

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Кафедра української мови, психології та педагогіки**

**Магістерська робота**

**за спеціальністю 053 Психологія**

на тему: «Особливості копінг-стратегій онкохворих»

**Виконала** здобувачка вищої освіти

2 курсу, групи 1-24-276

I медичного факультету

спеціальності 053 Психологія

Сулима Марія Петрівна

**Керівник:** Соколова І.М., д. психол.н.,

професор кафедри української мови,

психології та педагогіки

**Рецензенти:** Алієва Т.А., к.психол.н.,

доцент кафедри сексології, психотерапії та

медичної психології;

Шейко А.О., к. психол.н., доцент кафедри

української мови, психології та педагогіки

Харків – 2026

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПИТАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У ЛЮДЕЙ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ</b>	<b>8</b>
1.1. Онкологічні захворювання: психологічний аспект	8
1.2. Проблема копіngu у психологічній науці	18
1.3. Стратегії подолання людей з онкологією	28
<b>Висновки до Розділу 1</b>	<b>37</b>
<b>РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ЛЮДЕЙ З ОНКОЛОГІЧНИМ ДІАГНОЗОМ</b>	<b>39</b>
2.1. Організація дослідження	39
2.2. Опис вибірки	46
2.3. Обробка даних та інтерпретація результатів	50
<b>Висновки до Розділу 2</b>	<b>56</b>
<b>РОЗДІЛ 3 ОРІЄНТОВНИЙ ПЛАН РОБОТИ ПСИХОЛОГА З ПАЦІЄНТОМ З ОНКОЛОГІЧНИМ ДІАГНОЗОМ</b>	<b>58</b>
3.1. Психотерапевтичні моделі втручання під час роботи з онкологічними пацієнтами	58
3.2. Ад'ювантна психологічна терапія	59
3.3. Структура терапевтичної роботи з пацієнтом з онкологічним діагнозом	63
<b>Висновки до Розділу 3</b>	<b>80</b>
<b>ВИСНОВКИ</b>	<b>81</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	<b>84</b>
<b>ДОДАТКИ</b>	<b>92</b>

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Онкологічне захворювання для людини є неабияким випробуванням, адже його встановлення руйнує все звичне життя хворого, навіть більше – зачіпає всю сімейну систему, а також стосунки з оточенням поза родиною. І попри те, що психоонкологи активно працюють над зменшенням стигматизації хворого, зміною сприйняття хвороби, досі існує чимало упереджень та хибних уявлень як про сам діагноз «онкологія», так і щодо особистості тієї людини, якій його поставили. І, зважаючи на прогнози щодо поширення раку, в найближчі кількадесят років ситуація онкологічними захворюваннями у світі лише погіршуватиметься. 2050 року прогнозують понад 35 млн нових випадків раку, що на 77% більше, ніж у 2022-го – таке пишуть у Міжнародному агентстві з дослідження раку ВООЗ. Особливо зростання зачепить країни, що мають низький рівень доходів, у яких удвічі може зрости смертність від онкологічних захворювань. Щодо України, то 2025 р. Центр громадського здоров'я МОЗ України оприлюднив такі цифри: за даними Національного канцер-реєстру України, у 2023 році було зареєстровано 110 022 нових випадки злоякісних новоутворень (52 626 – у чоловіків, 57 396 – у жінок). На початок 2024 року під медичним наглядом перебувало 1 153 519 пацієнтів із діагнозом онкологічного захворювання.

Водночас через бойові дії в Україні ситуація з онкозахворюваннями може погіршитися, і причин цього значна кількість. Насамперед руйнування медичних закладів – російська армія знищує не лише лікарні, але й їхнє обладнання, що погіршує доступ українців не лише до лікарської допомоги, але й діагностичних кабінетів, особливо це стосується тих регіонів, що перебувають під постійними обстрілами. Під час ракетно-бомбових і шахедних атак у повітря викидається велика кількість канцерогенів, ще гірша ситуація з ґрунтом, бо в нього потрапляють тонни заліза, міді, сполук сірки, частина боєприпасів містить

збіднений уран, згодом це все окиснюється і потрапляє до харчових ланцюжків. Також відбувається хімічне забруднення водою. Канцерогени активують симпатичну нервову систему людини, викликають запальні реакції, водночас пригнічують клітинний імунітет. Обстріли, вибухи, знищення людських домівок, вимушене переселення, неабияк впливають на психічний стан українців. До цього додається економічна нестабільність та життя у постійній невизначеності. Щоб упоратися з викликами війни, українці можуть вдаватися до неконструктивних стратегій опанування, як-от куріння, алкоголь, заїдання стресу, поведінкові зміни тощо. Для людей, у яких діагностували онкологію до часто невизначеності щодо їхньої хвороби, додається ще й невизначеність в умовах війни. Опанувальна поведінка, що мала на меті впоратися зі стресом через хворобу та її наслідки, має бути розширена ще й стратегіями, що спрямовані на подолання наслідків війни.

З огляду на біопсихосоціальний підхід онкологічне захворювання нині – це виклик, з яким стикаються не лише лікарі, але й фахівці психічного здоров'я. І ефективність їхнього втручання залежить від того, наскільки добре вони обізнані з нагальними викликами, з якими стикаються пацієнти з онкологічним діагнозом, зважаючи на реалії війни. Оскільки крім уже окреслених у психоонкології проблем, додаються ще нові, розуміння того, як українські онкопацієнти справляються з раком, зокрема, дають копінг-стратегії до яких вони вдаються. Ідеться про типи опанувальної поведінки, що передбачають когнітивні, поведінкові та емоційні зусилля, спрямовані на зменшення стресора. Адже саме ці стратегії і є вирішальними для адаптації до життя з раком. Саме цим і зумовлена актуальність пропонованого дослідження – з'ясувати копінгові стратегії пацієнтів з онкологічним діагнозом та що впливає на вибір ними тих чи тих стратегій.

Особливості опанувальної поведінки пацієток із уперше діагностованою онкопатологією в умовах хронічного соціального стресу досліджував

український науковець Б. Становський, у дисертації, зокрема, розглянуто вплив пандемії Covid-19. Серед українських науковців психологію копінг-поведінки досліджували Н. Родіна, Т. Ткачук, Л. Карамушка. Саме їхні праці і склали методологічну основу пропонованої роботи, а ще дослідження R. Lazarus, S. Folkman, E. Skinner, M. Somerfield, E. Frydenberg, P. Costa, L. Gorman, I. Habibe. Вплив онкологічного захворювання на психічний стан людини вивчали J. Holland, M. Kulpa, N. Niveau, V. Venkataramu, R. Abrams. Особливості психотерапевтичних втручань під час роботи з пацієнтами з онкологічним діагнозом описали S. Moorey, S. Greer, T. Anghel, T. Levin.

**Об'єкт дослідження:** копінг-стратегії.

**Предмет дослідження:** психологічні особливості копінг-стратегій людей з онкологічним діагнозом.

**Метою дослідження** є вивчення копінг-стратегій пацієнтів з онкологічним діагнозом та створення подальшого орієнтовного плану роботи з ними для формування більш адаптивної опанувальної поведінки.

Відповідно до мети дослідження визначено такі **завдання:**

1. Здійснити теоретичний аналіз науково-теоретичної літератури щодо поняття копінг-стратегії і, зокрема, особливостей копінг-стратегій пацієнтів з онкологічним діагнозом.

2. Виявити та описати копінг-стратегії пацієнтів з онкологічним діагнозом.

3. Дослідити зв'язок вибору копінг-стратегій пацієнтів з онкологічним діагнозом із рисами особистості та самооцінкою та встановити взаємозв'язок копінг-стратегій із депресією та тривогою.

4. Розробити орієнтовний план роботи з пацієнтом, який має онкологічний діагноз.

У роботі висунуто кілька **гіпотетичних припущень:**

1. У пацієнтів з онкологічним діагнозом існує домінуюча категорія копінг-стратегій.

2. Існує зв'язок вибору копінг-стратегій з рисами особистості в пацієнтів з онкологічним діагнозом.

3. Існує зв'язок вибору копінг-стратегій з рівнем самооцінки в пацієнтів з онкологічним діагнозами.

