суб'єктивно.

5. Патогенетична модель виникнення злоякісних пухлин. Особливе місце в моделюванні процесу формування в організмі людини злоякісної пухлини посідає модель виникнення та регресії пухлин. Ця модель «дає можливість зрозуміти, як саме відбувається патологічний процес, та на його основі побудувати не тільки медичну, але й психосоціальну допомогу онкологічним хворим та інвалідам» [12, с. 88].

Отже, впродовж стаціонарного лікування у хворих на рак кишківника спостерігаються психогенні реакції, динаміка та ступінь вираженості яких пов'язані не тільки з етапами основного лікувального процесу, але й залежать як від важкості загальносоматичного стану, ступеня розповсюдження та локалізації патологічного процесу, так і від преморбідних особливостей хворих. Оцінюючи психологічний стан, психологи та психіатри приділяють увагу не тільки ситуативному стану організму, але й дають оцінку соціальному оточенню щодо відновлення здоров'я в онкологічних хворих.



### 1.3. Основні етапи прийняття хвороби та готовності до смерті

Клінічні особливості психогенних реакцій у онкологічних хворих мають широку варіативність як за ступенем інтенсивності переживань, так і за симптоматикою. Це пов'язано з різними етапами, на яких знаходяться ті чи інші хворі. Досвід практичного спостереження дозволяє В. Березянській виділити такі етапи:

а) діагностичний (починається з перших контактів з онкологічною службою – направлення до онколога, вирішення питання про госпіталізацію та оперативне лікування – і продовжується до моменту стаціонару);

б) вступ до клініки (включає перші дні перебування в стаціонарі, коли відбувається знайомство з персоналом, іншими хворими);

в) передопераційний ( охоплює час з моменту повідомлення хворому про дату операції до безпосереднього вступу до операційного блоку);

г) післяопераційний (займає час після операції до відновлення здатності обслуговувати себе);

д) виписка (продовжується з моменту підготовки хворого до виписки та включає його наступне перебування вдома) [10; 11].

За даними В. Герасименко, Ю. Артюшенко [23], діагностичний етап є для хворих найбільш психотравмуючим (50 % пацієнтів мають психогенні реакції важкого ступеня і тільки 8 % легкого). Найбільш характерним для цього етапу є тривожно–депресивний синдром, зафіксований в 56 %. Типовою є виражена тривожність, що іноді досягає ступеня страху, відчуття повної безнадії, безперспективності існування, думки про швидку та важку смерть. Друге місце виникнення займає дисфоричний синдром (13 % спостережень). Хворі стають роздратованими, іноді без приводу спостерігаються гнів, злість, які можуть супроводжуватись агресією. Найчастіше за такою поведінкою ховаються тривога і страх. Третє місце належить тривожно–іпохондричній (10 % спостережень) та астено–іпохондричній (10 % спостережень) симптоматиці. Вони характеризуються тривожною напругою з постійною фіксацією уваги на самопочутті. Хворі весь час шукають і знаходять особливі негаразди в

організмі, невизначені та нечіткі відчуття, які ними інтерпретуються як катастрофічно швидке розповсюдження пухлини по всьому тілу.

О. Асеев [3] вказує на те, що психологічні зміни особистості хворих на рак кишківника з'являються ще задовго до перших контактів з онкологічною службою. Перша реакція – страх перед невизначеністю свого стану, панічна думка, що вони смертельно хворі, тривога не тільки за своє життя, а й за життя близьких, особливо дітей, довге перебування в стресовій ситуації призводить до розвитку психогенних реакцій. Досить часто онкохворі, усвідомлюючи існування симптомів раку, не звертаються за медичною допомогою, або відкладають візит до лікаря на довгий час.

Д. Холланд [86] стверджує, що для пояснення такої поведінки неможливо виділити якийсь єдиний психологічний фактор. Можна відмітити декілька таких факторів: люди не хочуть сприймати неприємну для себе інформацію, оскільки вважають, що це неважливо; деякі бояться операції, вважаючи, що не виживуть під час неї; інші мають фаталістичну позицію – «я знаю, що це рак, але все рівно нічого вже не вдієш». При огляді лікар підтверджує існування пухлини. Під час цього у хворих переважають шоківі психогенні реакції.

На наступному етапі – «вступі до клініки» – можна відмітити зниження інтенсивності переживань. Це пов'язано з побудовою компенсаторної системи психологічного захисту типу: «Я хвора, можливо у мене навіть рак, але зараз я в спеціальній лікарні під наглядом кваліфікованих лікарів, які зроблять все, щоб мені допомогти». За даними В. Чулкової [87], на цьому етапі у більшості хворих відмічається тривожно–депресивний синдром (45%), але його зміст має дещо інший характер: тривога головним чином пов'язана з бажанням якомога швидше зробити операцію, виникає страх втрати часу. Дисфоричний синдром займає друге місце за частотою (16%), а тривожно–іпохондричні розлади спостерігаються у 13% хворих (зміст переживань зводиться до постійної тривоги з приводу того, витримають вони операцію чи ні). В цілому, розподіл психогенних синдромів майже такий, як і на попередньому етапі.

Різкий підйом інтенсивності психогенних реакцій спостерігається на «передопераційному» етапі. В межах тривожно–депресивного синдрому (53%)

переважним стає страх можливої смерті під час операції. Крім того, на цьому етапі, як виявив А. Гнезділов, спостерігаються параноїдні розлади у вигляді «маячноподібних ідей переслідування» [25]. На думку В. Чулкової [87], хворі, знаходячись в клініці, з одного боку, бояться операції, а з іншого – з нетерпінням чекають її. Тільки операція може зняти тягар невизначеності та вирішити їх долю. Багато жінок чекають операції, щоб після неї розпочати нове життя, хоча до операції вони намагаються не говорити про майбутнє, не будувати життєвих планів. Надія на те, що операція доведе відсутність серйозної хвороби, не покидає жодної хворої. В зв'язку з цими обставинами емоційне значення операції занадто велике, що призводить до нестійкої поведінки пацієнток. У деяких спостерігається надмірне збудження, хворі не можуть зосередитись на діяльності, інші знаходяться в загальмованому стані.

На четвертому етапі – «післяопераційному» – різко знижується ступінь вираженості всіх негативних переживань хворих. Для більшості хворих операція є тимчасовим психологічним полегшенням стану, свого роду межею, за якою, можливо, їх чекає досить сприятлива вітальна ситуація. На першому місці за частотою виникнення знаходиться астено-іпохондричний синдром (21%), що характеризується не тільки зниженням психічної напруги після довгої стресової ситуації, але ж і збільшуваними побоюваннями за кінець післяопераційного періоду, страхом перед ускладненнями. Другим за частотою є апатичний синдром (20%), за якого відмічається млявість та байдужість [11].

На цьому етапі, на думку О. Асеева, виникає зміна інтересу пацієнтів до свого діагнозу. «Якщо до операції їх цікавив характер існуючої паталогії та невизначеність у діагнозі носила негативний психотравмуючий характер, то зараз ця невизначеність набуває адаптуючого характеру, стає ядром психологічного захисту (емоційне ставлення до свого захворювання змінюється на більш раціональне, оскільки життєві плани будуються вже з врахуванням нової життєвої ситуації)» [3, с. 32].

Етап «виписки» не має специфічних психопатологічних феноменів. Хворі відчують полегшення, коли після всіх негараздів йдуть додому. Основне у хворих перед випискою – виникнення нових проблем. Головна з них – зміна

соціальної ролі. Адже в клініці вони були хворими і відповідальність брали на себе лікарі. Після виписки стосунки з лікарем змінюються, хворі після лікування повинні взяти на себе відповідальність за своє майбутнє життя.

В літературі існує думка, що динаміку реакцій хворих на рак кишківника в процесі лікування можна охарактеризувати на основі 5 фаз реагування на злоякісні новоутворення, виділені Е. Кюблер–Росс.

Перша фаза (анозогнозична) виникає внаслідок першого припущення про наявність у пацієнта злоякісного новоутворення (вона характеризується запереченням присутності у себе онкологічної патології, зменшенням тяжкості свого стану, анозогнозією, впевненістю, що діагноз є помилковим).

Друга фаза (дисфорична) виникає після підтвердження діагнозу та проявляється в бурхливому протесті, дисфорії, схильності скоювати будь–які агресивні дії по відношенню до оточуючих або себе (суїцидальні).

Третя фаза (аутосугестивна) характеризується прийняттям фактів про існування злоякісного процесу та необхідністю довгого і інтенсивного лікування в поєднанні з «веденням торгу» – «головне, щоб не було болю».

Четверта фаза (депресивна) виникає після довгого періоду терапії та проявляється в поступовій втраті надії на одужання, появі песимізму.

П'ята фаза (апатична) виникає на останніх етапах захворювання та виражається примиренням хворої з долею, прийняттям будь–якого кінця та байдужістю щодо зовнішніх та внутрішніх процесів [81].

Лікар часто зустрічається і з різними формами патологічного реагування на хворобу своїх пацієнтів, у зв'язку з чим він повинен уміти оцінювати їх і враховувати при виборі лікувально–діагностичної тактики відносно конкретних хворих. За даними Т. Марилової, «частота нозогеній – психогенних розладів, тісно пов'язаних з соматичними захворюваннями (хвороба виступає в ролі психічної травми), перевищує частоту всіх інших психічних розладів, що спостерігаються в соматичних стаціонарах, і складає від 20 до 30%» [47, с. 104].

Патологічні форми реагування на хворобу Б. Карвасарський поділяє на: «гіперсоматозогнозії, що виражаються у високій суб'єктивній значущості соматичного страждання з перебільшенням тяжкості захворювання і його

наслідків; гіпосоматозогнозії, що виявляються в недооцінці соматичного страждання, його тяжкості і можливих наслідків; дисоматозогнозії – усвідомлене спотворення оцінки хвороби, викликане бажанням хворого отримати певну вигоду у зв'язку із захворюванням» [36, с. 268].

Із запропонованих систематик патологічних форм реагування на хворобу можна навести систематику «переживань хвороби» Ю. Кутявіна, який виділив 6 типів: 1) депресивний; 2) дистимічний; 3) іпохондричний; 4) фобічний; 5) істероїдний; 6) ейфорично–анозогнозичний [16]. А. Квасенко, Ю. Зубарев розглядають як патологічні варіанти реагування на хворобу депресивний, фобічний, істеричний, іпохондричний і анозогнозичний [38].

Від перерахованих систематик типів реагування на хворобу, в основі яких чіткі психопатологічні синдроми, відрізняється типологія, запропонована чеськими авторами Р. Конечним і М. Боухалом. Окрім «нормального ставлення» до хвороби, вони виділяють ще й такі види ставлення:

- зневажливе (недооцінка серйозності захворювання, ігнорування рекомендацій, необґрунтований оптимізм відносно прогнозу хвороби);
- заперечливе (ігнорування факту хвороби, включаючи і дисимуляцію);
- нозофобічне (розуміння хворим того, що його побоювання, пов'язані із захворюванням, перебільшені, але подолати їх він не в змозі);
- іпохондричне (хворий необґрунтовано здогадується або переконаний, що страждає на важке захворювання або переоцінює серйозність хвороби);
- нозофільне (хворий одержує задоволення від того, що хвороба звільняє його від неприємних обов'язків);
- утилітарне (вищий прояв нозофільної реакції – отримання моральної або матеріальної вигоди від хвороби) [40].

В даній систематиці типів реагування на хворобу, разом з класичними клінічними синдромами невротичного рівня, як окремі варіанти реакцій на хворобу виділяються установки хворих, механізми психологічного захисту, втілені в їх поведінці, і відсутність готовності до співпраці з лікарем в подоланні хвороби. Слід зазначити, що реакція особистість на хворобу є похідною від багатьох зовнішніх і внутрішніх впливів. Відповідно, в широких

межах, коливаються ступінь переоцінки захворювання або його недооцінка, яка може виявлятися тимчасовою ситуаційною дисимуляцією або запереченням.

Особливе значення у формуванні ВКХ має рівень освіти і культури хворого, у т.ч. ступінь обізнаності в області медицини. Відсутність медичних знань іноді приводить до нерозуміння свого хворобливого стану, недооцінки його проявів і можливих наслідків. Надлишок інформації у пацієнта про хвороби, механізми їх розвитку, течію, прогнозі також може приводити до деформації ВКХ. В одних випадках це виражається в перебільшенні тяжкості хвороби, в інших – в зменшенні її значущості або повному ігноруванні.

### **Висновки до розділу 1**

Ставлення до хвороби визначено як внутрішню картину хвороби, в яку входить комплекс переживань хворого, пов'язаних із захворюванням: загальне самопочуття, відчуття, сприйняття, емоції, уявлення про хворобу. Показано, що онкологічне захворювання через свою специфічність має істотний вплив на внутрішню картину хвороби. Ступінь участі психологічного фактору в структурі внутрішньої картини хвороби в онкохворого визначається вагомістю клінічних проявів, астеній і болючих відчуттів, оскільки хвороба створює для хворого важку психологічну ситуацію.

Різноманітні моменти лікування хвороби і власного сенсорного досвіду накладають відбиток на власну оцінку хвороби і формують остаточне ставлення особистості до свого захворювання. Корисна дія «психологічного захисту», реалізованого на рівні підсвідомості, виявляється в знятті тривоги і душевного дискомфорту, усуненні або зведенні до мінімуму негативних, травмуючих особистість переживань, пов'язаних з хворобою. Шкідлива дія «психологічного захисту» в тому, що завдяки йому досягається лише відносна душевна рівновага і особистісне благополуччя, але не розв'язуються проблеми, пов'язані із станом здоров'я, які можуть сприяти виникненню невротичних розладів, оскільки людина позбавляється можливості активно впливати на ситуацію.

## РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ ОНКОХВОРОГО ДО ВЛАСНОЇ ХВОРОБИ

### 2.1. Особливості та динаміка зміни самоствавлення в онкохворій людині

Онкологічні захворювання в зв'язку з негативними установками сприймаються людьми важче, ніж інші захворювання, а рак кишківника відрізняється значною психологічною травматичністю. Тому «рак необхідно розглядати з позицій психологічної кризи, яка є одним з проявів соціально–психологічної дезадаптації особистості в ситуації втрати чи погрози втрати значущої цінності» [58, с. 132]. Спроби деяких дослідників виділити самостійну форму психозу при онкологічному захворюванні зазнали поразки: зроблено висновок, що особливості психіки онкохворих позбавлені специфічності і в багатьох аспектах типові для важкого соматичного страждання.

В. Менделевич стверджує, що онкологічний процес виступає для психічної діяльності в двох аспектах: соматогенному та психогенному. «Соматогенні порушення при онкологічній патології можуть розглядатися як найважчий в соматичному плані фактор з комплексом психічної та фізичної астенії, виснаженням, що суттєво впливає на психічну діяльність та формує соматогенні психічні розлади. Вони, в першу чергу, визначаються ступенем складності оперативного втручання, хіміо– та променевої терапії, і, головним чином, самим пухлинним процесом на різних етапах захворювання» [51, с. 196]. Психогенний вплив хвороби пов'язаний з діагнозом захворювання, що перетворює лише факт захворюваності в важку психічну травму, яка здатна сформувати психічні порушення психогенно–реактивного характеру.

Різними авторами виділено велику кількість варіантів психологічного і патологічного реагування особистості на хворобу. Проте, незважаючи на відмінності пропонованих систематик, в основі їх лежать наступні типи особистісного реагування на хворобу: адекватна (гармонійна) реакція; перебільшення тяжкості захворювання; недооцінка тяжкості захворювання, включаючи заперечення факту хвороби (анозогнозію); усвідомлене

спотворення оцінки хвороби (агравация, симуляція, дисимуляція) [25, с. 61-62]. У більшості хворих соматичного профілю реакції на хворобу носять адекватний характер і піддаються свідомому контролю й корекції.

Під адекватною реакцією особистості на хворобу розуміють «здатність пацієнта, визнаючи факт хвороби і правильно оцінюючи тяжкість свого стану, мобілізуватися на боротьбу з нею» [10, с. 21]. Він встановлює довірливі відносини з лікарем, співпрацює з ним, виконуючи лікарські розпорядження, приймає допомогу близьких. Хворий не втрачає надії на одужання або поліпшення. При несприятливому перебігу хвороби і настанні інвалідності адаптується до нових умов життя. При важкому вітальному прогнозі хворий розумно відноситься до неминучого. Розуміючи можливість смертельного результату, він дає розпорядження близьким, складає заповіт та ін.

Проте В. Герасименко, В. Марілов, Ю. Артюшенко стверджують, що існують деякі особливості порушень при онкологічних захворюваннях, які в своїй більшості відносяться до сфери психогенних реакцій [23]. Справа в тому, що жодне з існуючих захворювань не несе такого стресового навантаження, як злоякісна пухлина. Це пояснюється тим, що для більшості пацієнтів та їх рідних слово «рак» є прямим синонімом смертного вироку, який пов'язаний з нелюдськими стражданнями. Так, особливістю психологічного стану хворих на рак кишківника, на думку О. Асєєва [3], В. Чулкової [87], є те, що поряд з проблемами існування потенційно смертельного захворювання існує ряд проблем, пов'язаних з косметичними наслідками радикальної операції.