4. Існує зв'язок вибору копінг-стратегій з рівнем тривожності в пацієнтів з онкологічним діагнозами.

5. Існує зв'язок вибору копінг-стратегій з рівнем депресивності в пацієнтів з онкологічним діагнозами.

Для досягнення мети та розв'язання завдань дослідження використано такі **методи:**

1) теоретичні – аналіз та синтез;

2) емпіричні – опитування: анкетування, а також методики:

а) Опитувальник Brief-COPE авторів С.С. Carver, 1997, адаптація Т. Яблонська, О. Вернік, Г. Гайворонський;

б) Шкала самооцінки Розенберга, Український інститут когнітивно-поведінкової терапії;

в) короткий П'ятифакторний опитувальник особистості TIPI (TIPI-UKR), українську версію якого адаптували М. Кліманська та І. Галецька;

г) Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS;

3) математико-статистичної обробки даних – кількісного опису даних (частотний аналіз) та статистичного виводу (кореляційний аналіз). Обрахунки здійснено завдяки програмному забезпеченню для математично-статистичного оброблення даних The jamovi project.

**База дослідження.** У дослідженні взяли участь 47 людей, з них 40 жінок і 7 чоловіків. Вік учасників від 18 до 88 років Опитування проведено в Національному інституті раку (Київ).

**Наукова новизна** роботи полягає в тому, що вперше досліджено копінг-стратегії людей з онкологічним діагнозом під час повномасштабного вторгнення росії в Україну. Отримало подальший розвиток питання опанувальної поведінки людей з онкологічним діагнозом в умовах повномасштабної війни.

**Практичне значення** дослідження полягає в тому, що його результати можна використати в роботі психологів у реабілітаційних центрах для людей з онкологічним діагнозом, з людьми, які доглядають за онкопацієнтами, а також для роботи з близькими або опікунами людей з онкологічним діагнозом.

Матеріали дослідження апробовано на Науково-практичній конференції «Моделі життєтворчості особистості у сучасних соціокультурних контекстах», 16 жовтня 2025 р.

**Структура роботи:** кваліфікаційна робота містить вступ; три розділи, висновки до кожного з них; загальні висновки; список використаних джерел, що налічує 60 найменувань (із них 45 іноземною мовою) та додатки. Основний зміст викладено на 81 сторінці комп'ютерного набору. Повний обсяг роботи становить 103 сторінки.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПИТАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ У ЛЮДЕЙ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

### 1.1. Онкологічні захворювання: психологічний аспект

Онкологічний діагноз, за визначенням J. Payne [33], – це універсальний стресовий досвід. Психосоціальний дистрес дуже поширений і різноманітний на всіх етапах лікування цього захворювання і може спричиняти стільки само страждань, скільки і фізичні наслідки хвороби. В останні роки психосоціальна онкологія (психоонкологія) стала міжпрофесійною спеціальністю, що вивчає емоційні наслідки раку та важливість психосоціальної допомоги протягом усього перебігу хвороби. Доктор J. Holland, одна із засновниць психоонкології, підкреслювала, що емоційна реакція на рак може впливати як на захворюваність, так і на смертність [33]. Основна мета психосоціальної допомоги в цій групі населення є визнання та усунення наслідків, які рак та його лікування мають на психічний стан та емоційне благополуччя пацієнтів, їхніх родин та професійних доглядальників. J. Holland визначила три фактори, що впливають на психологічну адаптацію: тип раку, особисті навички подолання та ставлення суспільства до хвороби [35].

Онкологічне захворювання є хронічним і психосоціально деструктивним, викликає біль, нагадуючи пацієнтові про смерть, і створює почуття провини та тривоги, паніку та розгубленість. Сприймається як руйнування з думками про страх, безнадію, провину, відчай і покинутість і викликає кризу психологічної рівноваги особистості. Основними джерелами стресу для онкологічних хворих є знання про те, що смерть може настати дуже скоро, а також побічні ефекти та можливість неефективності більшості відомих методів лікування [34]. Подібно до того, як поведінкові фактори відіграють роль у формуванні хвороби,

психіатричні ускладнення можуть розвинутися у хворих на рак через різноманітні нейрофізіологічні та передбачувані психологічні ефекти. Починаючи з етапу діагностики, багато різних емоційних і поведінкових реакцій можуть впливати на всі етапи лікування онкохворого. Кожен пацієнт має свої уявлення, що таке рак для нього: йдеться про те, що в людини виникають не лише фантазії вмирання та смерті, а ще й думки про бідність, біль, тотальне виснаження та безпорадність.

I. Lang-Rollin зауважує, що досі є неясною вплив стресу та особистісних факторів на розвиток та прогноз раку, натомість стан здоров'я та соціально-економічний статус мають значний вплив на розвиток та прогноз хвороби. Вона припускає, що «основні стресові шляхи гіпоталамо-гіпофізарної осі та вивільнення гормонів надниркових залоз потенційно можуть впливати на процеси, пов'язані з раком, такі як пошкодження та відновлення ДНК, апоптоз, міграція та інвазія, ангиогенез, а також імунні процеси» [40]. I. Lang-Rollin наводить результати численних досліджень, згідно з якими існує статистично значуща кореляція між основними життєвими подіями та захворюваністю на рак, утім, зауважує, що результати можуть бути спотвореними похибкою пригадування [14].

R. Abrams та J. Finesinger описали провину та сором як поширені реакції, пов'язані зі стигмою раку [16]. Вони зауважують, що в пацієнтів виникає потреба знайти причини їхньої хвороби, наприклад у минулому досвіді. І це або їхня провинна, або провинна когось іншого, водночас, за спостереженнями, в понад половині випадків, люди звинувачують себе. Четверта частина пацієнтів вважала, що їхнє захворювання спричинене спадковістю, перенапруженням під час догляду за хворим родичем, частими вимогами сексуального партнера або недбальством лікаря. Крім того, провину пацієнтів можуть посилювати самодокори за те, що вони пізно звернулися по допомогу. Загалом дослідники підсумовують, що почуття провини присутнє практично в кожного пацієнта з

онкологічним діагнозом [16]. Часто людина може вдаватися до раціоналізації, кажучи собі, що це не може бути рак, адже в родині ніхто ним не хворів, або що вона не зробила нічого такого, щоб бути покараною цією хворобою, або що цього не могло статися з нею. Також у своєму дослідженні вони виявили, що хворі на рак мають багато сорому через власне захворювання, вважаючи свою хворобу нечистою, гріховною, пацієнти могли звинувачувати інших людей, вважаючи, що заразилися від них або дезінфікувати власні речі, щоб не заразити інших. Крім того, виявлені випадки, коли хворі просили не повідомляти про їхній діагноз іншим або відмовлялися після лікарні повертатися додому. Як пише J. Holland, стигма, пов'язана з раком, зменшилася лише тоді, коли пацієнтам почали повідомляти їхній діагноз [35]. За спостереженням R. Abrams та J. Finesinger, почуття провини має вплив на лікування, адже пацієнти, що відчують провину, часто заперечують симптоми, як наслідок – звертаються по медичну допомогу з затримкою [16]. Почуття провини викликає в пацієнта відчуття неповноцінності, неадекватності, відторгненості, внаслідок чого з'являється думка, що він негідний уваги чи турботи про себе; на додачу це зменшує соціальну активність, соціальну взаємодію та комунікацію з іншими людьми. Водночас можливість обговорити свої страхи, те, що тривожить, є вкрай важливими під час догляду за хворими.

Найпоширенішими психічними розладами, які спостерігаються при онкологічних захворюваннях, є марення, депресія, розлади адаптації, тривога, сексуальні дисфункції та розлади сну, які загалом вражають 30–40% людей з онкологічним діагнозом [54]. Захворюваність на психічні розлади серед тих, хто перебуває на запущеній стадії, вища.

У пацієнтів із онкологічним діагнозом депресія є одним із найчастіше діагностованих психічних розладів. Загалом рівень депресії у таких людей утричі вищий, ніж у загальній популяції [54]. Дослідження з використанням критеріїв діагностики статистичного довідника психічних розладів (DSM) для

великого депресивного розладу виявили різноманітність поширеності в діапазоні від 2,0 до 43,5%, тимчасом як палати паліативної допомоги задокументували показники депресії до 49,0%. Крім того, повідомляють, що ще 16% пацієнтів мають субклінічну депресію [54].

Локалізація первинного раку також впливає на рівень депресії, найбільш поширеною вона є при раку підшлункової залози та легенів і найменшою при інвазивному раку шкіри [54]. Дані свідчать про те, що діти та підлітки, хворі на рак, не більш депресивні, ніж здорові контрольні особи, тимчасом як для деяких видів раку серед дорослих вік обернено пов'язаний з депресією. Стать також є значущим фактором: при деяких типах раку пацієнти жіночої статі вдвічі-втричі частіше страждають від депресії, ніж чоловіки. Рівні психологічного стресу та депресії також змінюються протягом хвороби та є найвищими під час встановлення діагнозу. Проте рівень депресії у тих, хто пережив рак через п'ять років після встановлення діагнозу можна порівняти з більш широким загалом і становить 4%. Метастази та біль при раку також були пов'язані з більш високим рівнем депресії. Поширеність депресії у пацієнтів з високим рівнем болю порівняно з низьким значно вища [54].

Водночас депресію слід диференціювати від деморалізації, яку дослідники визначають як постійну нездатність упоратися зі стресом (з внутрішньо чи зовнішньо індукованим), у психіатричній літературі цей термін уперше використав Дж. Франк [36]. На його думку, деморалізація змушує людину почуватися безсилою, ізольованою та у відчаї, її прямим вираженням є симптоми тривоги та депресії. Загалом, визначаючи деморалізацію, дослідники пишуть, що це «психологічний стан, що характеризується неприємними, тривожними почуттями, вираженими такими словами, як «це занадто багато», «це марно», «я більше не можу», приписуючи пацієнтом невдачі або недоліки свого оточення (безпорадність) та/або власні особисті невдачі чи неадекватність, для яких нічого не можна зробити (безнадія)» [30]. Пацієнт

відчуває тривале та генералізоване (тривалістю щонайменше 1 місяць) почуття безпорадності чи безнадійності або здачі, клінічною ознакою деморалізації вважають суб'єктивну некомпетентність та пов'язані з нею почуття безнадійності та безпорадності [50].

Розмежовуючи деморалізацію та депресію, дослідники згодом зауважили, що пацієнти з депресією відчують ангедонію, а ті, хто має деморалізацію, втрачають відчуття ефективності. Деморалізація характеризується двома станами: дистресом і відчуттям некомпетентності, що є результатом невпевненості щодо того, в якому напрямку рухатися. Люди з депресією та ангедонією не можуть діяти (навіть якщо вони знають правильний напрямок руху). Крім того, у деморалізованих пацієнтів зазвичай зберігається реактивність настрою. На відміну від депресивного індивіда, деморалізований пацієнт може відчувати надію та відчувати насолоду, долаючи труднощі. Наприклад, пацієнт, який страждає від деморалізації, може відчути поліпшення настрою у відповідь на відпустку, успішний контроль болю або візит важливої людини, на відміну від депресивного пацієнта, який не може звільнитися від дисфоричного стану. Як пишуть P. Porcelli та Ch. Rafanelli, деморалізація і велика депресія, хоча і перетинаються, проте є різними явищами. Людина в депресії не здатна відчувати задоволення від будь-якого виду через первинне зниження мотивації та драйву, тимчасом як деморалізована людина не може визнати очікуваного задоволення через гальмування своєї ініціативи, але на задоволення від споживання це не впливає [50]. Суїцидальні думки можуть виникати за наявності безнадійності, але їм бракує стійких ознак депресії. На тлі великого депресивного розладу симптоми деморалізації можуть бути присутніми, а можуть бути відсутніми, і не пояснюють його загальної тяжкості [50]. Дослідження засвідчили, що в медичних пацієнтів частота деморалізації становила 30%, тимчасом як частота великої депресії становила лише 17% [50].

Деморалізацію було виявлено у майже 30% онкологічних пацієнтів [30]. Ознаки цього стану у пацієнтів із онкологією такі: втрата сенсу, дисфорія, розчарування, безпорадність і відчуття невдачі [36].

Тривога на рівні розладу спостерігається приблизно у 35% хворих на рак; це вище, ніж у загальній популяції [56]. Серед тих, у кого діагностовано рак, тривогу зазвичай розглядають як реакцію на загрозу або страх перед невизначеністю, стражданням і смертністю. Тривога може погіршити наявні медичні симптоми, а також перешкоджати лікуванню раку. Серед розладів спектру тривоги виявляють такі, як генералізовану тривожність, соціальну тривожність, специфічні фобії, obsесивно-компульсивний розлад, гостру стресову реакцію та посттравматичний стресовий розлад [56].

Серед нервово-психічних розладів найчастіше асоціюється з онкологією делірій. Делірій пов'язаний із високим рівнем смертності, захворюваності, збільшенням навантаження на осіб, які доглядають за хворими, збільшенням тривалості перебування в лікарні. Його спостерігають у 20–30% людей, у яких діагностовано рак, і захворюваність становить 85% у тих, хто має невиліковну хворобу [56]. Він може бути спричинений різними причинами, які піддаються лікуванню та оборотними, а також може бути спричинений незворотними причинами, йдеться про термінальний делірій. Серед тих, хто має вищий ризик розвитку марення, – це люди з неадекватним контролем болю, ті, хто має життєвий стрес або втрату, депресію в минулому, хворі на рак легенів, шлунка, ротоглотки. Також, ті, хто вживає психоактивні речовини, хворі з пухлиною головного мозку, вразливістю судин, паркінсонізмом, хворобою тільця Леві, хто має депресію в сімейному анамнезі, а також погані навички подолання. Також на появу делірію впливає рівень фізичної вади. Спричиняти марення також можуть препарати, зокрема гормональні засоби, хіміотерапевтичні засоби, опіоїди, амфотерицин В, статини, вареніклін. Серед факторів ризику марення виокремлюють вік понад 65 років, делірій, деменція, та/або когнітивні

порушення в анамнезі, низький рівень фізичної/когнітивної активності, порушення зору/слуху, зневоднення, неправильне харчування, зловживання алкоголем/вживання психоактивних речовин, запущена фаза раку, супутні захворювання [56].

Виокремлюють також втому, пов'язану з раком, її визначають як «постійне, тривожне, суб'єктивне відчуття фізичної, емоційної та/або когнітивної втоми чи виснаження, пов'язане з раком або лікуванням раку», яке у важких випадках не зменшується під час відпочинку [56]. Вона також непропорційна рівням активності та заважає рутинній діяльності і спостерігається у 40–100% людей, хворих на рак [56]. Втома може бути пов'язана з будь-якою стадією хвороби (під час діагностики, лікування чи догляду в кінці життя) і може навіть зберігатися протягом тривалого часу, іноді роками після лікування. Вона впливає на якість життя, і цей вплив є всеосяжним і глибоким. Втома знижує здатність працювати та брати участь у діяльності (соціальної/дозвільній) і може перешкоджати підтримці стосунків, які є значущими.

25–59% тих, у кого діагностовано рак, мають проблеми зі сном [56]. Причому дослідники пишуть, що пацієнти з онкологією мають удвічі більше проблем зі сном, порівняно з загальною популяцією [19]. Безсоння зазвичай пов'язане з болем, госпіталізацією, прийомом ліків за рецептом, тривогою та страхом щодо раку та його лікування, тобто виникає воно на всіх етапах перебігу хвороби. Наслідком безсоння, пов'язаного з високим рівнем дистресу, є проблеми з фізичним і психічним здоров'ям, що часто призводить до погіршення якості життя.

Приблизно 30%–100% тих, хто пережив рак, повідомили про сексуальні проблеми [56]. І спостерігають їх на різних етапах: на етапі діагностики або на різних стадіях лікування раку, включаючи системну хіміотерапію, імунотерапію, хірургічне втручання, променеву та гормональну терапію.

Сексуальне здоров'я тісно пов'язане з психосоціальним здоров'ям, психічним здоров'ям, минулими травмами, на нього впливають також релігійні та культурні чинники. Люди, які пережили рак, відчують широкий спектр сексуальних проблем, таких як труднощі зі збудженням, вагінальна атрофія, сухість/погане мастило, зниження інтенсивності або частоти оргазмів, зниження сексуального бажання, зниження сексуального задоволення та диспареунія. Сексуальний розлад також сприяє погіршенню образу тіла та сексуальної самооцінки.