На поведінку і реакцію хворого під час хвороби насамперед впливає структура ставлення особистості до хвороби. Н. Русіна вважає, що адекватність реакції залежить від ступеня зрілості особистості і її актуальних можливостей. Так, «в інфантильних, незрілих особистостей спостерігаються часті витіснення і заперечення хвороби або «втеча у хворобу»; в астеничних, тривожних людей дуже важкі захворювання викликають бурхливу реакцію тривоги, хвилювання з наступними депресивно-іпохондричними і стійкими порушеннями» [74, с. 154]. Реакція на хворобу залежить від віку хворого. Тобто, «реакції на хворобу можуть різні, від повного ігнорування хвороби до трагічного сприйняття, «втечі



в хворобу» та іпохондричної фіксації» [78, с. 142]. Настроювання індивіда на видужування чи хворобу має важливе значення.

Стани тривоги, переживання, часто песимістичного характеру, пов'язані з хворобою, психологічно зрозумілі, виправдані, не виходять за рамки природних психологічних реакцій на важку ситуацію, обмежені за часом і піддаються корекції за допомогою нескладних психотерапевтичних прийомів, доступних кожному лікарю–клініцисту. Такі реакції на соматичні захворювання слід відносити до нормальних ситуаційних реакцій. А. Квасенко, Ю. Зубарєв запропонували «позначати особову реакцію хворого на своє страждання універсальним терміном «соматозогнозія». Адекватне реагування на хворобу, нормосоматозогнозія, характерне для пацієнтів без виражених аномальних рис особистість в преморбіді і з більш сприятливим клінічним й соціальним прогнозом соматичного захворювання» [38, с. 74].

Психологом В. Ніколаєвою запропонована систематика рівнів відображення хвороби в психіці хворої людини:

- чуттєвий рівень, або рівень відчуттів;
- емоційний, або афективний, рівень, пов'язаний з різними видами реагування на окремі симптоми, захворювання в цілому і його наслідки;
- інтелектуальний, або когнітивний, рівень, що включає уявлення, знання про своє захворювання, роздуми про його причини і можливі наслідки, тобто концепцію хвороби, створювану хворим;
- мотиваційний, або поведінковий, рівень, що включає ставлення хворого до свого захворювання, зміна поведінки і способу життя в умовах хвороби, а також дії, спрямовані на повернення здоров'я [60].

Вираженість кожного з компонентів ВКХ, а також співставлення між ними можуть бути різними. Наприклад, «виникнення болю сприймається особистістю як показник фізичного неблагополуччя. Крім того, больові відчуття можуть оцінюватися індивідом і як сигнал загрози життя або можливих негативних наслідків у вигляді інвалідизації, зміни становища в сім'ї, суспільстві» [60, с. 109]. Проте, залежно від характеру больового синдрому, а також індивідуальних особливостей особистості, «в одних випадках може мати

місце перебільшення значущості болю з вираженим страхом, відчаєм, відчуттям безнадійності, а в інших – недооцінка і спроба ігнорування больових відчуттів («безбольові форми» інфаркту міокарду, виразки шлунку, онкологічних та інших захворювань)» [60, с. 110].

Вивчення психологічного стану онкологічних хворих О. Гнезділовим підтверджує, що у всіх хворих на всіх етапах лікування спостерігаються певні психогенні реакції, які вирізняються за своїми клінічними проявами та ступенем вираженості. Ці реакції за ступенем глибини розділяють на три групи:

1. Реакції легкого ступеня (при них відмічаються окремі, відносно слабо виражені розлади, які можна оцінити як адекватну форму психогенних реакцій, що наближаються до невротичного рівня, але в більшості випадків порівняно легко купіруються лікарем або самим хворим).

2. Реакції важкого ступеня (характеризуються вираженою невротичною, а іноді і психотичною симптоматикою, яка потребує втручання психіатра).

3. Реакції середнього ступеня (характеризуються розладами, які за своєю інтенсивністю займають проміжне положення) [25].

А. Смулевич запропонував свою типологію нозогеній, в основу якої встановлений реєстр психопатологічних розладів (невротичні, афективні, психопатичні, маячні) і варіанти нозогнозії. Практичним вимогам відповідає наступна систематика клінічних варіантів реагування на хворобу, обумовлених психотравмуючим впливом соматичних захворювань, яка визначається за допомогою опитувальника ЛОБІ (особистісного опитувальника Бехтерівського інституту): гармонійний, тривожний, іпохондричний, меланхолічний, апатичний, неврастенічний, obsесивно-фобічний, сензитивний, егоцентричний, ейфоричний, анозогностичний, ергопатичний, паранойяльний [46].

Особливості характеру мають провідне значення у формуванні реакцій індивіда на хворобу. Адекватні форми реагування типові для осіб з гармонійним складом характеру. Особам з акцентуацією характеру і психопатіями збудливого типу, разом з властивою їм екстравертованістю, здатністю швидко схоплювати суть явищ, властива запальність, вибуховість, імпульсивність. Для них характерний «психологічний захист» за типом

«емоційного реагування», що виявляється дратівливістю, озлобленістю, іноді у вигляді прямої агресії на уявних «кривдників» (членів сім'ї, медичний персонал, сусідів по палаті і ін.) або аутоагресії [75, с. 80]. При цьому у них може бути присутня активність, направлена на подолання захворювання і його наслідків.

Для осіб з акцентуацією характеру і психопатіями типу (астенічними, тривожно–довірливими), з властивими їм інтравертованістю, сенситивністю, схильністю до самоаналізу, характерні переважно пасивно–оборонні захисні реакції за типом «заперечення», «втечі» або «інтелектуалізації». Перебільшення тяжкості хвороби, її значущості може не виходити за рамки психічної норми, але у них часто виникають фобічні і тривожно–депресивні переживання. Яке пише Н. Непомнящая, «осіб з нестійким типом акцентуації і психопатіями відрізняє підвищена емоційність, лабільність, недостатня зрілість установок і думок» [58, с. 141]. В структурі ВКХ виражений чуттєвий рівень за відносної бідності когнітивного або оцінного. Тому для них типова непослідовність поведінки, пов'язана як з суб'єктивною переоцінкою тяжкості і можливих наслідків захворювання, так і з їх недооцінкою.

Особам з ригідним типом акцентуації характеру і психопатичним особам паранойяльного складу властива «безкомпромісність думок і переконань, загострена «гіперсоціальність» (прагнення у всьому наводити порядок відповідно до своїх уявлень про нього), повільність» [44, с. 54-55]. В структурі ВКХ переважають когнітивні або оцінні рівні. В переживаннях особливе місце займає мотив втрати працездатності і соціального статусу. Тому в одних хворих може спостерігатися наполегливе «заперечення» хвороби, а у інших, навпаки, – переоцінка з формуванням «рентних установок». У шизоїдних психопатів, для яких характерні риси замкнутості, відгородженої, переважання інтелектуальних інтересів, в структурі ВКХ переважають когнітивні моменти, що може приводити до формування надцінних ідей щодо розуміння механізмів наявного захворювання та його лікування. Як «захисний механізм» може спостерігатися посилення аутизації, можливі несподівані реакції, у тому числі суїцидальні.

У демонстративних акцентуєваних осіб і істеричних психопатів в структурі ВКХ переважає чуттєвий рівень з вираженістю емоційного

компоненту у вигляді так званої емоційної логіки. Механізмами захисту в одних випадках є «витіснення», «заміщення», «заперечення» хвороби, в інших – механізм «фіксації» з «втечею в хворобу» і наявність «умовної приємності і бажаності» наявних розладів [34, с. 12].

Отже, онкологічний процес виступає для психічної діяльності в двох аспектах: соматогенному та психогенному. Соматогенні порушення при онкологічній патології можуть розглядатися як найважчий в соматичному плані фактор з комплексом психічної та фізичної астенії, виснаженням, що суттєво впливає на психічну діяльність та формує соматогенні психічні розлади. Психогенний вплив хвороби пов'язаний з діагнозом захворювання, що перетворює лише факт захворюваності в важку психічну травму, яка здатна сформувати психічні порушення психогенно–реактивного характеру.

## **2.2. Вікові та гендерні особливості ставлення онкохворих до своєї хвороби**

Розходження між суб'єктивною оцінкою хвороби і об'єктивними даними найбільш виражені в молодому і похилому віці. У дітей дошкільного віку власна оцінка захворювання ще не сформована, у дітей молодшого шкільного віку вона недостатньо повна, і лише в пубертатному віці наближається до оцінки дорослих. Порівняно з дорослими, діти важче переносять біль і страждання, бояться лікарняного оточення, медичних інструментів і маніпуляцій, хірургічного втручання. Багато в чому реакція дитини на свою хворобу залежать від впливу оточуючих, в першу чергу, батьків і лікарів. Слід враховувати, що діти легко навіювані, легко відволікають увагу, швидко забувають пережите, перемикаються на нову ситуацію [55]. Ці особливості дитячої психіки необхідно використовувати при проведенні лікування як з профілактичною метою, так і з метою усунення порушень.

В підлітковому і юнацькому віці в переживаннях, пов'язаних із захворюванням, центральне місце займає зовнішня непривабливість. Саме до цього віку, як відомо, відноситься виникнення патологічних ідей фізичного

недоліку. Дівчата частіше стурбовані косметичними недоліками, проблемою зайвої ваги, а у хлопців переживання торкаються переважно статевої системи, сексуальної активності. У молодому віці (18–35 років) частіше зустрічаються переоцінка свого здоров'я і недооцінка хвороби, невіра в можливість важкого захворювання, інвалідизації. Перебільшення значущості хвороби буває в тих випадках, коли чітко виступають естетичний і інтимний компоненти переживання соматичної патології.

В зрілому віці виражені психологічні переживання і можливі психічні розлади пов'язані з хронічними, прогностично несприятливими, інвалідизуючими захворюваннями (порушення кровообігу, важкі інфаркти, онкологічні захворювання). Хронічна хвороба, що приводить до інвалідності, може стати причиною краху всіх життєвих планів. Для передстаречого віку (60–74 роки) типові не побоювання втрати працездатності, а страх смерті. Нерідко зустрічаються тривожно–депресивні стани і іпохондричне переживання хвороби. Для старечого віку (75 років і старше) характерне перебільшення важкості захворювання, проте часто зустрічається недооцінка важкості хвороби через зниження критики, інтелектуальної неспроможності, ейфорії, що з'являється унаслідок недостатності кровообігу [75, с. 85-86].

Л. Лешан на основі аналізу психологічних аспектів життя 500 хворих відокремив у них основних моменти:

1. Юність цих пацієнтів супроводжувалась почуттям самотності, відчаю. Занадто велика близькість з іншими людьми викликала у них труднощі і здавалась небезпечною.

2. В ранній період зрілості ці пацієнти або встановили глибокі, дуже значущі для них стосунки, або отримували велике задоволення від своєї роботи. На ці стосунки чи роль вони витрачали всю свою енергію, це стало сенсом їх існування, навколо цього будувалось все життя.

3. Пізніше ці стосунки чи роль зникли з їх життя. Причини були різні – смерть коханої людини, переїзд на нове місце, вихід на пенсію, початок самостійного життя їх дитини. В результаті знову наступає відчай, ніби ці події зачіпають рану, що не загоїлась в молодості.

4. Однією з основних особливостей цих хворих є те, що їх відчай не мав виходу, вони переживали його «в собі», були не здатні вилити свій біль, гнів або ворожість на інших. Люди вважають онкологічних хворих хорошими людьми. Ця м'якість, доброта насправді вказує на їх нездатність повірити в себе, на повну втрату ними будь-якої надії. Втрату тих чи інших стосунків вони сприймають як трагедію, яку в глибині душі весь цей час передбачали. Вони завжди чекали, що це колись закінчиться. І коли це дійсно трапляється, вони кажуть собі: «Я так і знав! Це було занадто добре, щоб бути правдою». Може здаватися, що вони поступово пристосовуються до свого нещастя. Вони продовжують виконувати свої обов'язки, але життя вже втратило свій сенс. Виникає враження, що ніщо більше не тримає їх в цьому житті. Вони просто чекають, коли прийде час вмирати, тому що в цьому вбачають єдиний для себе вихід. Вони готові до смерті, тому в якомусь розумінні вони вже померли [32].

А. Шмейл звертає увагу, що «онкологічні хворі легко здаються, ставляться до складних життєвих ситуацій з почуттям безнадії. Часто подібні ситуації виникають за 6 місяців до того, як у пацієнтів знайшли рак» [33, с. 17].

На основі узагальнення описаних результатів дослідження особистості людей, хворих на рак, Х. Айкер виділив психологічні характеристики хворих на рак кишківника, що є передумовою захворювання. Такі хворі:

- ставлять інтереси інших людей вище за свої;
- беруть на себе неспроможну відповідальність за все і всіх;
- мають високий рівень домагань, прагнення до досконалості, але не реалізують себе як особистість;
- мають прагнення до захисту, підтримки сильної особистості, що часто призводить до залежності від неї;
- мають тенденцію сильно емоційно реагувати на стресові чинники, але не виражати почуття зовнішньо, а переживати їх ізольовано від інших (один з аспектів прагнення до досконалості) [1, с. 62].

К. Саймонтон, С. Саймонтон [75] вважають, що негативний вплив стресу на імунну систему залежить не тільки від складності зовнішніх подій, а й від того, як людина інтерпретує їх, переживає, а також чи є

цей стрес хронічним. Вони виділяють 5 етапів розвитку психологічного процесу, що передуює виникненню раку:

1. Дитячі переживання, що призводять до формування певного типу особистості.

2. У житті людини відбуваються драматичні події, які викликають стрес. Дані С. Зінкович [33] свідчать, що часто виникненню раку передуює сильний стресовий стан. Іноді за короткий час людина переживає декілька стресових ситуацій. Найбільш глибоко впливають на людину ті події, які погрожують її особистісній самоідентифікації. До них відносяться смерть близької людини, вихід на пенсію, втрата значущої для людини ролі.

3. Стресові ситуації ставлять перед людиною проблему, яку вона не може вирішити. Це не значить, що цю проблему породжує стрес. Вона виникає, оскільки людина не може подолати стрес, не порушуючи встановлених нею правил поведінки та не виходячи за межі обраної ролі.

4. Не усвідомлюючи можливості змінити правила поведінки, людина відчуває свою безпорадність та неможливість вирішення ситуації, що склалася. Оскільки несвідомі уявлення про те, як «повинно бути», багато в чому визначають особистісну самоідентифікацію цих людей, вони можуть взагалі не уявляти, що щось в їх житті можна змінити – вони можуть навіть відчувати, що значно змінюючи себе, вони втрачають своє «я».

5. Людина відмовляється від розв'язку проблеми, втрачає гнучкість, здатність змінюватись та розвиватись. Коли людина втрачає віру, вона не намагається чогось досягнути. Такий процес не викликає рак, але дозволяє йому розвинути. Втрата інтересу до життя відіграє вирішальну роль у впливі на імунну систему та може через зміни гормональної рівноваги призвести до підвищеного утворення атипичних клітин. Цей стан створює фізичні передумови для розвитку раку [75].

Зрозуміло, що на виникнення онкологічного захворювання впливають як психічні переживання, розлади, преморбідні характерологічні особливості людини, так і стан імунної системи організму, що залежить від характеру впливу стресів, а саме особливостей реагування на них. Психокорекційні та

психотерапевтичні дії, спрямовані на компенсацію зазначених особливостей особистості, розвиток особистісних вмінь та навичок, які підвищують здатність ефективно долати стресові ситуації не тільки продовжують життя онкологічних хворих, а підвищують його якість.

### **2.3. Психологічні передумови та фактори конструктивної зміни ставлення онкохворого до своєї хвороби**

Під час дослідження онкологічного захворювання доцільно звертати увагу і зусилля не тільки на лікування та збільшення тривалості життя хворих на рак, а й запобігання цих хвороб. Це завдання можна реалізувати завдяки глибокому вивченню причин виникнення раку. Відомо, що рак розвивається через канцерогенні речовини, генетичні схильності, радіацію, неправильне харчування. Всі ці фактори можуть сприяти виникненню захворювання, хоча жоден з них сам по собі повністю не пояснює, чому на рак захворює конкретна людина в конкретний період життя. Деякі дослідники намагаються це пояснити за допомогою аналізу психологічних передумов виникнення раку.

Рак кишківника є однією з найбільш небезпечних і смертельних форм раку. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), він вражає 10–15% населення [80]. Рак кишківника розвивається, коли клітини товстої кишки ростуть безконтрольно і викликають появу горбків у слизовій оболонці товстої кишки. Як і у випадку з іншими видами раку, він може швидко атакувати організм і привести до проблем. Існує високий ризик розвитку цього виду раку, якщо у хворого є поліпи в товстій кишці, сімейна історія хвороби, або якщо він страждає на виразковий коліт. Своєчасне виявлення і лікування можуть збільшити тривалість життя тих, хто страждає на цей різновид раку.