Психоз, частіше шизофренія, спостерігається у 1% населення світу. Проте майже «у 50% пацієнтів з діагнозом шизофренія були значні затримки між діагностикою раку та початком лікування» [56]. Різними причинами затримки є нездатність людей із психозом пояснити свій дистрес, дивні описи можуть бути інтерпретовані як психотичні чи позитивні симптоми, а докладна оцінка затримується. Дослідники з'ясували, що хворим на шизофренію найчастіше діагностують рак на пізніх стадіях [56]. Психоз, що існував раніше або нещодавно виник, може негативно вплинути на якість догляду, безперервність догляду та досягнення ремісії. Якість догляду також є низькою для бездомних та психіатричних пацієнтів. Труднощі з дотриманням інструкцій роблять їх більш схильними до побічних ефектів хірургічного втручання, хіміотерапії та інших методів лікування. Лікування психозів у людей з раком таке ж, як і в загальній популяції.

Дослідники окремо виділяють переживання людей на термінальній стадії. Оскільки, як зазначають L. Gorman, R. Anwar, смерть – це загроза з багатьма спільними темами [33], то можна говорити про певні спільні страхи, з якими стикаються пацієнти на кінцевій стадії життя, найбільшим із яких є страх смерті. І йдеться не лише про хворого, його життєві плани, нереалізовані завдання, але й майбутнє родини. Страх болю і страждань, бо є побоювання, що смерть може означати жахливий біль, втрату гідності, можливо, є досвід, коли

той, хто помирав від невиліковної хвороби дуже страждав, кричав у муках. Також є страх бути покинутим, причому не лише їхніми доглядальниками, але й лікарями, приміром, коли вони кажуть, що вже нічого не можуть зробити. Втрата контролю, що може розцінюватися як щось принизливе і провокувати тривогу, крім того, може з'являтися відчуття в пацієнта, що він став тягарем для власної родини. Втрата ідентичності: з прогресуванням хвороби пацієнт втрачає дедалі більше аспектів власного Я, стосунки, інтереси, навички здібності – те, що визначало часто, ким є людина у житті, втрачається, як наслідок пацієнт відчуває дедалі більшу розгубленість. Втрата гідності та втрата образу тіла/самості: інші люди можуть уже не сприймати людину, як ту, що була раніше, це посилює відчуття сорому, думки про те, що її вже не люблять. Втрата близьких: пацієнт очікує розлуки і самотності, невиліковна хвороба створює відчуття відокремленості або відірваності від інших. Втрата надії: при невиліковній хворобі надія зазнає чималих випробувань, ідеться не про безнадійні сподівання, а про зміни свого бажання щодо майбутнього.

На те, як людина сприймає негативні життєві події, впливає її самооцінка. Вона є показником толерантності, прийняття та особистого задоволення собою і є результатом афективної оцінки набору атрибутів, які людина приписує собі. Самооцінка є центральною для людського добробуту, і її рівень має багато наслідків. Дослідження засвідчили, що високий рівень самооцінки призводить до почуття «ініціативи, наполегливості перед лицем труднощів, збільшення зусиль для досягнення мети та багатьох видів поведінки, що негативно впливає на здоров'я» [49]. І навпаки, низька самооцінка пов'язана з високою частотою та інтенсивністю фізичних симптомів і є «трансдіагностичним симптомом багатьох розладів психічного здоров'я» [49]. К. Cieślak пише про те, що «самооцінка має велике значення для копінгу з втратою здібностей, оскільки вона забезпечує основу для висновків і прогнозів щодо майбутньої поведінки індивіда в конкретній соціальній позиції» [26].

Рак і його лікування є важливими стресовими факторами, які роблять пацієнтів особливо вразливими до змін у самосприйнятті. N. Niveau виокремлює кілька причин цього. По-перше, фізичне пошкодження, пов'язане з лікуванням раку, є поширеним явищем і призводить до зміни образу тіла, що своєю чергою може викликати зниження самооцінки. По-друге, вплив раку на самооцінку більший у молодших дорослих або у пацієнтів, які проходять курс хіміотерапії [49]. Багато вікових змінних також мають значення, наприклад соціально-економічний статус пацієнтів (сімейний стан, статус зайнятості). Крім того, деякі види раку (наприклад, рак молочної залози, рак передміхурової залози) і лікування (наприклад, хірургічне втручання, хіміотерапія) матимуть значні побічні ефекти, а іноді й віддалені наслідки, такі як проблеми з фертильністю або сексуальна дисфункція, впливаючи на відчуття мужності/жіночності та сімейні плани деяких молодих пацієнтів.

Дослідники вивчали вплив типу хірургічного втручання, застосованого жінкам із діагнозом рак молочної залози, на сприйняття тіла, самооцінку, сексуальне задоволення та досвід, і різниці в самооцінці не було виявлено [34]. Водночас спостерігався значний зв'язок між косметичними результатами та тривогою, депресією, сприйняттям тіла, самооцінкою та сексуальністю. У пацієнтів, які отримували лікування від гінекологічного раку, виявили посилення симптомів тривоги та депресії, спотворене сприйняття тіла та зниження самооцінки [34]. Почуття загрози в міжособистісних стосунках може бути наслідком схильності відчувати, що суспільство може завдати їм шкоди, а мрії показують, що вони все ще мріють про те, чого не могли робити до раку [34].

Стійкість серед тих, у кого діагностовано рак, – це здатність пережити та залишатися оптимістичними, попри виклики. Виявлення відсутності стійкості та втручання для її підвищення може змінити досвід і результат для людини з раком і члена його/її сім'ї. Припускають, що ширше використання адаптивних

стратегій значною мірою пов'язане з вищою стійкістю, а більше застосування неадаптивних стратегій пов'язане з нижчою стійкістю [18].

## 1.2. Проблема копінгу у психологічній науці

Подолання дослідники [55] визнають критичним фактором у взаємозв'язку між стресовими подіями та фізичною і психологічною адаптацією. За останнє десятиліття з'явилися численні дослідження, зокрема й клінічні, щодо ролі копінгу в посередництві між стресовими подіями і такими наслідками, як депресія, тривога і соматичні захворювання. Серед іншого вивчали, якою мірою копінг сприяє психосоціальній адаптації серед людей, які стикаються з певними життєвими кризами.

Подолання у разі хронічних захворювань, – це те, як людина реагує на діагноз і те, як справляється з хворобою. Подолання раку – «це вкрай необхідна навичка, бо вона допомагає пацієнтам стабілізувати свою реакцію на діагноз, що змінює життя, і його можливі довгострокові наслідки» [43]. Це важливо у світлі того, що те, як пацієнт справляється з раком, безпосередньо впливає на різні психосоціальні фактори, такі як якість життя, психологічне благополуччя, соціальні взаємодії, те, як він інтегрує хворобу у своє життя тощо.

R. Lazarus і S. Folkman визначили копінг як «постійні когнітивні та поведінкові зусилля, що постійно змінюються, спрямовані на керування конкретними зовнішніми та/або внутрішніми вимогами, що оцінюються як такі, що обтяжують або перевищують ресурси людини» [41]. Цю концепцію згодом розширили від дослідження стресових подій до психосоціальної адаптації до хронічних захворювань. Відповідно до цього копінг виконує три такі головні функції: усунення або модифікація проблеми, що викликає дистрес, зміна сенсу пережитого і регулювання емоційного дистресу. Ідеться про те, що копінг – це свідомо поведінка, що може бути як спрямована на активну взаємодію з

ситуацією, – зміна ситуації (піддається контролю) – або пристосування до неї (якщо ситуація не піддається контролю) [14]. Саме цим копінг відрізняється від емоційного регулювання, бо йдеться і про контроль за поведінкою.

За R. Lazarus R. і S. Folkman, когнітивні зусилля – це процес аналізу проблеми, складної ситуації тощо, робота над можливим планом дій, емоційні зусилля – це і контроль власних переживань, і емоційна підтримка оточення, водночас поведінкові зусилля сприяють тому, що людина, яка переживає складну ситуацію, може досягти бажаного результату [41].

Саме R. Lazarus і S. Folkman виокремлюють визначальні особливості опанувальної поведінки:

- 1) орієнтація на процес;
- 2) орієнтація на контекст – тобто ситуація визначає і те, як людина долатиме труднощі;
- 3) відсутність дихотомії хороший/поганий копінг, бо це завжди зусилля особистості без оцінки їхньої результативності. На їхню думку, розглядати копінг у термінах цінності або результату призводить до того, що опанування тотожне результату, що є тавтологією [31]. «Головне завдання копіngu – забезпечення й підтримка благополуччя людини, її фізичного і психічного здоров'я та досягнення задоволеності соціальними взаєминами» [3].

Коли йдеться про копінг, то загалом розрізняють такі поняття, як копінг-процес – розуміння опанування труднощів у динаміці; копінг-поведінка – готовність долати певні труднощі; копінг-стратегії – це спосіб подолання, що сформувався в репертуарі людини [2].

У поясненні поняття копінг розрізняють диспозиційний, ситуаційний та інтегративний підходи.

Диспозиційний підхід передбачає визначення поняття копіngu через особистісні якості [11]. Загалом ідеться про те, що опанувальна поведінка є властивістю особистості, що проявляється незалежно від ситуації. G. Vonnano та

ін. пишуть про так звану чутливість до вимог або можливостей [21]. Саме індивідуальні відмінності в чутливості до контексту визначають, наскільки людина має гнучкість саморегуляції.

Вибір стилів опанувальної поведінки визначається і Я-концепцією особистості. І зв'язок тут є двоспрямованим, оскільки з одного боку самооцінка визначає вибір копінг-стратегій, а разом використання певних копінг-стратегій певною мірою формує самооцінку та Я-концепцію. З'ясовано, що тривожність має вплив на емоційно-орієнтований копінг водночас для проблемно-орієнтованого визначальною є позитивна Я-концепція. Дослідники вивчали і зв'язок між локусом контролю та арсеналом копінг-стратегій особистості і з'ясували, що екстернальний локус контролю негативно корелює з копінгом, орієнтованим на наближення, і позитивно – з копінгом, орієнтованим на уникнення [38]. На більшу адаптивність впливає також саморозвиток, бо ті, хто працює над самовдосконаленням, засвідчили більшу адаптивність, «рівень кортизолу в слині у тих, хто приділяє значну увагу саморозвитку і підсиленню, є свідченням їхньої мінімальної реакції на стрес» [22]. Є дані і щодо емоційної дисоціації, зокрема, дослідження показали, що вона може знизити рівень горя чи дистресу після важкої втрати, схожі результати і щодо використання позитивних емоцій та сміху [22].

В. Крайнюк пов'язує копінг із життєвою позицією людини, її активністю, потребою в самореалізації [6]. Тобто йдеться про те, що опанувальна поведінка тісно пов'язана зі світоглядною позицією особистості, і тут визначають поняття «адекватного копінгу» [12], набір копінг-стратегій відповідає цінностям людини, її світоглядним орієнтирам.

На процес подолання впливає і витривалість, тобто прагнення мати мету в житті, розуміння, що людина може впливати на результати подій, а також відсутність однозначного погляду на досвід – навіть щось негативне може вчити чогось чи сприяти розвитку. G. Vonnano виокремлює 5 факторів у понятті

витривалості: вибірковий контроль; зберігання соціальних зв'язків; здатність ділитися своїм болем; когнітивна переоцінка; вміння адаптуватися. [13]

Щодо темпераменту, то він визначає, які типи подій людина визнає як стресові [6]. Дослідники з'ясували, що екстраверсія помірно корелює з використанням стратегій розв'язання проблем та пов'язана зі схильністю шукати інструментальної підтримки; сумлінність із когнітивною реструктуризацією; згідливість особистості – з пошуком соціальної підтримки і когнітивною реструктуризацією; відкритість до досвіду із позитивною переоцінкою, пошуком інформації та розв'язанням проблем, але негативний зв'язок з уникненням та подоланням [20]. І. Аршава та Е. Носенко пишуть про те, що готовність людини до оптимального функціонування є індивідуальним ресурсом стресоподолання [1].

Утім, оскільки значущих кореляцій між копінгом та особистісними особливостями так і не було виявлено, «зв'язок між особистістю і копінгом може бути більш скромним, ніж передбачалося, або що модератори, такі як вираженість стресу, фокус або часовий проміжок звітності за шкалою копінгу чи демографічні фактори, впливають на ці зв'язки» [27]. Тож поки що можна казати про те, що особистісні риси є не єдиним визначальним фактором копінг-стратегій особистості, а швидше фактором, що діє поруч із іншими у стресовій ситуації та формуванні опанувальної поведінки.

Копінг вивчають і в рамках ресурсного підходу, оскільки саме комплекс ключових ресурсів допомагає зберегти здоров'я у непростих для людини обставинах. Ресурсами можуть бути різні власні навички, вміння і здібності, а також найрізноманітніші види допомоги соціального середовища. До ресурсів зазвичай зараховують наявність і доступність моральної, емоційної, матеріальної, інструментальної допомоги соціального середовища та власні здібності, навички й уміння людини. «За теорією збереження ресурсів Хобфолла, є два класи ресурсів: матеріальні та соціальні (пов'язані з цінностями)» [2].

Водночас М. Селігман головним ресурсом для людини, коли вона протистоїть стресу, вважає оптимізм [2]. Важливою є віра людини в те, що ситуація не безнадійна, віра в успіх і подолання.

Копінг розглядають і в межах салютогенетичної концепції А. Антоновськи, у якій ідеться про ті ресурси та чинники, що попри вплив найрізноманітніших чинників сприяють збереженню здоров'я. На думку дослідника, успішне протистояння стресу можливе завдяки почуттю когерентності, завдяки якому людина розуміє причинно-наслідкові зв'язки між подіями і має впевненість у тому, що володіє тими ресурсами і здібностями, завдяки яким зберігає контроль над власним життям [9]. Салютогенетичний підхід має на меті дослідити індивідуальні особливості та з'ясування того, завдяки чому комусь вдається долати навіть важкі стресові ситуації. На думку А. Антоновськи, «саме психологічні особливості особи є тим чинником, який координує, каталізує, модулює, модифіку та забезпечує можливість (або неможливість) використання та реалізації різноманітних наявних ресурсів» [8].

Дослідники також вивчали взаємозв'язок між копінгом і психосоціальним благополуччям, зокрема що стосується людей з онкологічним захворюванням. Виявлено, що реакції уникнення та беспорядно-безнадійні реакції пов'язані з більш високими показниками тривоги та депресії, натомість активні або конфронтаційні стилі подолання пов'язані з кращою адаптацією. Позитивний зв'язок між рівнем тривоги і депресії та копінгом спостерігався для тривожного очікування, фаталістичного та беспорядно-безнадійного стилів подолання, тимчасом як бойовий дух негативно пов'язаний із тривогою та депресією. Утім, науковці зауважують, що такі висновки ґрунтуються на невеликих дослідженнях, загальноприйнято вважати, що психічне ставлення людини до діагнозу раку впливає на шанси на виживання, а найбільш відомими психологічними факторами подолання є бойовий дух і беспорядність/безнадійність.

Представники ситуаційного підходу фокусуються саме на процесах подолання стресу, зокрема вивчають специфічні стратегії, що спрацьовують у кожному окремому випадку. Згідно з цим підходом, контекст має критичне значення. Такі характеристики копінгу відрізняють його від адаптації, бо копінг – це завжди про щось нове, адаптується людина до чогось уже згодом. Опанування – це насамперед упоратися з ситуацією, без уваги на результат. Тут дослідники розглядають більш рухливі і мінливі ситуаційно обумовлені фактори, які визначають вибір копінг-стратегій. Відповідно до цього підходу індивід в одних випадках, головно, використовує одну форму подолання, а в інших – вдається до стратегій розв’язання шляхом зміни ставлення «особистість – довкілля».