Останнім часом все більшого поширення набуває думка про необхідність психосоматичного підходу до будь-якого захворювання. Н. Пезешкіан [62] стверджує, що онкологічні захворювання також мають психосоматичну природу. Імунна система тісно пов'язана з виникненням онкологічного захворювання, тобто від захисних сил організму залежить як себе поведуть



клітини – «спокійно» чи починають швидко розмножуватись. Відомо, що захисні сили організму послаблюються душевними травмами, тобто емоції також можуть впливати на виникнення раку. Завдячуючи багатьом науковим дослідженням, важлива роль психічних факторів у виникненні онкологічних захворювань є безперечною. І цей факт важливий не тільки для виникнення, маніфестації та росту пухлини, але й для її зменшення та лікування.

На думку П. Сидорова, О. Парнякова [78], рак обумовлюється такими психологічними чинниками, як:

1. Певні типологічні особливості характеру особистості – головним фактором формування патології є психологічна деформована особистість, яка обумовлює зтяжний, гіпертрофований та збочений тип психологічного реагування, становлення хронічного емоційного напруження.

2. Ситуаційні фактори – на першому місці розташовується настільки довгий вплив психологічно несприятливих життєвих умов, що навіть розвинені можливості захисного резерву (особистісного чи біологічного) не захищають від формування органічних наслідків соматичних систем. Тільки спільність особистісних особливостей і певних властивостей соматичних систем (конституція, спадковість, вік, стать, характер попередніх захворювань та певна дефектність регуляційних і виконавчих механізмів організму) робить реальним становлення тієї чи іншої хворобливої структури.

Особливого інтересу набуває питання про вплив психологічних переживань, розладів та преморбідних характерологічних особливостей людини на утворення онкологічного процесу. К. Балицький, Ю. Шмалько [6] вказують, що роль психологічного фактору у виникненні та розвитку злоякісних пухлин вивчалася представниками античної медицини. У 1701 р. Г. Гендрон писав, що пацієнти з ознаками глибокої депресії та тривожності частіше хворіють на рак. Р. Гай у 1759 році прийшов до висновку, що рак кишківника переважає у пацієнтів, які відрізняються істеричністю та нервовим виснаженням меланхолічного характеру. С. Барроус у 1767 р. висунув гіпотезу, що причиною раку можуть бути тривожні спалахи свідомості впродовж тривалого часу. Ф. Іноземцев вважав, що хворобливого

стану кровоносної системи ще недостатньо, для цього потрібен хворобливо роздратований стан нервової системи [24, с. 46].

У зарубіжних психологічних дослідженнях певні типологічні особливості характеру онкологічних хворих інтерпретуються з позицій психоаналізу та екзистенціалізму. С. Бекон, Р. Бенекер, М. Катлер вважають, що хворим на рак кишківника притаманні: а) мазохістський характер; б) придушене почуття материнства; в) придушена сексуальність, виражена у фригідності; г) нездатність виражати свій гнів та ворожість; д) вроджений конфлікт з матір'ю (незважаючи на зовнішню прихильність до неї), виражений в механізмах заперечення та жертвності; е) довгий період небажання лікуватися; є) вроджений мотив саморуйнування, який реалізується в рак [37, с. 51].

Н. Непомнящая пише, що людям, які схильні до онкологічних захворювань, властива інфантильність. «Особливостями такої інфантильності є зниження, послаблення емоційного та, певною мірою, раціонального сприйняття і реагування на події ситуації, які несуть в собі об'єктивну погрозу «душевному комфорту» (поріг емоційного і раціонального сприйняття й реагування по відношенню до таких подій є вищим за норму). Такі люди, реагуючи більше на зовнішні несерйозні неприємності, не сприймають адекватно сутність (особливо приховану) серйозних ситуацій, подій та неадекватно емоційно реагують на них» [58, с. 136]. Ця інфантильність сильно проявляється в різних специфічних особливостях психіки особистості (специфіці позицій, емоційній, раціональній, ціннісній). Такі хворі часто бувають капризними, впертими, роздратованими, їм властиве небажання, або нездатність оцінити важкість захворювання. Інфантильність не є наслідком хвороби, а притаманна особистості до хвороби, і найчастіше пов'язана з особливостями виховання в сім'ї, позиції в ній дитини.

Н. Блінов, В. Чулкова вважають, що онкологічним хворим притаманний комплекс рис особистості типу «С», що включає соціабельність. Такі люди здаються соціально пристосованими до життя: дисципліновані, врівноважені, реалістичні, підтримують гармонійне ставлення до оточуючого світу. Вони погоджуються з авторитетами, контролюють свої почуття, але за такою

поведінкою ховається хронічний дистрес [12]. Для того, щоб бути бездоганними та відповідати вимогам оточуючих, вони не стежать за своїм здоров'ям, не вміють розслабитися та виражати свої почуття та вимоги.

В. Волков, О. Стреліс вказують на стан довгого емоційного напруження у таких хворих, яке вони не проявляють, нікому не довіряють, ховають в собі з причин страху, сором'язливості, замкненості, норм поведінки суспільства [20]. На людей, які виражають свої негативні почуття, стрес впливає менше, і вони швидше встановлюють свій стан рівноваги. Придушення почуттів і конфліктів підвищують ризик захворюваності на рак. К. Балицький, Ю. Шмалько [6] підкреслюють, що труднощі у вираженні емоцій гніву, злості, роздратування та образи компенсуються за допомогою алкоголю, куріння та переїдання. Таке життя є фактором ризику виникнення онкологічного захворювання, але потрібно розуміти і психологічний зміст такої поведінки.

Х. Ісенч довів, що «розвиток раку пов'язаний з такими особливостями особистості, як емоційна лабільність, екстраверсія, аномальне вираження емоцій (придушення емоцій), а також депресія і безнадійність» [10, с. 21]. Меланхолія та депресія сприяють виникненню злоякісних пухлин. «Існує психологічна «підготовленість ґрунту» до розвитку раку. Рак кишківника часто є «пасивним самогубством» в результаті почуття провини та депресії. Стриманість прояву емоцій, придушення статевих інстинктів можуть бути віднесені до етіологічних факторів розвитку раку кишківника» [10, с. 22]. Цьому захворюванню часто передують довгі депресії та дисфорії.

Е. Еванс, спираючись на дослідження 100 ракових хворих, робить висновок, що за короткий термін до початку розвитку хвороби багато з них втратили значущі для них емоційні зв'язки. Всі онкологічні хворі відносяться до психологічного типу, який пов'язує себе з будь-яким одним об'єктом чи роллю (з людиною, роботою, будинком), а не розвиває власну індивідуальність. «Коли цьому об'єкту або ролі починає погрожувати небезпека, чи вони просто зникають, то такі пацієнти залишаються ніби наодинці, і при цьому у них відсутні навички, які допомагають долати подібні ситуації» [27, с. 363]. Рак стає симптомом існування нерозв'язаних проблем в житті хворої людини.

Однією з найважливіших причин виникнення хвороби є ситуаційні фактори, тобто стан природного захисту організму. Мова йде про імунну систему організму, що уважно спостерігає за появою будь-яких атипових клітин і руйнує їх. Значить, для того, щоб з'явився рак, робота імунної системи має бути якимось чином порушена. Г. Сельє довів, що емоції можуть викликати захворювання. Фрейдиська психосоматична школа дає пояснення виникненню захворювання: моральні страждання, афективне напруження заміщуються фізичним захворюванням. «Фізичне захворювання є «тілесним вираженням» психіки, представляючи собою несвідому мотивацію таким шляхом уникнути важкого психологічного стану, спосіб повернути соматичним стражданням до себе увагу. Важкий психологічний стан характеризується сильним емоційним напруженням, що викликається стресом» [28, с. 41].

У 1920–40 роки зусиллями клініцистів Ф. Мільруда, І. Рудницького, Г. Биховського був зібраний великий статистичний матеріал, який дозволив підтвердити, що психоемоційний стресовий вплив є суттєвим моментом у виникненні злоякісних новоутворень. Стосовно раку кишківника факт наявності цього захворювання розглядається як «особливий вид психічної травми з категорії величезних психічних збудників» (О. Гнезділов), «подвійна психічна травма» – наявність раку та необхідність видалення пухлини (В. Семіглазов), «величезний стрес» (В. Узунова).

К. Саймонтон, С. Саймонтон [75] вважають, що діяльність організму, спрямована на подолання важкої стресової ситуації, може знижувати опір хворобам, особливо, якщо людина при цьому обирає неправильні способи подолання свого стресу, що не відповідають проблемам, які треба розв'язати. Якщо зовнішні фактори потребують занадто багато зусиль – у людини може не вистачити сил для боротьби з захворюванням. Це пояснюється 3-фазовістю реакції на стресову ситуацію: 1 фаза – сигнал тривоги, коли організм мобілізує свої джерела енергії на захист; 2 фаза – стадія резистентності, коли збільшується обороноздатність організму, людина адаптується до дії стресу та знаходиться по відношенню до нього в певній рівновазі; 3 фаза – стадія

виснаження, при якій організм вже не має джерела енергії. Відтак сильний емоційний стрес підвищує сприйнятливність організму до захворювання.

Онкологічне захворювання, на думку М. Івашкіної, виникає внаслідок дії психосоціальних стресорів, таких як: «соціальна невлаштованість, зміни соціального статусу, урбанізація, географічна і соціальна мобільність, ситуація трудової зайнятості, незадоволення роботою, драматичні життєві події та кризи. Ці стресори можуть стати пусковими факторами у розвитку захворювання» [34, с. 11]. Т. Марилова [47] вказує, що в генезі та динаміці онкологічного захворювання головну роль відіграють важкі сімейні конфлікти, ізолюваність, почуття невизначеності, смерть близької людини, конфлікти амбіцій та ін.

Дослідниця О. Досталова виділяє такі психосоціальні фактори, що можуть спровокувати рак:

1. Драматичні події в дитинстві, головним чином, втрата близьких (у цей час не менш драматичною може стати втрата довіри до дорослого).

2. Наступні втрати близьких (якщо наступні втрати нашаровуються на болючі переживання, пов'язані з дитинством, то нова рана виникне там, де не загоїлась ще стара).

3. Канцерофобія (спостерігається досить часто у тих, хто в своєму житті якийсь час знаходився у близькому контакті з хворим, що страждав від раку).

4. Втрата своєї життєвої концепції (у кожної людини є свій ідеал, своє уявлення про життєві цілі, але під тиском життєвих обставин людина не може досягнути всього, чого бажає, внаслідок чого виникає фрустрація та розчарування, які іноді досягають такого рівня, що життя втрачає будь-який сенс; причини розчарування бувають різні:

- втрата ілюзій, пов'язаних зі шлюбом;
- втрата соціального положення;
- розчарування в дітях (від'їзд за кордон, їх негативізм стосовно батьків, брутальність, вибір сумнівного шляху в житті).

5. Фінансові труднощі (надмірне перевантаження свого фізичного і психічного стану з метою заробити якомога більше грошей, праця не тільки на своїй основній роботі, а й на інших місцях, призводять до захворювання).

6. Втрата сенсу життя (проявляється насамперед в дефіциті інтересів, а також міжособистісних контактів та появи відчуття своєї непотрібності для оточуючого суспільства).

7. Небажання розв'язувати свої життєві проблеми [28].

Один з вище зазначених психосоціальних факторів може спровокувати рак тільки в тому випадку, якщо людина вибирає неправильне реагування на нього. Типовою реакцією на емоційний стрес для онкохворих є пасивність, безнадійність, безпорадність. Н. Непомнящая пише, що «поява онкологічного захворювання пов'язана з неадекватним реагуванням на стресові ситуації в зв'язку з інфантильністю, яка під час захворювання поглиблюється і може викликати продовження хвороби» [58, с. 140].

Отже, у формуванні суб'єктивного ставлення до раку приймають участь багато факторів. Одним з провідних є преморбідно–особистісні особливості хворого. Змінюючись під впливом віку, статі, професії, стресових ситуацій, локалізації та характеру хворобливого процесу, наявності метастазів, вони можуть загострюватись і служити прогностичним орієнтиром у визначенні характеру психогенних реакцій при захворюванні, їх інтенсивності, а також вибору найбільш адекватного, а значить, ефективного виду терапії під час стаціонарного лікування осіб, хворих на рак.

## **Висновки до розділу 2**

На поведінку і реакцію хворого під час хвороби насамперед впливає структура ставлення особистості до хвороби. В основі психологічного реагування особистості на хворобу лежать різні типи особистісного реагування на хворобу: адекватна (гармонійна) реакція; перебільшення тяжкості захворювання; недооцінка тяжкості захворювання, включаючи заперечення факту хвороби (анозогнозію); усвідомлене спотворення оцінки хвороби (агравация, симуляція, дисимуляція). У більшості хворих соматичного профілю реакції на хворобу носять адекватний характер і піддаються свідомому контролю й корекції. Під адекватною реакцією особистості на хворобу

розуміють здатність пацієнта, визнаючи факт хвороби і правильно оцінюючи тяжкість свого стану, мобілізуватися на боротьбу з нею. При несприятливому перебігу хвороби адаптується до нових умов життя, а при важкому вітальному прогнозі хворий розумно й конструктивно відноситься до неминучого.

Упродовж лікування у хворих на рак кишківника спостерігаються психогенні реакції, динаміка та ступінь вираженості яких пов'язані не тільки з етапами основного лікувального процесу, але й залежать як від важкості загальносоматичного стану, ступеня розповсюдження та локалізації патологічного процесу, так і від преморбідних особливостей хворих. Оцінюючи психологічний стан, психологи та психіатри приділяють увагу не тільки ситуативному стану організму, але й дають оцінку соціальному оточенню щодо відновлення здоров'я в онкологічних хворих.

Особистість хворих на рак кишківника слід розглядати з позицій сприймання онкологічного захворювання як психологічної кризи, наслідком якої є прагнення до самоізоляції, постійна тенденція до депресії, відчуття малоцінності, непотрібності, придушена сексуальність та уникнення статевої близькості, суїцидальні ідеї та звуження кола актуальних мотивацій. Упродовж лікування у хворих на рак кишківника спостерігаються різні психогенні реакції, динаміка та ступінь вираженості яких пов'язані не тільки з етапами лікувального процесу, а й залежать як від важкості загальносоматичного стану, ступеня розповсюдження патологічного процесу, так і від преморбідних особливостей особистості (властивостей темпераменту та особливостей характеру) та соціально–конституціональних параметрів (впливу статі, віку, професії). Вікові особливості онкологічних хворих в практиці здебільшого не враховуються, тоді як вони визначають специфічні особливості сприймання захворювання, ставлення до хвороби, рівень депресії та якості життя, характер страхів, дослідження яких дозволяє більш досконало вивчити особистість хворого на рак кишківника, а значить розробити відповідні рекомендації.

## **РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ СТАВЛЕННЯ ОНКОХВОРОГО ДО ВЛАСНОЇ ХВОРОБИ**

### **3.1. Психодіагностичні інструменти та засоби дослідження ставлення онкохворого до власної хвороби**

Однією з найбільш значущих практичних проблем сучасної психології у дослідженні захворювання є діагностична, яка полягає у розробці об'єктивних та достовірних критеріїв дослідження психічних станів людини та кваліфікації їх як психологічних феноменів чи психопатологічних симптомів. Вибір методів дослідження соматичних хворих обумовлений завданнями дослідження.

У виборі діагностичних методів дослідження ми орієнтувалися як на аналіз даних, що існують в літературі. Методи підбиралися так, щоб, з однієї сторони, їх результати найбільш повно доповнювали картину психологічного стану особистості під час хвороби, а з іншої – могли вказувати на вибір та застосування певних психологічних засобів з метою покращення стану хворої. Акцент діагностичного дослідження був зроблений на вивченні таких психологічних особливостей особистості, як суб'єктивне ставлення до хвороби, рівень депресії та оцінка якості життя.

Спрямованість на вивчення саме особистості хворого на рак кишківника пов'язана з тим, що одним з основних завдань дослідження є розробка рекомендацій щодо оптимізації ставлення до хвороби. При такій хворобі не етично було б, на нашу думку, коригувати стан пізнавальної діяльності хворого, тому зусилля краще спрямувати у напрямку подолання негативних психологічних проявів особистості, що знижують якість життя.

Завданнями емпіричного дослідження були: обґрунтувати методичні основи діагностики психологічних особливостей хворих на рак; вивчити за допомогою визначених методів психологічні особливості ставлення до захворювання хворих на рак кишківника на передопераційному етапі. Вивчення особливостей ставлення до захворювання хворих на рак кишківника на передопераційному етапі захворювання відбувалося на основі спеціально розробленого комплексу взаємопов'язаних методів, серед яких: спостереження,



клінічна бесіда, методика діагностики депресії, особистісний опитувальник діагностики типу ставлення до хвороби, методика вивчення якості життя.

Метод спостереження використовувався на першому етапі з метою вивчення особливостей поведінки, ставлень та реакцій хворих в різних ситуаціях. Результати спостереження дозволили знайти індивідуальний підхід до особистості кожної хворої, створити позитивний клімат в спілкуванні в системі «хвора – психолог».