Існує і третій підхід – інтегративний, його представники поєднують ідеї диспозиційного та ситуаційного підходів [7]. Зокрема, вважають, що на вибір копінг-стратегій впливають як особистісні, так і ситуаційні фактори. Згідно з ним, копінг виступає одним із аспектів здібностей людини, який разом із ресурсами слугує перетворенням ситуації, усуненням загрози. E. Frydenberg стрес-долання розглядає як результат взаємодії особистості та ситуації, що визначається індивідуальними характеристиками людини, а також особливостями сприйняття й когнітивної оцінки подій, власних можливостей і результативності обраних дій. [7].

Дослідники вказують і на вплив культурного фактору на вибір копінг-стратегій, приміром, американці зазвичай використовують більше поведінкових стратегій, тимчасом як азійці надають перевагу когнітивній опанувальній поведінці [25].

Існує чимало підходів до класифікації копінг-стратегій – їх здійснюють за різними критеріями, спираючись на ті чи ті аспекти проблеми.

Дихотомічна класифікація A. Ebata та R. Moos [32], які поділяють копінг-стратегії на такі, що спрямовані на розв’язання проблеми та її уникнення. За

ступенем ефективності копінг-стратегії поділяють на: продуктивні (конструктивні), які допомагають успішно та швидко впоратися зі стресом; відносно продуктивні (відносно конструктивні), які допомагають упоратися зі стресом у певних ситуаціях; непродуктивні (неконструктивні), які не усувають стресового стану [4].

Е. Frydenberg та R. Lewis [32] залежно від продуктивності виділяють 18 стратегій копінг-поведінки, при цьому об'єднують їх у три стилі: розв'язання проблеми, непродуктивний копінг, звернення до інших.

R. Lazarus і S. Folkman виділяють два шляхи боротьби зі стресом: проблемно-орієнтований та емоційно-орієнтований [41]. Перший передбачає розв'язання стресової ситуації, тимчасом як другий застосовуваний у ситуаціях, на які людина вплинути не може.

Коли людина опиняється в стресовій ситуації, вона має оцінити її важливість для свого добробуту – це і є когнітивна оцінка. R. Lazarus та S. Folkman виокремлюють первинну та вторинну оцінки. Первинна – людина визначає загрозу як очікувану шкоду або з огляду на втрати, які ще не відбулися [Там само]. Другою частиною когнітивної оцінки є вторинна оцінка, коли відбувається аналіз, що можна зробити в загрозовій ситуації, які є доступні варіанти подолання. Завдяки первинній та вторинній оцінкам людина визначає, чи взаємодія «людина – довкілля» є важливою для добробуту, і якщо так, то чи є ця взаємодія переважно загрозовою (містить можливості шкоди чи втрати), чи є викликом [31].

Дослідники визначають подолання як «постійну зміну когнітивних і поведінкових зусиль для керування конкретними зовнішніми та/або внутрішніми потребами, які оцінюються як перевищення ресурсів особи» [41]. Водночас дослідження, що ґрунтуються на теорії трансакційного стресу та копінгу «задокументували центральну роль когнітивних оцінок у процесах подолання стресу в різних групах населення, які стикаються з серйозними

загрозами для сенсу життя, зокрема в тих, хто стикається з серйозними захворюваннями, такими як рак і серцево-судинні захворювання, а також з важкою втратою, терористичними атаками, стихійними лихами та багато інших серйозних життєвих стресів» [28].

Проблемно-орієнтовані стратегії містять п'ять підстратегій: конфронтація, витривалість/покура/зусилля; втечі/уникнення; планомірне розв'язання проблеми; пошук соціальної підтримки [24].

Насправді розмежування проблемно-фокусованого та емоційно-фокусованого копінгу часто є умовним, бо ці дві стратегії працюють разом.

W. Weiten та M. Lloyd копінг-стратегії поділяють на ті, що мають обмежену цінність, та конструктивні стратегії [58]. Своєю чергою в межах конструктивних копінг-стратегій виокремлюють стратегії когнітивної адаптації, стратегії поведінкової адаптації та емоційно-орієнтовані стратегії.

Серед найпоширеніших моделей подолання труднощів, що мають обмежену цінність, такі: опускання рук, напад на інших, потурання собі, звинувачення себе, використання захисного копінгу. Щодо захисного копінгу, то на ньому варто зупинитися докладніше. Захисні механізми – це здебільшого несвідомі реакції, що захищають людину від неприємних емоцій, зокрема тривоги та почуття провини. Їхнє основне призначення – відвернути небажані емоції або зменшити їхню інтенсивність, діють вони діють на різних рівнях усвідомлення і можуть бути свідомими або несвідомими реакціями. Утім щодо захисного копінгу висловлюють певні застереження. По-перше, захисний копінг – це стратегія уникнення, а уникнення рідко забезпечує справжнє розв'язання проблем. По-друге, такі захисні механізми, як заперечення, фантазія і проекція становлять «прийняття бажаного за дійсне», яке, найімовірніше, малодосяжне. По-третє, репресивний стиль подолання пов'язаний із поганим здоров'ям частково через те, що репресія часто призводить до того, що люди затягують розв'язання своїх проблем. Більшість теоретиків звикли вважати

точний контакт із реальністю ознакою міцного психічного здоров'я, проте тут є кілька зауваг. Ідеться про те, що інколи «ілюзії» можуть бути адаптивними для психічного здоров'я та благополуччя. Деякі дослідження підтверджують гіпотезу про те, що позитивні ілюзії сприяють добробуту. насправді важливе питання міри і насправді існує «оптимальна межа ілюзій»: надмірний самообман є дезадаптивним, але невеликі ілюзії часто можуть бути корисними [58].

Як зауважує Н. Родіна, «копінг-поведінка і психологічні захисні механізми виконують подібні функції. Вони активізуються в ситуаціях порушення психологічної рівноваги й беруть участь в адаптації до важких життєвих ситуацій. При цьому ефективну адаптацію до стресу забезпечують як більш зрілі психологічні механізми, так і більш продуктивні копінг-стратегії» [8].

Інші дослідники зауважують, що копінг-процеси включають когнітивні, моральні, соціальні та мотиваційні структури особистості, що розв'язує проблему. Якщо ж вона з нею не може впоратися, то тоді включаються захисні механізми, що сприяють пасивній адаптації, так звані ригідні, дезадаптивні. Тобто копінг і захист функціонують на основі однакових еґо-процесів, але є різноспрямованими механізмами у подоланні проблем [41]. R. Lazarus називає психологічний захист пасивною копінг-поведінкою. І розділяє захисні механізми і копінг так: захист означає вирішення важливої ситуації «тут і тепер», натомість копінг пов'язаний із майбутніми можливостями; психологічний захист має еґоцентричну адресацію на власне психічне здоров'я і успіх, а копінг – це соціально прийнятні засоби адаптивної поведінки, що враховують середовище; захисні механізми «працюють» на збалансування психічного стану особистості, натомість копінг спрямований на відновлення взаємин між особистістю та оточенням. «Психологічний захист – це «швидка допомога», що забезпечує психологічне виживання» [5]. Водночас на сьогодні

більшість науковців, які вивчають проблему психологічного захисту, схильні інтегрувати психологічний захист і копінг у єдину систему [14].

Конструктивне подолання позначає зусилля, спрямовані на подолання стресових подій, і які автори називають «відносно здоровими» [58]. Вони не гарантують успішного результату, водночас мають здорову, позитивну конотацію. Ознаки конструктивних копінг-стратегій такі: 1. Передбачають безпосереднє розв'язання проблем, релевантні завданням і орієнтовані на дію, це свідомі зусилля, спрямовані на раціональну оцінку наявних варіантів розв'язання проблем. 2. Ґрунтуються на достатньо реалістичній оцінці наявного стресу і ресурсів подолання. 3. Включають у себе навчання розпізнавання та керування потенційно деструктивними емоційними реакціями на стрес. 4. Передбачають навчання певного контролю над потенційно шкідливою або деструктивною звичною поведінкою. Це вимагає набуття певного поведінкового самоконтролю.

Водночас, згідно з останніми дослідженнями, насправді копінг не є якоюсь конкретною поведінкою, яку можна однозначно спостерігати, чи переконанням, про яке можна чітко повідомити. Е. Skinner називає його «організаційною конструкцією», що насправді охоплює величезну кількість дій, яку використовують люди, щоб опанувати стресові ситуації, він функціонує на кількох рівнях. І ці рівні такі: найнижчий – це так звані випадки копіngu, тобто реакції, до яких вдається людина, щоб подолати стресову ситуацію, найвищий рівень – це набір адаптивних процесів, що є «проміжною ланкою між стресом та його психологічними, соціальними та фізіологічними наслідками» [52], це рівень стратегії адаптації. Така ієрархія не означає, що йдеться про поділ на хороший і поганий копінг, вона лише демонструє, що категорії нижчого порядку вкладені в категорію вищого порядку. Проаналізувавши дослідження останніх років, Е. Skinner та автори виділяють 400 способів подолання нижчого порядку і 14 – вищого порядку. Утім, автори пишуть про те, що класифікацію

копінгу зробити вкрай складно через незліченну кількість мінливих реакцій. Тож це питання ще потребує подальшого вивчення.

### 1.3. Стратегії подолання людей з онкологією

Онкологічне захворювання включає в себе широкий спектр ситуацій, з якими доводиться справлятися: біль чи незрозумілі симптоми, що лякають, невизначеність прогнозу, зміни в зовнішності та соціальних взаєминах тощо. Важливими також є ситуаційні фактори: тип раку, час, що минув із часу встановлення діагнозу, а також стадія лікування, на якій перебуває пацієнт. Ch. Dunkel-Shetter та ін. у своєму дослідженні виявили, що найчастішою проблемою, пов'язаною з онкологічним захворюванням, для пацієнтів їхньої вибірки був страх або невпевненість у завтрашньому дні. Також стресовими були для пацієнтів обмеження фізичних можливостей, біль, проблеми у соціальних відносинах [29]. Як хворий бореться з хворобою, залежить від: ступеня прийняття хвороби, відчуття внутрішнього або зовнішнього контролю та відчуття контролю над болем [39].

З огляду на стрес, який переживає людина з онкологічним діагнозом, дослідники виокремлюють поняття психічної адаптації до онкологічного захворювання. Щоправда, досі немає його єдиного визначення, проте загалом його розглядають у контексті подолання стресу в ситуації критичної події в житті, тобто у світлі теорії копінгу R. Lazarus і S. Folkman. Дослідники визначають психічну адаптацію як процес, що спрямований на «усунення емоційного дискомфорту та відновлення психічної рівноваги людини в умовах нової реальності, якою є онкологічне захворювання» [39].

У літературі з психоонкології найчастіше виділяють такі стилі адаптації: безпорадність/безнадійність, тривожність, заклопотаність, бойовий дух, когнітивне уникнення та фаталізм. Безпорадність/безнадійність пов'язана з

демонстрацією песимістичного погляду на ситуацію і розчаруванням у будь-якій можливості керувати нею, заклопотаність стосується постійного занепокоєння з приводу раку і пов'язаного з цим почуття спустошення і тривоги. Бойовий дух відображає віру в певний ступінь контролю над хворобою та оптимістичний погляд на майбутнє. Когнітивне уникнення характеризується мінімізацією загрози і применшенням необхідності особистого контролю. Фаталізм означає пасивне прийняття хвороби.

Ці стилі адаптації утворюють сукупність думок, емоцій і форм поведінки, які людина використовує для того, щоб упоратися зі своїм станом. S. Moorey та S. Greer пропонують розглядати індивідуальний стиль адаптації як когнітивну схему. «Це схоже на шаблон, за яким можна осмислити захворювання, його лікування, реакцію людини і майбутній результат» [46]. У людей із дезадаптивними стилями адаптації до свого захворювання зазвичай є жорстка схема. Існує когнітивна тріада, що містить негативне уявлення про діагноз, контроль над захворюванням і його прогноз. Приміром, пацієнт із реакцією безпорадності сприймає свій діагноз як смертний вирок, переконаний, що ніхто і нічим йому вже не допоможе, і не відчуває жодної надії на майбутнє. У такому разі інформація про рак обробляється у спотвореному вигляді. Когнітивні спотворення підтримують схему безпорадності і безнадійності, відсіюють обнадійливу інформацію і водночас перебільшують негативну. Що більше вкорінюється дезадаптивний стиль адаптації до захворювання, то більш негативним стає мислення. У таких пацієнтів нерідко з'являються негативні автоматичні думки, що можуть виявитися абсолютно нереалістичними і перебільшеними. Такі думки підтримують емоційний дистрес у пацієнта і заважають йому користуватися ефективними копінговими стратегіями.

Як пишуть S. Moorey та S. Greer, після початкового періоду потрясіння у пацієнтів із онкологічним діагнозом розвивається порівняно стійкий стиль адаптації, найпоширеніші з яких – це бойовий дух, заперечення, фаталізм,

безпомічність та безнадійність і тривожна занепокоєність [46]. Дослідники пишуть, що кожен стиль адаптації має свою сукупність думок, емоцій та форм поведінки, які використовує людина, щоб упоратися з хворобою. Зазвичай дослідники використовують дихотономічну класифікацію стилів адаптації до онкологічного захворювання, виокремлюючи адаптивні та дезадаптивні стилі адаптації [46], конструктивні та деструктивні [47]. Водночас М. Kulra пише про те, що під час досліджень з'ясовано, що тип стратегії, до якої вдається хворий з онкологічним діагнозом, залежить від типу пухлини. Позиція безпорадності та тривожної заклопотаності частіше трапляється у хворих на рак підшлункової залози та шлунка, тимчасом як поведінка, що характеризується бойовим духом та позитивною переоцінкою, частіше трапляється у хворих на рак статевих органів та простати. Порівняльні дослідження підтвердили, що пацієнти, які застосовують конструктивні стратегії боротьби з онкологічним захворюванням, характеризуються вищою якістю життя та кращим прогнозом щодо тривалості життя та періодів ремісії [39].

Щодо зв'язку між копінг-стратегіями та психічною адаптацією, то можна казати про те, що стратегії подолання визначають психічну адаптацію людини з онкологічним діагнозом [59].

Копінг є важливим у підтримці психологічного благополуччя у людей, які мають онкологічний діагноз [55]. М. Somerfield та В. Curbow зауважують, що в ранніх дослідженнях подолання цієї хвороби у фокусі уваги були переважно захисні механізми. І серед цих неадаптивних способів подолання насамперед ішлося про заперечення, бо саме воно спостерігалось найчастіше. Утім згодом науковці почали виокремлювати ширший спектр реакцій подолання: причинну атрибуцію, соціальне порівняння, уникнення, особистий контроль, а також паліативні та конфронтаційні реакції [55]. І виявили взаємозв'язок між моделями подолання та емоційними розладами [29]. Зрештою, науковці дійшли висновку, що подолання онкологічної хвороби характеризується мінливістю.

Контрольованість стресогенного фактору є критичним чинником ефективності подолання стресу. [41]. Постійне використання стратегій прямої дії або проблемно-орієнтованих стратегій у неконтрольованих ситуаціях може призвести до посилення дистресу; використання емоційно-фокусованих стратегій, які функціують для регулювання емоційного дистресу, викликаного стресором, має зменшити дистрес у неконтрольованих ситуаціях. Ті, хто стикається з неконтрольованими стресовими факторами, зазвичай зосереджують свої зусилля для подолання стресу на керуванні своїми емоційними реакціями на стресор. Перехід з часом від активних зусиль, спрямованих на подолання, до зусиль, сфокусованих на емоціях, є формою відсторонення, яка хоча і є адаптивною в довгостроковій перспективі, проте в багатьох випадках її нелегко досягти. Серед онкологічних пацієнтів наслідки, пов'язані з хворобою та лікуванням (наприклад, фізична інвалідність), можуть блокувати або затримувати досягнення важливих особистих життєвих завдань, таких як кар'єрний розвиток або просування по службі, одруження та виховання дітей.