Метод клінічної бесіди з лікарями та хворими широко використовувався в нашому дослідженні. Бесіда з лікарями дозволяла з'ясувати психологічні особливості реагування хворих на свою хворобу, операцію та лікування. Бесіда з хворими виконувала декілька функцій.

По–перше, вона дозволяла якнайшвидше вступити в продуктивний діалог з хворими. Це є дуже важливим, оскільки більшість онкохворих не звикли вирішувати свої психологічні проблеми за допомогою психолога, тому що їх поведінка обумовлюється двома стереотипами: «сильна людина повинна самостійно вирішувати свої проблеми» і «якщо зі мною працює психолог, значить я – психічно ненормальна людина». Клінічна бесіда в цьому випадку допомагала на основі поступового переходу від медичних питань до психологічних зняти психічне напруження і переконати хворих в тому, що їм потрібна психологічна допомога з боку фахівця.

По–друге, клінічна бесіда з хворими виконувала діагностичну функцію, завдяки якій ми з'ясовували вік хворих, їх інтелектуальний рівень, сімейний стан та психологічні особливості реагування на хворобу.

По–третє, клінічна бесіда обов'язково виконувала психокорекційну функцію, а саме подавала надію, розвіювала страхи та знімала емоційне напруження. Тривалість бесіди залежала від конкретної ситуації, її форма та характер визначалися віком, інтелектуальним рівнем, сімейним станом, ступенем розповсюдженості злякисного процесу.

Наша клінічна бесіда складалася зі стандартизованих питань. Ми використовували (з певною модифікацією) клінічну бесіду Т. Марилової, яка включає такі запитання:

- 1) З якого часу ви вважаєте себе хворою?
- 2) Чи самотійно ви знайшли пухлину?
- 3) Коли ви звернулись до лікаря після появи підозри про наявність онкологічного захворювання?
- 4) Чи існує зв'язок основного захворювання з психічною травматизацією чи стресовою ситуацією?
- 5) Як ви емоційно реагуєте на факт захворювання?
- 6) Як на наявність вашого захворювання реагують ваші близькі люди?
- 7) Які існують джерела отримання психологічної підтримки?
- 8) Як ви ставитесь до операції та можливих її наслідків?
- 9) Які у вас плани на майбутнє?

Клінічна бесіда має багато переваг, але вона не завжди може надати об'єктивні дані про наявні психологічні проблеми, які має хворий.

Для доповнення клінічної картини психологічних проявів хворих на рак кишківника були використані інші діагностичні методи. За даними Т. Морріс, хворі на рак перед операцією та впродовж 2 років після неї мають депресію. Саме тому була безперечна необхідність вивчити рівень депресії у хворих на рак кишківника за допомогою методики диференційної діагностики депресивних станів Н. Зунге. Методика складається з 33 запитань, серед яких є такі, що спрямовані на виявлення класичних симптомів депресії, а також ті запитання, які стосуються конкретно хворих на рак кишківника (переважно їх сексуальної сфери життя: «Я відчуваю себе так, начебто я залишилася без чогось дуже важливого для мене», «Я уникаю сексуальних стосунків зі своїм партнером/партнеркою», «Я цікавлюсь сексом, як і колись», «Я боюся повторення хвороби»). Необхідність таких запитань пов'язана з тим, що, за дослідженнями Т. Морріс, перед операцією та через 4 місяці 27 % таких хворих мають серйозні сексуальні проблеми, а через рік 23 % все ще відчувають помірні, а 10 % – серйозні сексуальні проблеми.

Повне тестування з інтерпретацією тривало 10–15 хв. Рівень депресії визначався за сумою закреслених цифр «прямих» висловлювань № 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 19, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 та цифр,

«непрямих» закресленим висловлюванням № 1, 7, 8, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 26. Наприклад, у висловлюванні № 1 закреслена цифра 0, ставимо в суму 3 бали, у висловлюванні № 6 закреслена цифра 3, ми ставимо в суму 3 бали і так далі.

В результаті ми отримали показники депресії хворих на рак кишківника від 1 до 65 балів, за якими виділили такі рівні депресії:

- 1 – 6 балів – депресія відсутня;
- 7 – 18 балів – мінімальна депресія;
- 19 – 33 – легка депресія;
- 34 – 50 – помірна депресія;
- 51 – 65 – виражена депресія.

Така диференціація депресивних станів дозволяла найточніше визначити рівень депресії хворих на рак кишківника та його зміни впродовж лікування. Бланк цієї методики представлений в додатку А.

Опитувальники дуже зручні для комплексної оцінки психічного стану хворих на рак кишківника в синдромальних категоріях. Нами був використаний особистісний опитувальник Бехтеревського інституту з метою діагностики патерну ставлень до хвороби, лікування, лікарів та медперсоналу, рідних та близьких, оточення, роботи, самотності та майбутнього, а також до своїх вітальних функцій (самопочуття, настрою, сну, апетиту).

Типологія реагування особи на захворювання створена А. Лічко, Н. Івановим на основі оцінки впливу трьох факторів: природи безпосередньо соматичного захворювання, типу особистості, в якому найважливішу складову частину визначає тип акцентуації характеру, та ставлення до даного захворювання у референтній для хворого групі. Типи об'єднані за блоками. Перший блок включає типи ставлення до хвороби, при яких соціальна адаптація суттєво не порушується: гармонійний, ергопатичний та анозо–гнозичний типи. У другий та третій блоки входять типи реагування на захворювання, що характеризуються наявністю психічної дезадаптації в зв'язку з захворюванням. При цьому другий блок включає типи ставлення переважно з інтрапсихічною спрямованістю (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний та апатичний). Емоційно–афективна сфера ставлень у хворих з

такими типами реагування клінічно проявляється у дезадаптивній поведінці: реакціях за типом дратівливої слабкості, тривожному та пригніченому станах, «уходом» в хворобу, відмові від боротьби. У третій блок входять типи реагування з інтерпсихічною спрямованістю. Цей блок включає такі типи ставлення до хвороби, які переважно залежать від преморбідних особливостей особистості хворих: сенситивний, егоцентричний та паранояльний. Хворі з цими типами ставлення до захворювання при різних емоційно-афективних реакціях на хворобу також характеризуються дезадаптивною поведінкою, що призводить до порушення їх соціального функціонування.

Час заповнення опитувальника необмежений, але в середньому займає 10 – 15 хв. За допомогою цього опитувальника можуть бути діагностовані наступні типи ставлень:

1. Гармонійний (Г). Узгоджена оцінка свого стану без схильності перебільшувати його важкість, або сприймати все песимістично, але й без недооцінки наслідків своєї хвороби. Прагнення у всьому активно співдіяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших своїм станом. Вміння переключати свої інтереси на ті галузі життя, які є ще доступними. При несприятливому прогнозі – зосередження уваги, піклування та інтересів на житті близьких, своїй справі.

2. Тривожний (Т). Безперервне хвилювання відносно несприятливого протікання хвороби, можливих ускладнень, неефективності і небезпечності лікування. Пошук нових способів лікування, додаткової інформації про хворобу, можливі ускладнення, методи лікування. У порівнянні з іпохондрією цікавлять об'єктивні дані про хворобу (результат аналізів, висновки фахівців), а не власні відчуття, тому схильні більше слухати висловлювання інших, ніж скаржитися. Настрій тривожний, пригніченість, як наслідок цієї тривоги.

3. Іпохондричний (І). Зосередження на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про них оточуючим. На їх основі перебільшення дійсних та пошук неіснуючих хвороб та страждань. Перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватися

та невіри в успіх, вимог прискіпливого обстеження та боязні шкоди лікувальних процедур.

4. Меланхолічний (М). Невіра у видужання, можливе покращення, ефект лікування. Активні депресивні висловлювання щодо суїцидних думок. Песимістичний погляд на все навколо. Невіра в успіх лікування, навіть при сприятливих об'єктивних даних.

5. Апатичний (А). Повна байдужість до своєї долі, протікання хвороби, результатів лікування. Пасивне підкорення процедурам та лікуванню при наполегливому спонуканні зі сторони. Втрата інтересу до всього, що раніше хвилювало.

6. Неврастенічний (Н). Поведінка за типом «дратівливої слабкості». Спалахи роздратування, особливо при болях, неприємних відчуттях, невдачах лікування, несприятливих даних обстеження. Дратівливість часто виливається на будь-кого та закінчується каяттям та слізьми. Нетерплячість больових відчуттів, нездатність очікувати полегшення. В майбутньому – каяття за надмірне хвилювання та нестриманість.

7. Обсесивно-фобічний (О). Тривога стосується насамперед страхів нереальних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих (але мало обгрунтованих) невдач в житті, на роботі, в сім'ї в зв'язку з хворобою. Небезпечність, що уявляється, хвилює більше, ніж дійсність. Захистом від тривоги стають прикмети та ритуали.

8. Сенситивний (С). Надмірна стурбованість про можливе неприємне враження, яке може виникнути у оточуючих в наслідок отримання ними інформації про хворобу. Тривога, що оточуючі стануть уникати, вважати неповноцінними, зневажати, розповсюджувати плітки або несприятливу інформацію про причини та природу захворювання. Страх стати тягарем для близьких та недобррозичливого ставлення з їх сторони в зв'язку з цим.

9. Егоцентричний (Я). «Заглиблення в хворобу». Демонстрація перед близькими та оточуючими своїх страждань та переживань з метою привернути до себе увагу. Вимога виключного піклування – всі повинні забути, кинути все, щоб піклуватися тільки про хвору. Розмови оточуючих швидко переводяться на

себе. В інших людях, що потребують уваги та піклування, бачать тільки «конкурентів» та ставляться до них з нетерплячістю. Постійне бажання показати своє особливе положення, свою виключність відносно хвороби.

10. Ейфоричний (Ф). Необгрунтовано підвищений настрій, часто награний. Легковажне ставлення до хвороби та лікування. Бажання отримувати від життя все, незважаючи на хворобу. Легкість порушення режиму, хоча ці порушення можуть негативно впливати на протікання хвороби.

11. Анозогнозичний (З). Активне відкидання думки про хворобу, можливі її наслідки. Заперечення очевидного в проявах хвороби, приписування їх випадковим обставинам та іншим несерйозним захворюванням. Відмова від обстеження та лікування, бажання «обійтися своїми силами».

12. Ергопатичний (Р). «Заглиблення в роботу від хвороби». Навіть при важкості хвороби та стражданнях намагаються продовжувати працювати. Працюють з завзятістю, з ще більшим запалом, ніж до хвороби, роботі віддають увесь свій час, намагаються лікуватися та обстежуватися так, щоб це залишало можливість для продовження роботи.

13. Паранояльний (П). Впевненість, що хвороба – це результат злого наміру якоїсь людини. Поза межні підозрілість до ліків та процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування та побічні дії ліків недбалості чи злему наміру лікарів та медперсоналу. Звинувачення та вимоги покарання в зв'язку з цим.

Система ставлень, пов'язаних з хворобою, може не вклатися в один з описаних типів. В такому випадку мова може йти про змішані типи, особливо близькі за картиною (тривожно–обсесивний, ейфорично–анозогнозичний, сенситивно–ергопатичний). Але система ставлень може взагалі не скластися в єдиний патерн – тоді ні один з описаних типів не може бути діагностований.

Розкодування зручно робити за допомогою графіку, де по абсцисі вказані символи типів, а по ординаті – хрестиками бали, що були обрані в кожному з типів. Кожний буквенний символ дає 1 бал на користь певного типу: Г – гармонійного, Т – тривожного і так далі. Два та більше символів за один вибір, наприклад ТН, ЗФ, означає, що по одному балу нараховується до кожного з цих

типів. Подвійні символи, ПП, РР, означають, що нараховується по два бали до типу. Діагностика типу відбувається у відповідності з такими правилами:

1) Діагностуватися можуть тільки такі типи, у відношенні яких набрано число балів, яке досягає або переважає мінімальне діагностичне число для даного типу. Мінімальні діагностичні числа для різних типів неоднакові:

тип ставлень	Г	Т	І	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
мінімальне	7	4	3	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3
діагностичне число													

2) Якщо мінімальне діагностичне число досягнуто або перевищено в декількох типах, діагностуються 2 – 3 типи, де перевищення найбільше. Якщо це зробити не вдається, то жодний тип не діагностується.

3) Гармонійний тип діагностується тільки в тому випадку, якщо згідно першому та другому правилам не діагностується ніякий інший тип. У поєднаннях гармонійний тип не діагностується.

Текст опитувальника представлений у додатку Б.

Вивчення якості життя проводилось на основі методики вивчення якості життя хворих на рак Є. Дьоміна, В. Чулкової, Н. Блінова. Вона складалася з 10 питань і дозволяла за короткий термін та без зайвих зусиль побачити задоволеність хворими на рак різними аспектами своєї життєдіяльності. Така інформація є важливим доповненням до даних, які здобувалися за допомогою тесту та опитувальника. В результаті був визначений рівень якості життя, який коливався від 10 до 100 балів: 10 – 30 – високий рівень якості життя; 31 – 65 – середній рівень якості життя; 66 – 100 – низький рівень якості життя. Час виконання методики – 5–10 хв. Її зміст представлений у додатку В.

Дослідження проводилось на базі Тернопільського обласного клінічного онкологічного диспансеру (ТОКОД). Групою досліджуваних були обрані хворі на рак кишківника, які вирізняються вираженими психологічними проявами, пов'язаними з наявністю злоякісного пухлинного процесу. Психологічне дослідження проводилося в умовах стаціонару.

Емпіричну вибірку утворили 45 осіб – чоловічої (26 осіб) та жіночої (19 осіб) статі. Освітній рівень абсолютної більшості хворих був середній та

вищий. Вік хворих коливався від 35 до 73 років. Незважаючи на те, що рак кишківника діагностується в людей, починаючи з 18 років, нами був обраний саме такий віковий період в зв'язку з тим, що більша частина хворих, яка лежить в стаціонарі, має вік від 35 до 73 років. Вивчення досить широкого вікового діапазону надало нам можливість визначити психологічні особливості ставлення до захворювання хворих на рак кишківника різних вікових груп, серед яких: 35–45 років, 46–55 років, 56 і більше; а значить розробити певні психологічні рекомендації для кожної з них.

Хворим різного віку була запропонована анкета з певним рядом емоційних переживань (страх зміни стосунків з іншими людьми, страх бути тягарем для близьких, страх болю, можливої непрацездатності, смерті, порушень стосунків з партнером, страх повторення хвороби, хвилювання з приводу свого зовнішнього вигляду), серед яких вони повинні були вибрати ті, які найбільше їх турбують.

В результаті цього дослідження було визначено, що хворі на рак кишківника від 35 до 45 років найбільше хвилюються з приводу майбутнього зовнішнього вигляду та порушення стосунків з партнером (особистісних та сексуальних); хворі від 46 до 55 років частіше концентрують свою увагу на втраті працездатності, зміні стосунків з людьми та боязні бути тягарем для близьких; у хворих від 56 до 73 років переважає страх самотності, смерті, а також страх бути тягарем для інших. Цікаво те, що переважну більшість хворих незалежно від їх віку хвилює страх повторення хвороби.

За описаними методиками були визначені показники рівня депресії, якості життя та типу ставлення до хвороби різних вікових груп хворих на рак кишківника (35–45 років, 46–55 років та 56 і більше років), аналіз яких дозволив зробити висновок про психологічні особливості ставлення до захворювання хворих різного віку на передопераційному етапі. Кількість учасників емпіричного дослідження складала 45 хворих на рак кишківника.

Порівняння показників депресії хворих на рак кишківника різних вікових груп, визначених в нашому дослідженні (табл. 3.1), свідчить про те, що в 35–45



років діагностується найбільша кількість хворих, які взагалі не мають депресії (13,2 %), тоді як в 46–55 та 56 і більше років цей показник знижується до 6,6 %.

Таблиця 3.1

**Показник рівня депресії хворих на рак кишківника у різних вікових групах на передопераційному етапі захворювання (у %)**

Рівень депресії	Емпірична вибірка		
	35–45 років	46–55 років	56 і більше років
	%	%	%
Відсутня	13,2	6,6	6,6
Мінімальна	23,1	19,8	13,2
Легка	39,6	26,4	59,4
Помірна	23,1	33	19,8
Виражена	0	13,2	0

За нашими дослідженнями рівня якості життя хворих на рак кишківника, високий рівень якості життя спостерігається в хворих віком 56 і більше років у 23,1 % випадків, тоді як в 35–45 років цей показник зменшується до 9,9 % (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Параметри оцінки рівня якості життя хворих на рак кишківника на передопераційному етапі захворювання (у %)**

Рівень якості життя	Емпірична вибірка		
	35–45 років	46–55 років	56 і більше років
	%	%	%
Високий	9,9	13,2	23,1
Середній	89,1	56,1	52,8
Низький		29,7	23,1

Ми намагалися з'ясувати характер психогенних реакцій та суб'єктивного ставлення до захворювання хворих на рак кишківника, та визначити особливості типів ставлення до хвороби залежно від віку онкологічних хворих.

За результатами дослідження, в 35–45 років у хворих на рак кишківника найчастіше спостерігається ергопатичний тип ставлення до хвороби (52,8 %), тоді як в 46–55 років – на першому місці стоїть тривожний тип ставлення (49,5%), obsesивно-фобічний (39,6 %) і тільки потім ергопатичний (33 %).

**Показники типу ставлення до захворювання хворих  
на рак кишківника на передопераційному етапі (в %)**

Типи ставлення до захворювання	Емпірична вибірка		
	35–45 років	46–55 років	56 і більше років
	%	%	%
Гармонійний	0	0	0
Тривожний	33	49,5	23,1
Іпохондричний	0	13,2	29,7
Меланхолічний	0	0	0
Апатичний	0	0	0
Неврастенічний	3,3	16,5	9,9
Обсесивно–фобічний	16,5	39,6	33
Сенситивний	19,8	29,7	26,4
Егоцентричний	9,9	19,8	9,9
Ейфоричний	29,7	13,2	16,5
Анозогнозичний	23,1	13,2	16,5
Ергопатичний	52,8	33	23,1
Паранояльний	16,5	19,8	6,6

Сенситивний тип ставлення зустрічається і в 46–55 років, і в 56 і більше років та має майже однакові показники (29,7 % та 26,4 %). Як видно з таблиці 2.3, в 56 і більше років досить часто проявляється обсесивно–фобічний (33 %) та іпохондричний тип ставлення (29,7 %), а в 35–45 років – тривожний (33 %) та ейфоричний (29,7%).

У хворих на рак кишківника віком від 35–45 років найчастіше спостерігаються тривожний (33 %) та ергопатичний типи ставлення до хвороби (52,8 %). Досить часто, у поєднанні з вище вказаними типами, виступає ейфоричний тип ставлення до хвороби (29,7 %).

Хворим на рак кишківника віком від 46 до 55 років властиві в переважній більшості такі типи ставлення до хвороби, як тривожний (49,5 %), обсесивно–фобічний (39,6 %), ергопатичний (33 %) та сенситивний (29,7 %).

Хворі на рак кишківника віком від 56 років і більше взагалі проявляють такі типи ставлення до хвороби, як обсесивно–фобічний (33 %), іпохондричний (29,7 %) та сенситивний (26,4 %).

На основі аналізу отриманих результатів дослідження ми зробили висновок, що кожному типові ставлення до захворювання у різних вікових групах відповідає певний рівень депресії та якості життя (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Показники рівня депресії та якості життя залежно від типів ставлення до захворювання хворих на рак кишківника (в %)**

Вік (роки)	Типи ставлення до хвороби	Рівень депресії					Рівень якості життя		
		відсутня	мінімальна	легка	помірна	виражена	високий	середній	низький
35–45	Ергопатичний	18,9	12,5	31,3	37,5	0	18,8	81,2	0
	Тривожний	10	20	40	30	0	10	90	0
	Ейфоричний	22,2	11,1	22,2	44,4	0	22,2	77,7	0
46–55	Тривожний	6,7	20,1	33,5	40,2	0	6,7	67	26,8
	Обсесивно–фобічний	0	24,9	16,6	24,9	33,2	0	58,1	41,5
	Ергопатичний	20	30	40	10	0	20	80	0
	Сенситивний	0	33,3	33,3	22,2	11,1	0	66,6	33,3
56 і більше	Обсесивно–фобічний	0	0	80	20	0	20	50	30
	Іпохондричний	0	11,1	77,7	11,1	0	11,1	55,5	33,3
	Сенситивний	12,5	0	62,5	25	0	12,5	62,5	25

Хворі на рак кишківника з ергопатичним типом ставлення до захворювання і в 35–45 років, і в 46–55 років мають переважно середній рівень якості життя, а ось рівень депресії у них з віком зменшується (в 35–45 років переважає помірна депресія, а в 46–55 років – легка).

У пацієнтів при тривожному типі ставлення до хвороби спостерігається обернене явище: у них переважає середній рівень якості життя, але в 35–45 років депресія має легкий рівень, а в 46–55 років – помірний.

Обсесивно–фобічний тип ставлення до хвороби часто спостерігається в 46–55 років і особливо в 56 і більше років у хворих на рак кишківника.

При іпохондричному типі ставлення до захворювання у хворих на рак найчастіше спостерігається середній рівень якості життя та легка депресія.

Хворі з сенситивним типом ставлення мають однакові показники середнього рівня якості життя та легкий рівень депресії в 45–55 років та в 56 і більше років (в 46–55 років діагностується мінімальний рівень депресії).

Отже, характер та зміст емоційних переживань хворих на рак кишківника, які виникають у хворих внаслідок появи захворювання, мають різні прояви в залежності від віку. На основі дослідження цих проявів хворих на рак кишківника можна диференціювати на три вікові групи (35–45 років, 46–55 років, 56 і більше років): пацієнти від 35 до 45 років найбільше хвилюються з приводу майбутнього зовнішнього вигляду та порушення стосунків з партнером; пацієнти від 46 до 55 років частіше концентрують свою увагу на втраті працездатності, зміні стосунків з людьми та боязні бути тягарем для близьких; у хворих від 56 і більше років переважає страх самотності, смерті, а також страх бути тягарем для інших.

З наведеного можна зробити висновок, що кожна вікова група хворих на рак кишківника має особливості ставлення до захворювання, які виражаються в типові ставлення до хвороби, рівні якості життя та депресії, а значить вимагає розробки та впровадження в практику певних психологічних рекомендацій.

### **3.2. Психокорекційна програма зміни деструктивного ставлення онкохворого до своєї хвороби**

На катамнестичному етапі захворювання психологічні особливості хворих на рак кишківника характеризуються прагненням до самоізоляції, постійною тенденцією до депресії, тривожністю та сексуальними проблемами. З метою вирішення цих проблем використовувалися різні форми роботи.

Колективна форма роботи реалізовувалася на основі проведення щомісячного 3-годинного зібрання жінок, хворих на рак кишківника, під час якого жінки у формі бесіди могли отримати будь-яку інформацію про своє захворювання від лікарів (хірурга-онколога, гістолога, гомеопата, хіміо-терапевта, радіолога, геніколога, дієтолога та імунотерапевта), психологів та волонтерів. Це сприяло уникненню формування стійкого прагнення хворих до самоізоляції, зняттю емоційного напруження, тривожності та страхів.

Індивідуальні форми роботи застосовувались нами паралельно з груповою роботою. Водночас кожний член групи мав можливість вирішувати

свої проблеми в процесі індивідуального консультування. На цьому етапі була впроваджена в практику робота групи підтримки хворих на рак кишківника.

Метою групової роботи на катамнестичному етапі захворювання було оволодіння знаннями, уміннями та навичками ефективного подолання стресових ситуацій та вирішення психологічних проблем хворих на рак кишківника. Як вище вже зазначалось, українські хворі на рак кишківника мають свої особистісні особливості, які виражаються в небажанні усвідомлювати наявність власних психологічних проблем. Саме тому хворим пропонувалася групова робота у вигляді тренінгу умінь та навичок, яка поступово і непомітно переходила у тренінг вирішення психологічних проблем, які призвели до хвороби і виникли внаслідок неї. Така тактика сприяла швидкому подоланню хворими тривожності, пов'язаної з груповою роботою, та активізувала їх бажання працювати у напрямку не тільки отримання певної психологічної інформації, оволодіння навичками й уміннями, а й вирішення особистісних проблем, пов'язаних з хворобою.

Групова робота хворих на рак кишківника вирішувала такі завдання, як:

- сформуванню гнучку та активну життєву позицію;
- оволодіти уміннями правильно виражати свої емоції та почуття;
- навчитися цінувати свою особистість;
- оволодіти уміннями та навичками правильно структурувати свій час (час для роботи та відпочинку);
- подолати або зменшити прояви страху смерті;
- навчитися ефективно спілкуватися з іншими людьми;
- оволодіти навичками та вміннями правильно реагувати на стресові ситуації та долати їх.

Програма групової роботи хворих на рак кишківника передбачала кількість членів групи від 12 до 15 та тривалість її роботи – 3 рази на місяць по 2,5 – 3 години впродовж 3 місяців.

Програма психологічної реабілітації хворих на рак кишківника в групах підтримки на катамнестичному етапі захворювання складалася з 18 тренінгових

занять, на яких відпрацьовувались різні теми, що стосуються психологічної картини раку кишківника. Серед них:

1 заняття – ознайомлення з правилами групи, презентація власного Я та знайомство з членами групи;

2 заняття – отримання інформації про вплив стресу на здоров'я, взаємозв'язок реакції на стрес та хвороби, фази стресу та оволодіння деякими прийомами, що допомагають ефективно долати стресові ситуації;

3 заняття – ознайомлення з основними галузями переваг, які надаються людині хворобою, та усвідомлення власних переваг хвороби, потреб, які лежать в їх основі, та правил, що заважають задовольняти потреби продуктивним способом;

4 заняття – визначення та формування інших способів реалізації потреб, які задовольнялися за допомогою хвороби; усвідомлення та вибір життєвих цілей на найближче майбутнє (від сьогодні до 5 років) та планування їх реалізації;

5 заняття – оволодіння інформаційним матеріалом про етапи подолання стресу та напруження і використання їх на практиці;

6 заняття – ознайомлення та засвоєння різних способів розслаблення: релаксації, медитації, аутогіпнозу та аутогенного тренування;

7 заняття – усвідомлення психологічних проблем, які існують в сімейних стосунках, їх корекція та терапія;

8 заняття – визначення власної міри відповідальності за себе та інших: усвідомлення життєвої позиції щодо понять «слід», «потрібно», «необхідно», «повинна» та їх корекція;

9 заняття – отримання інформації про вплив невиражених негативних почуттів на стан здоров'я та оволодіння навичками правильно виражати свої почуття;

10 заняття – усвідомлення наявності накопичених минулих образ, їх негативний вплив на самопочуття та оволодіння вміннями продуктивно позбавлятися їх;

11 заняття – усвідомлення страху смерті, його проявів та оволодіння методами його зменшення; визначення сенсу свого життя та життєвих цінностей;

12 заняття – визначення рівня залежності від чужої думки або оцінки; формування потреби частіше опиратися на свою думку у вирішенні життєвих проблем; вміння звертатися до внутрішнього джерела мудрості власного Я;

13 – 14 заняття – оволодіння ефективними методами вирішення проблем: метод формулювання проблеми; метод постановки мети, а не проблеми; метод «Ідеал»; метод зворотного шляху; метод «мозкового штурму»; метод «експертів», метод використання прихованих ресурсів;

15 заняття – усвідомлення особливостей своєї поведінки, визначення її переваг і недоліків та формування навичок наполегливої поведінки;

16 заняття – визначення наявності вмінь робити те, що вимагає власні організм та особистість, а не підкорятися бажанням інших, незважаючи на власну волю; формування навичок та вмінь відмовлятися робити те, що є небажаним для власної особистості (говорити «ні»);

17 заняття – оволодіння інформацією про здоровий спосіб життя, який складається з правильного харчування, фізичних вправ та стану рівноваги; визначення напрямків реформування власного стилю життя;

18 заняття – усвідомлення власної цінності через виявлення своїх можливостей, позитивних рис та особливостей поведінки; формування навичок та вмінь позитивно ставитися до своєї особистості, не критикувати, а підтримувати та заохочувати.

Під час психологічної реабілітації хворих на рак кишківника нами використовувались різні психолого-дидактичні засоби, такі як: раціональна терапія, сугестивна та відволікаюча. Впродовж роботи груп підтримки на катамнестичному етапі також використовувались вище згадані засоби і застосовувались інші:

- психогімнастика;
- візуалізація;
- арт-терапія;

- психодрама і гештальт-терапія;
- методи, пов'язані з усвідомленням страху смерті;
- поведінкова терапія.

Метою використання психогімнастики було зменшення напруження, скорочення емоційної дистанції між членами групи, створення атмосфери прийняття. Засобом комунікації психогімнастики була рухова експресія, яка вимагала від членів групи вираження емоцій за допомогою мимічних і пантомімічних рухів. До вправ, спрямованих на розвиток уваги, відносились:

а) «Передача ритму по колу» – за одним з членів групи всі члени по колу повторюють, плескаючи в долоні, заданий ритм;

б) «Передача руху по колу» – один з членів групи починає дію з уявним предметом таким чином, щоб цю дію можна було продовжити, сусід продовжує цю дію, і таким чином цей предмет обходить все коло;

в) «Передача сигналу» – члени групи тримаються за руки з закритими очима, один з членів групи передає сигнал по руці іншого; цей сигнал обходить все коло;

г) «Раз, два» – на рахунок «раз» кожний з членів групи починає робити певний рух, при цьому всі залишаються на своїх місцях; на рахунок «два» кожний починає виконувати той рух, який робив на рахунок «раз» сусід зліва; якщо всі уважні, цей рух кожного обходить коло і повертається до господаря.

Інший вид вправ був спрямований на зняття напруження і складався з простих рухів, наприклад: «я йду по воді», «по гарячому піску», «запізнююся на роботу», «повертаюся з роботи», «йду до лікаря», «на занятті групи».

Наступний вид вправ був спрямований на зменшення емоційної дистанції між членами групи, на розвиток співпраці та взаємодопомоги. Тут використовувались вправи, які передбачали застосування безпосереднього контакту, зменшення просторової дистанції: розійтися з партнером на вузькому мосту, заспокоїти ображену людину, «Дощик» – один член групи стоїть в колі інших, які за допомогою пальців рук імітують початок дощу, сильний дощ та його закінчення, «Довірливе падіння». Такі вправи сприяли розвитку почуття безпеки у хворих, довіри та емоційного прийняття.



Застосовувались й інші вправи, пов'язані з тренуванням розуміння невербальної поведінки інших та тренуванням здібності виражати свої почуття та думки за допомогою невербальних засобів:

а) домовитись про щось з іншою людиною за допомогою тільки жестів (розмова через товсте скло);

б) показати той чи інший стан, почуття (радість, роздратування, гнів, образу, співчуття);

в) показати власні психологічні особливості (якою Я є, якою хотіла б бути, якою я здаюсь іншим);

г) звернути на себе увагу групи.

Більш складними були вправи, де членам групи задавалися теми, які вони повинні були представити за допомогою невербальних засобів. Темі були орієнтовані як на проблеми окремої хворої, так і на проблеми, властиві всім членам групи та групі в цілому, оскільки стосувалися міжособистісних відносин. Серед них:

- «Подолання труднощів»: всі хворі почерзі показують, як вони долають життєві труднощі (символічно «труднощі» може уособлювати будь-який предмет, наприклад, стул);

- «Скульптор»: один з членів групи виступає в ролі скульптора та надає членам групи пози, які, за його думкою, відображають їх особливості і конфлікти;

- «Моя сім'я»: один член групи вибирає інших на роль його членів родини і розставляє їх у просторі так, щоб фізична дистанція відповідала ступеню емоційної близькості між членами сім'ї;

- «Я і моя хвороба»: хворі по черзі показують, як вони відносяться до своєї хвороби і як її долають (у ролі хвороби може виступати якийсь предмет).

Зміст тем для хворих був необмежений, їх могли пропонувати члени групи, орієнтуючись як на проблеми кожної окремої особи, так і групи.

Результати кожної вправи обговорювалися всією групою: аналізувалися переживання та почуття, які виникли у членів групи під час виконання вправ, а також вираження індивідуальних проблем та стосунків між членами групи. Всі

вище згадані вправи складали підготовку хворих на рак кишківника до більш складної роботи, хоча за своїм часом вони іноді займали майже половину всього заняття та несли велике змістовне навантаження. Вибір таких вправ, а також тривалість їх застосування визначалися фазою розвитку групи.

Візуалізація – психолого-дидактичний засіб, який використовувався у груповій роботі хворих на рак кишківника. Цей засіб побудований на уявленні певних образів, які мають велике значення для особистості хворої, усвідомлення завдяки ним психологічних проблем та ефективних шляхів їх подолання. Нами застосовувались візуалізації на різні теми та з різною метою. Наприклад, уявлення образів природи (море, ліс, повітря, вогонь, простір) використовувались з метою досягнення відчуття душевного спокою та фізичного комфорту, а візуалізація процесів в організмі (роботи його лейкоцитів та імунної системи) та ходу лікування – з метою усвідомлення ставлення до своєї хвороби, тривожних станів, страху смерті та формування активної позиції щодо контролю процесу видужання.

З метою усвідомлення власної відповідальності за виникнення захворювання, виявлення потреб, що не задовольняються, та навчання їх продуктивно реалізовувати хворим 35-45 років була запропонована методика «Переваги хвороби», завдяки якій всі члени групи мали можливість визначити переваги свого захворювання – позитивні наслідки та потреби, які задовольняються завдяки хворобі, та знайти інші шляхи задоволення цих потреб без участі хвороби.

Техніка NLP «Подивитися на себе очима того, хто тебе любить» використовувалась з метою усвідомлення своїх позитивних рис, формування ставлення любові та поваги до себе: «Уявіть собі людину, яка вас любить. Спробуйте стати цією людиною і побачити себе очима того, хто вас любить. Ви починаєте розуміти, що заслуговуєте любов, а тепер повертайтеся до самої себе і не забувайте, якою цінністю ви є».

З метою оволодіння вміннями позбавлятися образ, які негативно впливають на захисну систему організму, в груповій роботі була застосована візуалізація, спрямована на подолання їх негативного впливу. Хворі на рак

кишківника повинні були уявити людину, яка їх образила, і яку вони не можуть простити, на сцені великого театру таким чином, що з нею відбувається щось гарне, і вона стоїть на сцені абсолютно щаслива.

Арт-терапія – терапія творчим самовираженням, яка застосовувалась в роботі групи підтримки хворих на рак кишківника у вигляді малювання, ліплення, складання віршів та творчого спілкування з природою. Функціями цього психолого-дидактичного засобу реабілітації були:

- виявлення та розуміння проблем і переживань хворих, які важко вербалізуються;
- швидке симптоматичне зниження душевного напруження;
- поліпшення розуміння власних особистісних особливостей, особливостей світу і свого місця в ньому;
- пізнання психологічних особливостей інших членів групи.

Арт-терапія може використовуватись під час групової роботи окремо, чи як продовження якогось іншого методу, найчастіше візуалізації. Наприклад, після візуалізації своєї хвороби, ходу лікування та свого видужання хворим пропонувалось намалювати образ своєї хвороби, вплив лікування на неї. Малюнки аналізувались та обговорювались тривожні стани і страх смерті.

При застосуванні арт-терапії використовувалось не тільки малювання, а й ліплення (пластилін чи глина) в варіантах як індивідуальної, так і групової діяльності. Як приклад, можна описати цікаву методику з гештальт-терапії, при виконанні якої хворим на рак кишківника було запропоновано зліпити те, що приховане в них, або майже ніколи не виражається. Ліплення продовжувалось біля 30 хвилин, після чого кожний член групи в процесі групової роботи повинен був назвати цей предмет, спробувати стати ним та поговорити від його імені. Такий підхід сприяв не тільки зменшенню свого емоційного напруження, а й усвідомленню своїх психологічних проблем та ефективному їх вирішенню.

Впродовж групової роботи нами також використовувався такий засіб творчого самовираження, як складання віршів. Наприклад, хворим був запропонований бланк з назвою «Ось Я яка» з незакінченими фразами, які треба було закінчити, описуючи свої особистісні особливості у віршованій

формі. Таке завдання сприяло розвитку творчості хворих, надавало їм можливість краще усвідомлювати свої цінності та позитивні риси особистості.

Цікавий засіб творчого спілкування з природою використовувався нами при проведенні групової роботи за межами приміщення. Хворим пропонувалось протягом 30 хвилин поспостерігати за природою і вибрати якусь рослину або дерево, яке було б співзвучне та близьке до особливостей власної особистості. Пізніше відбувалося обговорення результатів спостереження, що сприяло кращому пізнанню власного та чужого Я, стимулюванню в групі взаєморозуміння та взаємопідтримки.

Техніка гештальт-терапії «Світ та Я» допомагала хворим визначити міру відповідальності за себе та інших, свою цінність та життєву позицію, яка могла бути однією з чотирьох:

- «світ має право – я маю право»;
- «світ немає права – у мене нема прав»;
- «світ має право – у мене нема прав»;
- «у світа нема права – я маю право».

Кожному з членів групи пропонувалось побувати на кожній з позицій, відчутти на якій позиції більш комфортно і вирішити на якій з них він зараз знаходиться. З вибраної позиції пропонувалось зробити крок у майбутнє, тобто уявити, що чекає людину в найближчі часи, якщо вона буде продовжувати так поводитися. Ця техніка вирішувала багато екзистенціальних питань, які насамперед хвилювали хворих на рак кишківника віком від 35 до 45 років і вимагали негайної відповіді.

Розігрування рольових ситуацій широко використовувалось у групі з метою ефективного подолання стресових ситуацій на роботі. Наприклад, членові групи пропонувалось обрати на роль «складної» людини будь-кого та програти ігрову ситуацію, тренуючи свою наполегливість, або вміння говорити «ні». Цікавими були рольові ситуації, пов'язані з критикою. Хворим пропонувалось розбитися на пари та згадати попередню власну ситуацію критики. Завданням кожного члена групи було продумати більш конструктивну реакцію на критику, або конструктивну критику когось та програти їх.

В деяких випадках в нашій практиці використовувалась безпосередньо поведінкова терапія. Наприклад, одному з членів групи пропонувалося програти ситуацію, в якій він відчуває напруження та невпевненість. Учасник програвав цю ситуацію декілька разів, поки не робив цього спокійно, не відчуваючи негативних емоцій. Як правило, в такому випадку тренер з групою задавав схему ситуації, обговорюючи способи і навіть текст. Цікавою з цього боку є методика поведінкової терапії «Маски». Кожному членові групи пропонувалося намалювати на одній стороні аркуша маску, якою б він хотів бути, а на іншій – якою б не хотів бути, та пригадати 4 приклада, де проявлялася небажана поведінка. З цих прикладів вибирався один і формулювалося 5 ознак бажаної поведінки, яка була протилежною до вибраної, після чого ця поведінка програвалася, доки не задовольняла автора.

Таким чином, впродовж катамнестичного етапу захворювання хворих на рак кишківника використовувались різні форми психологічної роботи, серед яких індивідуальна, групова та колективна, але переважною була робота групи підтримки, яка була спрямована на оволодіння знаннями, уміннями та навичками подолання стресових ситуацій та вирішення психологічних проблем хворих на рак кишківника. Ефективність роботи групи забезпечувалась використанням таких психологічних засобів, як сугестивна терапія, психогімнастика, візуалізація, психодрама, гештальт-терапія, поведінкова терапія, вибір яких залежав від ситуації розвитку хвороби та особистісних особливостей реагування на неї хворих різних вікових груп.

### **3.3. Система психологічних рекомендацій щодо оптимізації процесу формування конструктивного ставлення онкохворого до власної хвороби**

Стан, який виникає внаслідок виявлення онкологічного захворювання, – це, в більшості випадків, велике нервово–психічне напруження з різностороннім комплексом суб'єктивних та об'єктивних проявів. Онкологічні захворювання є певним фоном, на якому виникають психологічні конфлікти особистості, обумовлені фруструючим впливом психогенних факторів. Головними з них є:

факт наявності пухлини, необхідність оперативного втручання, страх важких страждань, рецидиву захворювання, смерті, тривога, пов'язана з можливістю інвалідності та ізоляції внаслідок характеру захворювання і пов'язаних з ним анатоомо–функціональних дефектів. Всі ці обставини негативно впливають на основний мотиваційний зміст особистості, виражений в постійному прагненні реалізувати себе в різних сферах діяльності.

На основі аналізу літератури [1; 2; 8; 11; 14; 36; 45; 54; 67 та ін.] з проблеми психологічної допомоги онкохворим можна зробити висновок, що загальної системи психологічної підтримки таких хворих впродовж всіх етапів онкологічного захворювання не існує, що вимагає розробки рекомендацій.

*Як поводитися перед вступом до онкоцентру*

1. Вас хвилює питання: «Чому я?», воно вас мучить і не дає спокою. У голові пролітають думки, що я не так зробила, за що мене так карає доля чи Бог. Швидше за усе ви не зможете знайти відповідь на це питання. Спробуйте сконцентрувати свою увагу не на «Чому я?» (тому що це питання тільки збільшує тривогу і розгубленість), а на «Що мені робити?»

2. Намагайтеся відкинути страх перед онкологічним захворюванням. Він занадто великий лише тому, що в суспільстві існує думка, що це найстрашніше захворювання і з ним пов'язана висока смертність, а також тому, що у вас немає ніякої інформації – як бути далі і що робити. Знайте, що ви – не єдині, і що ви живете не в 15 столітті (це захворювання лікується і лікується успішно, особливо на ранніх стадіях; з кожним роком медицина робить крок вперед і лікування стає ефективним).

3. Відповідаючи на питання «Що робити?», довіртеся своєму лікарю та дотримуйтеся його порад: якщо він сказав робити операцію, то він вважає, що це найбільш ефективний спосіб лікування для вас. Будьте мужні і сильні, приймаючи це важливе рішення в житті, не звертайтеся до невідомих, нетрадиційних методів лікування, умовляючи себе, що все саме собою пройде. Це не так, і чим швидше ви зважитесь на операцію, тим ефективніше буде ваше лікування, тим краще будуть його результати.

4. Не зволікайте, задумайтеся над тим, що б ви хотіли від життя, як сильно ви потрібні своїй родині і близьким. Це допоможе вам налаштуватися на операцію, сформувавши позитивну установку і віру у видужання. У вас усе ще попереду і заради свого майбутнього відкладіть усі свої повсякденні справи і подбайте про своє здоров'я.

5. Сформулюйте для себе чіткий план дій і, незважаючи ні на що, дотримуйтеся його.

6. Щоб зменшити тривогу і страх, намагайтеся якнайбільше довідатися про своє захворювання. Спробуйте почитати науково–популярну літературу, задайте запитання своєму лікарю, жінкам, що вже перенесли це захворювання. Щоб перемогти хворобу, ви повинні знати свого ворога в обличчя.

7. Скажіть про своє захворювання близьким людям, не приховуйте від них цю інформацію. Зараз, як ніколи, вам потрібна їхня любов і підтримка. Ви можете розказати, як ви себе почуваєте, поплакати (це нормально в такій стресовій ситуації) і попросити їх бути помічниками в процесі лікування.

8. Пам'ятайте, що багато в лікуванні залежить від лікарів, але більше – від вас, вашої позитивної установки і віри у видужання. Візьміть себе в руки, сформулюйте для себе мету: «Видужати, незважаючи ні на що!», рухайтесь до неї і досягніть її.

### *Що робити перед операцією*

1. Якщо ви дали згоду на проведення операції, то перше, що необхідно зробити – заспокоїтися. Головний крок вже зроблений, і тепер необхідні зібраність і старанність для сприяння лікарю. Зайві хвилювання – емоційний стрес, що дестабілізує організм і різко знижує його опір до операційної травми.

2. Вам страшно і це нормально. Страх найчастіше у людини виникає тоді, коли не вистачає інформації чи коли її занадто багато. З чим пов'язаний ваш страх? Намагайтеся знайти відповіді на усі хвилюючі вас питання, і ви побачите, що ваш страх значно зменшиться. Передопераційний страх може складатися з декількох страхів:

- страх померти на операційному столі (щоб виключити імовірність такого результату операції, проводиться всебічне детальне обстеження хірургом, і у випадку будь-яких відхилень він не стане оперувати);

- страх наркозу (наркоз дає можливість не відчувати і не мучитися);

- страх болю під час операції (при наркозі пацієнт не відчуває болю, хоча він може з'явитися, коли оперована ділянка «відходить» від анестезії, але в цьому випадку його можна зменшити за допомогою ліків);

- страх чекання видалення пухлини (переноситься найскладніше всього, але це неминуче).

3. Не зациклюйтесь на негативних думках, намагайтеся зосередитися на позитивній установці і вірі у видужання. Пам'ятайте про те, що найголовніше перед операцією – це бути впевненою в її успішному закінченні, вірити в те, що операція і наступне лікування рятують вас, допомагають повернутися до нормального, повноцінного життя в родині і на роботі. Уявіть собі, що операція вже відбулася, ваше самопочуття поліпшується і ви видужуєте. У вас завжди є вибір – думати позитивно чи негативно. Виберіть позитивне мислення, тому що на основі його ваш організм стає сильнішим в подоланні хвороби. Позитивно мислити, вірити в краще – одна з обов'язкових умов видужання.

4. Дуже добре поділитися своїми тривогами і страхами з кимось, найкраще з близькою людиною. Коли ви розповідаєте про свої побоювання і почуття, їхній вплив на вас зменшується, і вам стає легше. Не стримуйте в собі почуття. Якщо вам хочеться плакати – плачте: сльози очищають душу і звільняють місце для тверезого осмислення ситуації й прийняття рішення. Погодьтеся прийняти допомогу від близької людини чи когось іншого, хто хоче і може вам допомогти. Якщо вам потрібна допомога, чому б її не прийняти?

5. Спробуйте чимось відволіктися:

- почитайте науково-популярну літературу, де є відповіді на ваші питання (чи просто художню);

- помалюйте;

- прогуляйтеся;

- поговоріть з кимось.



6. Намагайтеся не думати про усе відразу. Це занадто важко для психіки. Спробуйте поділити ваше лікування на етапи: наприклад, операція, після операції, лікування хіміотерапією чи опроміненням. Налаштуйтеся спочатку на успішне подолання першого етапу – операцію; не думайте про те, що буде після неї, скажіть собі: «Про це я подумаю пізніше». Після операції ви вже будете думати, як бути далі, а жінки, що вже перенесли цю операцію, і психолог допоможуть вам краще адаптуватися до нової ситуації.

7. Після операції першим кроком до досягнення оптимального стану повинне бути прийняття вами змін, що відбулися у вашому тілі. Ви – це не тільки ваше тіло, але й особливості вашої особистості, риси характеру, завдяки яким вас люблять і цінують близькі люди і друзі. Необхідно прийняти дійсність, і, замість того, щоб витратити дорогоцінну енергію на опір реальності, краще використовувати свої сили на пошук способів, як до неї пристосуватися. Це вимагає волі, віри і терпіння. Але вам може допомогти усвідомлення того, що ви не одна така, і якщо інші змогли адаптуватися до цієї складної ситуації, то і ви зможете.

### *Що робити після операції*

1. Кращий спосіб допомогти собі – діяти активно. Ви можете або усунутися від подій, покладаючись на волю випадку, або діяти. Наукою і досвідом жінок доведено, що потрібно прагнути отримати якнайбільше повну інформацію, використовувати будь-яку можливість для отримання у компетентного фахівця даних про конкретні індивідуальні особливості захворювання, про хід і перспективи лікування. Обговорюючи порядок і характер процедур, ви будете почувати себе впевненою, оскільки будете знати – що робиться, навіщо і що буде далі.

2. Якщо після операції вам призначили лікування, то самою продуктивною реакцією на нього буде установка: «Лікування треба перетерпіти». При цьому дуже важливо, щоб ви внутрішньо погодилися на лікування, а не просто кивнули головою і сказали «так». У такій згоді допомагають плани на майбутнє й усвідомлення того, для чого ви лікуєтесь. Лікування злоякісних пухлин на даний момент складне і неприємне, тому вам

нічого не залишається крім того, як застатися терпінням – не можна ж складати зброю на півшляху до свого повного повернення до життя.

3. Після операції першим кроком до досягнення оптимального стану повинне стати прийняття змін, що відбулися у вашому тілі. Необхідно звикнути до дійсності, і замість того, щоб розтрачувати дорогоцінну енергію на опір реальності, використовувати свої сили на пошук способів, як до неї пристосуватися. Це вимагає волі, дисципліни і терпіння. Якщо всі спроби примиритися з хворобою зводяться на ні, то це погіршує емоційний стан, а значить може шкідливо відбитися на перебігу хвороби. Дуже важливо знайти продуктивні способи опору хворобі і примирення з нею як з готовим фактом. Це допоможе не витратити зайву енергію при реальній надії на сприятливе протікання захворювання в найближчому майбутньому.

а) Ви можете активно вести зі своєю хворобою боротьбу і відноситися до неї реально, при цьому вважаючи її незваним гостем, якого ніяк не можна випровадити. Дуже важливо, щоб ви не втрачали відвагу і впевненість в собі. До втрати якоїсь частини свого тіла намагайтеся відноситися як воїн, що з честю втратив її в бою з ворогом. Пам'ятайте про те, що ви – це не тільки ваше тіло, але й душа, особистість. Спробуйте концентрувати свою увагу на ваших кращих внутрішніх якостях, що завжди приносили вам успіх у суспільстві.

б) Ви можете сприймати свою хворобу як щось, з чим ви зобов'язані примиритися. При цьому не обов'язково з нею боротися, досить – сприймати її як неминучість долі, поводитися приблизно як людина, котра вважає, що родичів не вибирають і що вони не завжди бувають гарними. Намагайтеся якнайкраще використовувати той простір, в якому ви зараз живете, і з подивом відзначайте речі, на які ви раніше не звертали уваги. Спробуйте переоцінити своє ставлення до різних речей у житті, постарайтеся розібратися в сенсі свого життя і своєї хвороби. Спробуйте:

– відноситися до свого тіла чуйно, обережно, навчитися слухати його сигнали, розбиратися які межі даного захворювання;

- навчитися переживати свій страх, а не запекло боротися з ним;

– не втратити поваги до самої себе, не відмовлятися від самої себе, навчитися приймати своє тіло таким, яким воно є;

– вміти відкрито говорити про свою хворобу.

4. Намагайтеся поставити перед собою мету – незважаючи на хворобу прожити життя гідним чином. Не варто зосереджуватися на тому, скільки вам ще залишилося жити. «Немає ні завтра, ні вчора, а є тільки сьогодні» – візьміть від життя усе, що можливо. Будь-яке захворювання потрібно сприймати як сигнал того, що настав час змінити свою якість життя, яка містить у собі багато моментів: це і відчуття фізичної зручності, і можливість робити те, що подобається, і наявність вільного часу. Частіше задавайте собі питання: «Чого б мені зараз хотілося? Що б мене зараз зробило щасливою?» – і частіше виконуйте свої бажання.

5. Після лікування ще якийсь час ви можете почувати себе погано – це може продовжуватися кілька тижнів і навіть кілька місяців. Деякі пацієнти згадують, що дійсно стали почувати себе добре лише через півроку по закінченні лікування. Тому намагайтеся зауважувати і концентруватися на найменших поліпшеннях вашого стану, перебувати в гарному настрої, вірити і сподіватися на краще.

6. Перед випискою зі стаціонару продумайте кому б ви хотіли сказати про своє захворювання, а кому ні. Будьте готові до неминучих питань про ваше здоров'я. Пам'ятайте, що ви завжди можете вибирати кому і що говорити про ваше захворювання. Якщо ви не хочете відповідати на питання, які стосуються вашого здоров'я, ви завжди можете використовувати фразу: «Мені б не хотілося обговорювати цю тему».

7. Якщо у вас є можливість піти на роботу, не відмовляйте собі в цьому, тому що це один з кращих способів не думати про хворобу і швидко адаптуватися до нової життєвої ситуації. Якщо ви не можете працювати – не звинувачуйте себе у безпорадності. Це лише тимчасовий стан, а поки що ви зможете знайти способи продуктивно використовувати свій час відпочинку.

8. Не бійтеся приходити в онкоцентр на чергову перевірку, адже від цього залежить ваше здоров'я. Намагайтеся заздалегідь планувати свої візити до лікаря, щоб був час на них настроїтися.

9. Навіть якщо ви – незалежна особистість, не відмовляйтеся від підтримки близьких людей і друзів. Адже це не слабкість, а мудрість прийняти допомогу, що вам особливо зараз необхідна. Ви можете почувати себе самотньою, незважаючи на підтримку близьких і друзів. Не дивуйтеся цьому, адже вам потрібно звикнути до нового стану душі і тіла. Спробуйте поспілкуватися з людьми, які мають досвід боротьби з таким же захворюванням і можуть вам допомогти подолати ваші переживання і побоювання.

10. Нижче описані стратегії, що допомагали іншим жінкам подолати їх захворювання. Може деякі з них будуть корисні і для вас:

- знайдіть способи справлятися з труднощами дня;
- ставте перед собою цілі;
- відзначайте свій прогрес;
- концентруйтеся на тому, що ви можете зробити;
- знайдіть когось, хто може вам сказати те, що вам необхідно;
- виражайте свої почуття;
- усвідомлюйте, що є в житті для вас важливим;
- спілкуйтеся з тими, хто має досвід боротьби з таким захворюванням;
- вибирайте кому говорити і що говорити;
- будьте терплячими;
- уникайте стресових ситуацій;
- будьте активними;
- пам'ятайте про свої фізичні обмеження;
- знайдіть когось, хто може слухати;
- відкривайте ваші нові можливості.

#### *Як поводитися з близькими людьми*

1. Ваші близькі люди у важку хвилину вашого життя намагаються вас підтримати будь-якими способами. Їх точно так, як і вас долає страх за ваше майбутнє, почуття невпевності і безпорадності. Вони мають величезне бажання

допомогти вам і підтримати вас, але не завжди знають, як це зробити. Намагаючись їх захистити, ви стверджуєте, що з вами все гаразд, але вони прекрасно бачать, що ваші слова не відповідають вашому самопочуттю. Усе це тільки збільшує їхню тривогу і безпорадність. Спробуйте в цей важкий життєвий період говорити відкрито своїм близьким:

а) що ви відчуваєте – наприклад, вас запитують: «Як ти себе почуваєш?» «Ох, – думаєте ви про себе, – почуваю я себе жахливо, але про це ніхто не довідається!» І ви стримано відповідаєте: «Спасибі, прекрасно». Ви знаєте, що ви нещирі, і близька людина це бачить. Своєю нечесністю ви створюєте внутрішню перешкоду, що заважає людям нормально спілкуватися. Спробуйте відповісти на запитання чесно і конструктивно: «Сьогодні я почуваю себе кепсько, але я роблю щось, і сподіваюся, що завтра мені стане вже краще». Відразу ж атмосфера навколо вас стане зовсім іншою. Ваші близькі обов'язково це оцінять. Якщо вони хотіли щось запитати чи порадити, їм буде набагато легше заговорити про це. Ви показали, що вірите у свої сили. Один раз обговоривши своє самопочуття з рідними чи друзями, ви надалі зможете говорити про нього відверто, як на будь-яку іншу тему.

б) як вони можуть вам допомогти – спробуйте прямо сказати, що вам необхідно зараз:

- разом обговорити майбутнє лікування;
- довідатися про інші методи і способи лікування;
- тільки слухати, не коментуючи ваші рішення;
- просто посидіти мовчки, обійнявши один одного.

Такий підхід буде поліпшувати ваше спілкування і взаєморозуміння. Ви побачите, що коли ви говорите відверто, на душі стає легше, а напруженість у стосунках з близькими людьми кудись зникає.

2. Якщо ви не можете заручитися підтримкою близьких: вони знаходяться далеко від вас чи ви самотні – вам потрібно шукати способи отримання такої підтримки. Вас може підтримати не тільки близька людина, але й друг, товариш по службі, сусідка.

### Висновки до розділу 3

Виявлено, що психологічні чинники формування ставлення до хвороби в онкохворого пов'язані із комплексом переживань, пов'язаних із захворюванням: загальне самопочуття, відчуття, сприйняття, емоції й уявлення про хворобу. Доведено, що в 35–45 років переважна більшість онкохворих має легкий рівень депресії. Низький рівень якості життя в цій групі взагалі не спостерігається, а ергопатичний тип ставлення до хвороби виявляється частіше. В 46–55 років спостерігається помірний рівень депресії; низький рівень якості життя проявляється досить часто. В 56 і більше років більшість онкохворих має легкий рівень депресії, а високий рівень якості життя спостерігається найчастіше, як і іпохондричний тип ставлення до хвороби. В 35–45 років найчастіше спостерігається ергопатичний тип ставлення до хвороби, тоді як в 46–55 років на першому місці стоїть тривожний тип ставлення, obsесивно-фобічний. В 56 і більше років досить часто проявляється obsесивно-фобічний, іпохондричний типи, а в 35–45 років – тривожний та ейфоричний.

Впродовж катамнестичного етапу захворювання, з хворими на рак кишківника проводилися різні форми психологічної роботи, серед яких індивідуальна, групова та колективна, але переважною була робота групи підтримки, яка була спрямована на оволодіння знаннями, уміннями та навичками подолання стресових ситуацій та вирішення психологічних проблем хворих на рак кишківника. Ефективність роботи групи забезпечувалась використанням таких психологічних засобів, як сугестивна терапія, психогімнастика, візуалізація, психодрама, гештальт-терапія, поведінкова терапія, вибір яких залежав від ситуації розвитку хвороби та особистісних особливостей реагування на неї хворих різних вікових груп.

Розроблено психологічні рекомендації щодо оптимізації процесу формування конструктивного ставлення до хвороби в онкохворого

## ВИСНОВКИ

Обґрунтування й емпіричне вивчення психологічних чинників формування ставлення до хвороби в онкохворого дали змогу сформулювати такі висновки.

1. Визначено теоретичні підходи до проблеми ставлення до хвороби. Ставлення до хвороби визначено як внутрішню картину хвороби, в яку входить комплекс переживань хворого, пов'язаних із захворюванням: загальне самопочуття, відчуття, сприйняття, емоції, уявлення про хворобу. Показано, що онкологічне захворювання через свою специфічність має істотний вплив на внутрішню картину хвороби. Ступінь участі психологічного фактору в структурі внутрішньої картини хвороби в онкохворого визначається вагомістю клінічних проявів, астений і болючих відчуттів, оскільки хвороба створює для хворого важку психологічну ситуацію. Різноманітні моменти лікування хвороби і власного сенсорного досвіду накладають відбиток на власну оцінку хвороби і формують остаточне ставлення особистості до свого захворювання.

Виявлено, що на поведінку і реакцію хворого під час хвороби насамперед впливає структура ставлення особистості до хвороби. В основі психологічного реагування особистості на хворобу лежать різні типи особистісного реагування на хворобу: адекватна (гармонійна) реакція; перебільшення тяжкості захворювання; недооцінка тяжкості захворювання, включаючи заперечення факту хвороби (анозогнозію); усвідомлене спотворення оцінки хвороби (агравация, симуляція, дисимуляція). У більшості хворих соматичного профілю реакції на хворобу носять адекватний характер і піддаються свідомому контролю й корекції. Під адекватною реакцією особистості на хворобу розуміють здатність пацієнта, визнаючи факт хвороби і правильно оцінюючи тяжкість свого стану, мобілізуватися на боротьбу з нею. При несприятливому перебігу хвороби адаптується до нових умов життя, а при важкому вітальному прогнозі хворий розумно й конструктивно відноситься до неминучого.

2. Охарактеризовано психологічні передумови та фактори формування ставлення до хвороби в онкохворого. Визначено, що упродовж лікування у хворих на рак кишківника спостерігаються психогенні реакції, динаміка та

ступінь вираженості яких пов'язані не тільки з етапами основного лікувального процесу, але й залежать як від важкості загальносоматичного стану, ступеня розповсюдження та локалізації патологічного процесу, так і від преморбідних особливостей хворих. Оцінюючи психологічний стан, психологи та психіатри приділяють увагу не тільки ситуативному стану організму, але й дають оцінку соціальному оточенню щодо відновлення здоров'я в онкологічних хворих.

Виявлено, що особистість хворих на рак кишківника слід розглядати з позицій сприймання онкологічного захворювання як психологічної кризи, наслідком якої є прагнення до самоізоляції, постійна тенденція до депресії, відчуття малоцінності, непотрібності, придушена сексуальність та уникнення статевої близькості, суїцидальні ідеї та звуження кола актуальних мотивацій. У наукових дослідженнях зазначено, що впродовж всього лікування у хворих на рак кишківника спостерігаються різні психогенні реакції, динаміка та ступінь вираженості яких пов'язані не тільки з етапами лікувального процесу, а й залежать як від важкості загальносоматичного стану, ступеня розповсюдження та локалізації патологічного процесу, так і від преморбідних особливостей особистості (властивостей темпераменту та особливостей характеру) та соціально–конституціональних параметрів (впливу статі, віку, професії). Вікові особливості онкологічних хворих в практиці здебільшого не враховуються, тоді як вони визначають специфічні особливості сприймання захворювання, ставлення до хвороби, рівень депресії та якості життя, характер страхів, дослідження яких дозволяє більш досконало вивчити особистість хворого на рак кишківника, а значить розробити відповідні рекомендації.

3. Емпірично виявлено та проаналізовано психологічні чинники формування ставлення до хвороби в онкохворого. Виявлено, що психологічні чинники формування ставлення до хвороби в онкохворого пов'язані із комплексом переживань, пов'язаних із захворюванням: загальне самопочуття, відчуття, сприйняття, емоції й уявлення про хворобу. 5. Доведено, що в 35–45 років переважна більшість онкохворих має легкий рівень депресії, при цьому в цій групі діагностується найбільша кількість осіб, які її не мають. Низький рівень якості життя в цій групі взагалі не спостерігається за рахунок великого



показника середнього рівня, а ергопатичний тип ставлення до хвороби виявляється найчастіше, ніж в інших вікових групах. В 46–55 років спостерігається помірний рівень депресії, і при цьому діагностується високий показник вираженої депресії; низький рівень якості життя проявляється досить часто і переважають тривожний та obsесивно–фобічний типи ставлення до хвороби. В 56 і більше років більшість онкохворих має легкий рівень депресії, а високий рівень якості життя спостерігається в цьому віці найчастіше, ніж в інших вікових групах, як і іпохондричний тип ставлення до хвороби. В 35–45 років у таких хворих найчастіше спостерігається ергопатичний тип ставлення до хвороби, тоді як в 46–55 років на першому місці стоїть тривожний тип ставлення, obsесивно–фобічний і тільки потім ергопатичний. Сенситивний тип ставлення зустрічається і в 46–55 років, і в 56 і більше років та має майже однакові показники. В 56 і більше років досить часто проявляється obsесивно–фобічний, іпохондричний типи, а в 35–45 років – тривожний та ейфоричний. Розроблено психологічні рекомендації щодо оптимізації процесу формування конструктивного ставлення до хвороби в онкохворого

Впродовж катамнестичного етапу захворювання, з хворими на рак кишківника проводилися різні форми психологічної роботи, серед яких індивідуальна, групова та колективна, але переважною була робота групи підтримки, яка була спрямована на оволодіння знаннями, уміннями та навичками подолання стресових ситуацій та вирішення психологічних проблем хворих на рак кишківника. Ефективність роботи групи забезпечувалась використанням таких психологічних засобів, як сугестивна терапія, психогімнастика, візуалізація, психодрама, гештальт-терапія, поведінкова терапія, вибір яких залежав від ситуації розвитку хвороби та особистісних особливостей реагування на неї хворих різних вікових груп.

Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів досліджуваної проблеми. Подальшого розв'язку вимагає розробка психологічних програм попередження виникнення раку кишківника, тренінгів для психологів з метою оволодіння уміннями та навичками роботи з онкологічними хворими, вивчення психологічних особливостей хворих на інші типи раку.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Александров А.А. Современная психотерапия. М. : МЕДпресс, 2008. 335с.
2. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья. СПб. : Союз, 2014. 410 с.
3. Асеев А.В. Психологические проблемы, связанные с раком. *Клиническая медицина*. 2003. № 3. С. 30–33.
4. Бажанова И.В., Зейгарник Б.В., Николаева В.В. Отношение к болезни как условие формирования осознаваемых и неосознаваемых мотивов деятельности. *Бессознательное*. Тбилиси, 1978. Т. 2. С. 431–437.
5. Бажин Е.Ф., Березкин Д.П., Гнездилов А.В. Психологические компенсаторные реакции онкологических больных. Ленинград, 1978. С. 9–11.
6. Балицкий К., Шмалько Ю. Стрес і метастазування злоякісних пухлин. К. : Наукова думка, 1987. 174 с.
7. Бауэр М. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. М. : Владос, 1999. 504 с.
8. Березкин Д.П., Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Реабилитация онкологического больного. Л. : Медицина, 1979. С. 62–74.
9. Березянська В. В. Психологічні особливості онкологічних хворих у ремісії. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія психологічні науки*. 2017. Вип. 5. С. 181–187.
10. Березянська В. Психологічні особливості онкохворих. *Молодий вчений*. 2018. Вип. 10 (62). С. 20–24.
11. Березянська В. В. Стратегія особистої адаптації онкологічних хворих. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. Костюка НАПН України*. 2017. Том. 7. Вип. 43. С. 10–20.
12. Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных. *Вопросы онкологии*. 2016. Т. 42, №5 С. 86–89.

- 13.Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина : краткий учебник. М. : ГЭОТАР Медицина, 1999. 376 с.
- 14.Бурлачук Л.Ф. Основы психотерапии : учебное пособие. К. : Ника–Центр, 1999. 317 с.
- 15.Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь–справочник по психодиагностике. СПб. : Питер, 2002. 528 с.
- 16.Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е. Общая психопатология : пособие для врачей. Ростов н–Д. : Феникс, 2008. 268 с.
- 17.Вагин И.О. Психология жизни и смерти. СПб. : Питер, 2011. 160 с.
- 18.Васютин А. Спасение есть – оно у тебя! Рак как психосоматозов. Ростов н/Д. : Феникс, 2011. 160 с.
- 19.Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. Психотехники: учебное пособие. М. : Ось–89, 2009. 176 с.
- 20.Волков В.Т., Стрелис А.К., Караваева Е.В. Личность пациента и болезнь / Волков В.Т., Стрелис А.К., Караваева Е.В. Томск : Сиб. мед. ун–т, 2005. 328 с.
- 21.Воронов М. Психосоматика : практическое руководство. К. : Ника–центр, 2012. 246 с.
- 22.Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6–ти т. М. : Педагогика, 1983. Т. 5 : Основы дефектологии. 369 с.
- 23.Герасименко В.Н., Мариллов В.В., Артюшенко Ю.В. О некоторых психиатрических и психологических аспектах онкологии. *Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова*. 1990. № 9. С. 1399–1408.
- 24.Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш., Коцуг Н.Г. Психологическое исследование отношения к онкологическим больным. *Вестн. АМН СССР*. 1987. № 12. С. 46–50.
- 25.Гнездилов А.В. Путь на Голгофу : очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе. СПб. : Клинт, 1995. 136 с.
- 26.Гоулер Я. Вы можете победить рак. М. : Салюс, 2007. 192 с.
- 27.Демин Е.В., Чулкова В.А., Блинов Н.Н. Качество жизни онкологических больных. *Вопросы онкологии*. 2000. № 3. С. 360–364.

28. Досталова О. Как сопротивляться раку. СПб. : Питер, 1994. 172 с.
29. Дробижев М. Нозогении (психогенные реакции) у больных соматической патологией. М. : Владос, 2012. 124 с.
30. Ежова Н. Н. Рабочая книга практического психолога. Ростов н/Д. : Феникс, 2006. 315 с.
31. Живецкий А.В., Герасимов Б.А. Реабилитация больных раком в далеко зашедшей стадии заболевания. *Совершенствование методов реабилитации онкологических больных*. Ленинград, 1990. С. 36–37.
32. Загальна та медична психологія / за ред. І. Д. Спіріної, І. С. Вітенко. Дніпропетровськ : АРТ–прес, 2012. 348 с.
33. Зинькович Г.А., Зинькович С.А. Если у тебя рак : психологическая помощь. Ростов н/Д. : Феникс, 2014. 320 с.
34. Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных : автореф. дис. ... к. мед. н. М., 2008. 21 с.
35. Кабанов М.М. Некоторые методологические и методические вопросы реабилитации больных. *Клиническая психология*. СПб. : Питер, 2010. С. 231–243.
36. Карвасарский Б. Д. Медицинская психология. СПб. : Питер, 2013. 504 с.
37. Каргіна Н. В. Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя особистості: теоретичний аспект. *Наука і освіта*. 2015. № 3. С. 48–55.
38. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. Л. : Медицина, 1980. 183 с.
39. Клиническая психология / под ред. Н.В. Тарабаринной. СПб. : Питер, 2000. 352 с.
40. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага : Авиценум, 2003. 401 с.
41. Корж С.Б. Деонтология в онкологии. Минск : Беларусь, 1995. 88 с.
42. Кузьмина Ю.М. Психодиагностика стресса: практикум. Казань : КНИТУ, 2012. 212 с.
43. Лакосина Н. Д., И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова. Клиническая психология. М. : Владос, 2007. 416 с.

44. Личность пациента и болезнь / В.Т. Волков, А.К. Стрелис, Е. В. Караваева и др. Томск : ТГПУ, 1995. 328 с.
45. Мадич К. К вопросу о реабилитации больных раком. *Совершенствование методов реабилитации онкологических больных*. Ленинград, 1991. С. 45–46.
46. Малкина–Пых И. Психосоматика: справочник практического психолога. М. : Эксмо, 2005. 992 с.
47. Марилова Т.Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных : дис. ... канд. псих. наук. М., 2004. 190 с.
48. Матвеев В.А., Молодецких В.А., Папырин В.Д. Особенности психогенных реакций при раке. *Нарушения нервной системы и психической деятельности при соматических заболеваниях*. М., 1989. С. 256–258.
49. Матреницкий В. Л. Канцерогенный ум. Психосоматические механизмы рака. Руководство по психоонкологии. К. : КИМ, 2017. 576 с.
50. Мельников Р.А., Березкин Д.П., Симонов Н.Н. Проблемы социально-трудовой реабилитации больных с основными формами злокачественных опухолей. *Вопросы онкологии*. 2011. № 6. С. 27–31.
51. Менделевич В. Клиническая и медицинская психология. М. : МЕДпресс-информ, 2005. 412 с.
52. Марилова Т.Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных : автореф. дис. ... к. мед. н. М., 2004. 23 с.
53. Мисяк С. Практическое пособие по медицинской, социальной и трудовой реабилитации онкологических больных и инвалидов. Херсон : Айлант, 2002. 216 с.
54. Місяк С.А. Методологія проведення індивідуальної програми реабілітації пацієнта з інвалідністю внаслідок онкологічного захворювання в умовах реабілітаційного центру. *Онкологія*. 2015. Т 17. №4 (66). С. 292–295.
55. Надель–Червинская М. Лингвопсихологический учебник здоровья. Ростов–на–Дону : Феникс, 2016. 640 с.

- 56.Нарычев А.А. О возможности реабилитации онкологических больных после радикального лечения. *Совершенствование методов реабилитации онкологических больных*. Л., 1991. С. 108–110.
- 57.Нельсон–Джоунс Р. Теория и практика консультирования. СПб. : Питер, 2000. 464 с.
- 58.Непомнящая Н.И. О психологическом аспекте онкологических заболеваний. *Психологический журнал*. 1998. №4. С. 132–145.
- 59.Нервная система и противоопухолевая защита / под общ. ред. К.П. Балицкого. К. : Наукова думка, 1983. 256 с.
- 60.Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания : дис. ... д-ра психол. наук. М., 1993. 335 с.
- 61.Орлова М.М. Условия формирования изменений личности, больных заболеваниями легких : дис. ... канд. психол. наук. М., 2002. 249 с.
- 62.Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. М.: Медицина, 1996. 464 с.
- 63.Плескач Б. Експериментальна методика дослідження стилів надання психологічної допомоги онкологічним хворим. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць* / Інститут психології ім. Г. Костюка АПН України. К. : ПОЛІГРАНД, 2011. Т. 3, вип. 8. С. 229–255.
- 64.Плескач Б. В. Психологічні фактори в розвитку та перебігу онкологічного захворювання. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць* / Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Ніжин : Лисенко М.М., 2009. Т. 3, вип. 6. С. 241–257.
- 65.Практикум по арт-терапії / под ред. А.И. Копытина. СПб. : Питер, 2014. 448 с.
- 66.Психологія життєвої кризи / відп. ред. Т.М. Титаренко. К. : Агропром-видав України, 1998. 348 с.
- 67.Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью : новый взгляд на тяжелые заболевания. СПб. : Питер, 1995. 171 с.
- 68.Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. М. : Класс, 1999. 576 с.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Методика диференційної діагностики депресивних станів Н. Зунге

*Інструкція:* Прочитайте уважно кожне з наведених висловлювань і закресліть відповідну цифру праворуч у залежності від того, як ви себе почуваєте останнім часом. Над питаннями довго не задумуйтеся, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

	Висловлювання	ніколи	іноді	часто	майже завжди
1.	Мені легко робити те, що я вмю.	0	1	2	3
2.	У мене поганий сон.	0	1	2	3
3.	Я відчуваю пригніченість.	0	1	2	3
4.	У мене бувають деякі розлади (сухість у роті, серцебиття, запори, втрата ваги)	0	1	2	3
5.	У мене бувають періоди плачу чи сліз.	0	1	2	3
6.	У мене бувають стани, коли не відчуваю емоцій.	0	1	2	3
7.	Я мислю так чітко, як завжди.	0	1	2	3
8.	У мене гарний апетит.	0	1	2	3
9.	Я сильно втомлююся.	0	1	2	3
10.	Я уникаю сексуальних стосунків з партнером.	0	1	2	3
11.	Відчуваю занепокоєння, не можу всидіти на місці.	0	1	2	3
12.	У мене є надії на майбутнє.	0	1	2	3
13.	Мене охоплює почуття образи.	0	1	2	3
14.	Я відчуваю самотність і непотрібність.	0	1	2	3
15.	Я відчуваю, що стала дратівливою.	0	1	2	3
16.	Мені легко приймати рішення.	0	1	2	3
17.	Я відчуваю, що корисна і необхідна.	0	1	2	3
18.	Я живу досить повним життям.	0	1	2	3
19.	Я думаю, що іншим стане краще, якщо я помру.	0	1	2	3
20.	Я цікавлюся сексом, як і колись.	0	1	2	3
21.	Мене і тепер радує те, що радувало завжди.	0	1	2	3
22.	У мене тужливий настрій.	0	1	2	3
23.	Мені здається, що партнеру неприємні сексуальні стосунки зі мною через зміни в моєму тілі.	0	1	2	3
24.	Я боюся повторення хвороби.	0	1	2	3
25.	Я відчуваю себе так, начебто я залишилася без чогось дуже важливого для мене.	0	1	2	3
26.	Я відчуваю себе спокійно за своє майбутнє.	0	1	2	3
27.	Я відчуваю, що заслуговую покарання.	0	1	2	3
28.	У мене буває відчуття, начебто моє життя зайшло до тупику.	0	1	2	3
29.	Я відчуваю, що втратила інтерес до людей.	0	1	2	3
30.	Я думаю, що тепер виглядаю просто бридко.	0	1	2	3
31.	Я думаю, що в мені поганого більше, ніж в інших.	0	1	2	3
32.	У мене буває бажання вмерти.	0	1	2	3
33.	Я відчуваю себе так, начебто моє життя безглузде.	0	1	2	3

## Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту

### (на виявлення типу ставлення до захворювання)

Інструкція: Зробіть, будь ласка, на кожну тему від 1 до 3 виборів (не більше) і обведіть цифри зроблених виборів. Якщо жодне з визначень не підходить, обведіть 0 (однак число нулів не повинне перевищувати трьох).

№ вибору.	Вибори.	Типи ставлення до хвороби.
<b>Самопочуття.</b>		
1	З того часу, як я занедужала, у мене майже завжди погане самопочуття.	Г
2	Я майже завжди почуваю себе бадьорою і повною сил.	З
3	Дурне самопочуття я намагаюся перебороти.	Г
4	Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим.	ПП
5	У мене майже завжди щось болить.	І
6	Погане самопочуття в мене виникає після переживань.	Н
7	Погане самопочуття з'являється в мене від чекання неприємностей.	Г
8	З того часу, як я занедужала, у мене буває погане самопочуття з приступами дратівливості і почуттям туги.	ТН
0	Жодне з визначень мені не підходить.	–
<b>Настрій.</b>		
1	Як правило, настрій у мене дуже гарний.	Ф
2	Через хворобу я часто буваю нетерплячою.	ННТЯ
3	У мене настрої псується від чекання можливих неприємностей, занепокоєння за близьких, невпевненості в майбутньому.	ООС
4	Я не дозволяю собі через хворобу відчувати зневіру і сум.	Г
5	Через хворобу в мене майже завжди поганий настрій.	ІЯ
6	Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття.	ТН
7	У мене став зовсім байдужний настрій.	А
8	Найменші неприємності сильно зачіпають мене.	П
9	Через хворобу в мене завжди тривожний настрій.	ТТО
0	Жодне з визначень мені не підходить.	–
<b>Сон і пробудження від сну.</b>		
1	Якщо мене щось будить, я довго не можу заснути.	ТНО
2	Я погано сплю вночі і відчуваю сонливість вдень.	А
3	Я прокидаюся з думкою про те, що сьогодні треба буде зробити.	СС
4	Вночі у мене бувають напади страху.	ПРО
5	Вночі мене особливо переслідують думки про мою хворобу.	ПРО
6	Жодне з визначень мені не підходить.	–
<b>Апетит і ставлення до їжі.</b>		
1	Часто я соромлюся їсти при сторонніх людях.	З
2	У мене гарний апетит.	ФП
3	У мене поганий апетит.	І
4	Я їм з задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі.	З
5	Я боюся зіпсованої їжі і завжди ретельно перевіряю її свіжість і доброякісність.	І
6	Їжа мене цікавить насамперед як засіб підтримання здоров'я.	Р



7 0	Я намагаюся дотримувати дієти, що сам розробила. Жодне з визначень мені не підходить.	І –
Ставлення до хвороби.		
1	Моя хвороба мене лякає.	Т
2	Я так стомилася від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде.	АА
3	Намагаюся не думати про свою хворобу і жити безтурботним життям.	ФФ
4	Моя хвороба найбільше гнітить мене тим, що люди стали цуратися мене.	З
5	Без кінця думаю про всі можливі ускладнення, пов'язані з хворобою.	ОО
6	Я думаю, що моя хвороба невиліковна і нічого гарного мене не чекає.	І
7	Вважаю, що моя хвороба запущена через неухважність і невміння лікарів.	П
8	Вважаю, що небезпечність моєї хвороби лікарі перебільшують.	З
9	Намагаюся перебороти хворобу, працювати як колись і навіть ще більше.	РР
10	Я відчуваю, що моя хвороба набагато важча, ніж це можуть визначити лікарі.	І
11	Я здорова, і хвороби мене не турбують.	З
12	Моя хвороба протікає зовсім незвичайно – не так, як у інших, і тому вимагає особливої уваги.	ЯЯ НН
13	Моя хвороба мене дратує, робить нетерплячою.	
14	Я знаю, з чієї вини я занедужала, і не прощу цього ніколи.	П
15	Я всіма силами намагаюся не піддаватися хворобі.	Г
0	Жодне з визначень мені не підходить.	–
Ставлення до лікування.		
1	Вважаю, що серед способів лікування, що застосовуються, є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити.	П
2	Вважаю, що мене лікують неправильно.	П
3	Мені не потрібно лікуватися.	–
4	Мені набридло нескінченне лікування, хочу тільки, щоб мені дали спокій.	–
5	Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми.	Г
0	Жодне з визначень мені не підходить.	ЗФР
Ставлення до лікарів і медперсоналу.		
1	Головним у медичному працівникові я вважаю увагу до хворого.	Г
2	Я хотіла б лікуватися у відомого лікаря.	І
3	Вважаю, що занедужала я більше всього з вини лікарів.	П
4	Я звертаюся то до одного, то до іншого лікаря, тому що не впевнена в успіху лікування.	Я
5	З великою повагою я ставлюся до медичної професії.	Г
6	Я не раз переконувалася, що лікарі і медперсонал неухважні і несумлінно виконують свої обов'язки.	НП
0	Жодне з визначень мені не підходить.	–
Ставлення до рідних та близьких.		
1	Я намагаюся рідним і близьким не показувати, як я хвора, щоб не псувати їм настрій.	СР
2	Мої рідні не хочуть зрозуміти важкості моєї хвороби і не співчувають моїм стражданням.	І
3	Я соромлюся своєї хвороби навіть перед близькими.	Я
4	Через хворобу я стала в тягар близьким.	–
5	Я намагаюся менше турбувати моїх близьких через мою хворобу.	ГРР

0	Жодне з визначень мені не підходить.	–
Ставлення до роботи.		
1	Хвороба робить мене нікуди не придатним працівником.	А
2	Весь час турбуюся, що через хворобу можу припуститися помилки на роботі.	З
3	На роботі зовсім не враховують мою хворобу і навіть чіпляються до мене.	ПРО
4	Не вважаю, що хвороба може перешкодити моїй роботі.	Ф
5	Я намагаюся, щоб на роботі поменше б знали і говорили про мою хворобу.	Р
6	Я вважаю, що, незважаючи на хворобу, треба продовжувати роботу.	РР
0	Жодне з визначень мені не підходить.	–
Ставлення до оточення.		
1	Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими скільки мені хочеться.	ЗЗ
2	Оточуючі не розуміють моєї хвороби і моїх страждань.	Я
3	Спілкування з людьми мені тепер стало швидко набридати і навіть дратує мене.	І
4	Моя хвороба не заважає мені мати друзів.	Г
0	Жодне з визначень мені не підходить.	–
Ставлення до самотності.		
1	Віддаю перевагу самотності, тому що одній мені стає краще.	АС
2	Часто, залишаючись на самоті, я швидше заспокоююся: люди мене стали сильно дратувати.	НЯ
3	Бажання усамітнитися залежить у мене від обставин і настрою.	ГФ
4	Я боюся залишатися на самоті через побоювання, пов'язані з хворобою.	СЯ
0	Жодне з визначень мені не підходить.	Ф
Ставлення до майбутнього.		
1	Хвороба робить моє майбутнє сумним..	АА
2	Моє здоров'я не дає поки ніяких причин турбуватися за майбутнє.	ЗФ
3	Не вважаю, що хвороба може істотно відбитися на моєму майбутньому.	ЗЗ
4	Акуратним лікуванням і дотриманням режиму я сподіваюся домогтися поліпшення здоров'я в майбутньому.	ГТ
5	Через мою хворобу я в постійній тривозі за моє майбутнє.	ІСЯЯ
6	Я упевнена, що в майбутньому розкриються помилки і недбалість тих, через кого я занедужала.	П
0	Жодне з визначень мені не підходить.	–

## Методика вивчення якості життя хворих на рак

Є.В. Дьоміна, В.О. Чулкової, Н.Н. Блінова

Інструкція: серед зазначених питань, будь ласка, виберіть номер, який найкраще відбиває ваше самопочуття протягом останнього тижня й обведіть його кружечком.

1. Як ви оцінюєте стан свого здоров'я?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

найздоровіший

найхворіший

1.Яке ваше ставлення до виліковності хвороби:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

виліковна

невиліковна

2.Як часто ви думаєте про свою хворобу:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ніколи

постійно

3.Як ви оцінюєте своє самопочуття?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

дуже гарне

дуже погане

4.Наскільки ви щасливі:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

щасливий

нещасливий

5.Чи задоволені ви своїм життям?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

абсолютно так

абсолютно ні

6.Наскільки ви відчуваєте підтримку з боку родини:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

так

ні

7.Наскільки ви відчуваєте підтримку з боку друзів:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

так

ні

8.Як часто ви відчуваєте пригніченість:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ніколи

завжди

9. Наскільки ви задоволені ставленням чоловіка (дружини):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

задоволений

незадоволений