Ефективність певних стратегій варіюється залежно від того, як довго людина хворіє або бере участь у лікуванні, тож втручання мають відповідати тривалості хвороби. Приміром Б. Становський, досліджуючи пацієток із вперше діагностованою онкопатологією з'ясував, що такі стратегії адаптації, як «бойовий дух» та позитивне переосмислення, сприяють кращій психологічній адаптації та зниженню рівня тривожності та депресії. Водночас «стратегії, пов'язані з уникненням та безпомічністю, погіршують психоемоційний стан та сприйняття якості життя» [10]. Отже, оцінка здатності справлятися вимагає ситуаційного підходу, який включає ідентифікацію стресових факторів, пов'язаних з раком, і пов'язаних з ними реакцій подолання. Важливим питанням для майбутніх досліджень є те, чи можуть (або за яких умов) особи з дисфункційними копінг-стилями навчитися альтернативних методів подолання.

Зі сказаного вище випливає, що копінг слід оцінювати з урахуванням конкретного контексту, у зв'язку зі специфічними вимогами та загрозами, що пов'язані з хворобою. Такий контекстно-специфічний підхід дозволяє проаналізувати роль контекстуальних факторів у порівняній ефективності різних копінг-стратегій. При дослідженні ефективності копінгу у людей з онкологією цим контекстуальним змінним слід приділяти більше уваги і враховувати їх для адаптації клінічних втручань до потреб конкретного онкологічного пацієнта, а також у допомозі пацієнтам підготуватися до проблем, з якими вони можуть зіткнутися.

Ефективність будь-якої стратегії подолання не є невід'ємною частиною стратегії, тобто подолання лише являє собою реакцію людини на джерело стресу, і тому успіх подолання не має нічого спільного з самою стратегією подолання. Вибір стратегії подолання стресу пацієнтами може бути пов'язаний з їхнім віком, досвідом, станом захворювання, фінансовим становищем, сімейним статусом та іншими невизначеними факторами.

Стратегії, які призводять до катастрофи та самозвинувачення, негативно впливають на боротьбу з хворобою, тимчасом як стратегії прийняття, позитивної перефокусації та переоцінки мають позитивний ефект на боротьбу з хворобою [34]. I. Nabibe на основі свого дослідження доходить висновку, що самооцінка хворих на рак низька, а метакогнітивні функції та проблемно-фокусований подолання порушені. Якщо в лікуванні онкологічного захворювання використовувати багато шляхів, це матиме більший психологічний ефект [32]. Ці результати демонструють важливість докладної психологічної та когнітивної оцінки та впровадження біопсихосоціального підходу на додаток до медичного лікування хворих на рак з моменту встановлення діагнозу.

Щодо типу раку, то дослідники з'ясували, що копінг-стратегії, засновані на наближенні, є більш ефективними для психологічної адаптації пацієнтів з

раком простати, ніж копінг-стратегії, засновані на уникненні; у випадку раку молочної залози копінг-стратегії, засновані на емоціях (наприклад, емоційна регуляція, релаксація), видаються особливо пристосованими для зменшення психологічного дистресу, оскільки фокусуються не на стресовому факторі як такому (тобто на хворобі), а на індукованих емоціях [49].

У дослідженні I. Nabibe встановлено, що онкологічні пацієнти, долаючи стрес, не використовували стратегії подолання, орієнтовані на проблему, не справлялися активно та не планували. Було виявлено, що вони використовують стратегії релігійного подолання, жартів, подолання, зосередженого на функціях, поведінкової розмежування, вживання психоактивних речовин, заперечення та розумового розмежування. Коли онкологічні пацієнти стикаються зі стресом, вони можуть не знайти в собі сили, щоб активно впоратися з проблемами через короткий час виживання, не можуть будувати планів на майбутнє і, отже, не можуть застосовувати подолання, орієнтоване на проблему. Внаслідок тяжкості захворювання та короткого періоду виживання вони можуть намагатися впоратися зі стресом, зміцнюючи себе релігійно. Отже, через серйозну хворобу можуть жартувати про менш важливі події в житті, час від часу заперечувати, щоб забути про хворобу, і можуть демонструвати збільшення вживання психоактивних речовин. Люди з історією психічних проблем, які стикаються зі стресом, який загрожує життю, можуть виявитися нездатними впоратися з новою ситуацією та можуть відчувати труднощі з початком процесу адаптації [34].

У контексті стратегії боротьби з онкологічним діагнозом I. Nabibe пише про п'ять основних характеристик: це процес зміни думок, процес збільшення та збереження віри, процес взаємодії, процес набуття знань і навичок, а також процес контролю [34]. Дослідники припустили, що зі зростанням тривоги та депресії пацієнт зберігає деструктивне ставлення до функційності свого життя, що було інтерпретовано як дистанціювання пацієнта від суспільного життя в

міру зростання тривоги. Онкологічні пацієнти мають ризик посттравматичного стресового розладу, а соціальна підтримка та стратегії подолання стресу були ефективними для їхньої поступливості та подолання [34].

Стратегії подолання можуть бути вирішальними чинниками впливу на якість життя в онкологічних хворих, бо вони впливають як на відновлення, так і на адаптацію до можливої інвалідності, що є наслідком цього [44]. Дослідження показали, що жінки з раком молочної залози, зазвичай, використовують соціальну підтримку та стратегії відміни частіше, ніж інші механізми подолання. Однак відомо, що рівень соціальної підтримки, який знижується після діагностики та лікування раку, має вирішальне значення для того, щоб пацієнти повернулися до звичного розпорядку дня та відновили якість життя, пов'язану зі здоров'ям. Однак мало відомо про те, як надається ця соціальна підтримка, навіть якщо вона була пов'язана з покращенням загального добробуту та якості життя [44].

Вік вважають найважливішою прогностичною змінною для стратегій подолання [44]. Е. Skwirczyńska та ін. пишуть про деякі значні кореляції між віком пацієнтів, їхньою реакцією на стрес і впевненістю в собі. Зокрема, у пацієнтів віком до 65 років використання активних адаптивних стратегій подолання стресу корелює з вищою самооцінкою. Однак кореляція була незначущою для пацієнтів старшого віку [53]. Дослідники припускають, що відмінності між двома віковими групами можуть бути викликані різними етапами еволюційної психології. Пацієнти в більш пізньому дорослому віці перебувають на кульмінаційній стадії життя, і їхні завдання розвитку зосереджені здебільшого на внеску в добробут майбутніх поколінь, тимчасом як молодші пацієнти більше зосереджуються на самоактуалізації та інтеграції [53]. Тож вони доходять висновку, що пацієнти, яким понад 65 років, потребують особливої психологічної допомоги.

М. Joaquin-Mingorance та ін. проаналізували вплив віку та самооцінки на використання копінг-стратегій жінками, хворими на рак молочної залози і з'ясували, що ці жінки найчастіше вдаються до активного копінгу [37]. Зокрема, жінки у віці від 46 до 52 років отримали найвищі бали за стратегіями прийняття та гумору. Також результати їхнього дослідження не підтверджують, що молоді люди схильні використовувати більш емоційно-орієнтовані способи подолання, оскільки в їхній вибірці саме вікова група 46-52 років більш тісно пов'язана з використанням активних копінг-стратегій (прийняття, гумор) [37].

Дослідження показало, що онкохворі, які отримують паліативну допомогу, мають нижчу якість життя порівняно з іншими групами [37]. Пацієнти, які не приймають знеболювальних препаратів, пацієнти з вищими показниками подолання та пацієнти чоловічої статі повідомили про краще сприйняття якості життя. Однак це сприйняття знижується у літніх пацієнтів і пацієнтів з вищим рівнем доходу.

Релігія та духовність – це конструкції, прийнятні для подолання стресу, спричиненого онкологічним захворюванням, оскільки для багатьох пацієнтів вони можуть сприяти полегшенню страждань і збільшенню надії щодо якості життя [44]. Попри те, що загалом це різні поняття, вони взаємопов'язані. У цьому контексті релігійне подолання означає використання віри, релігії чи духовності для подолання стресових ситуацій або кризових моментів, які трапляються протягом життя. Хоча релігійна концепція подолання має позитивний ухил, вона може бути як позитивною, так і негативною, і те саме стосується її стратегій. Позитивний аспект поєднує в собі заходи, які пропонують благотворний вплив на людей, тимчасом як негативний аспект пов'язаний із заходами, що призводять до шкідливих наслідків, таких як сумнів у їхньому існуванні, делегування розв'язання проблем Богові, визначення стресу як покарання від Бога тощо.

Дослідження засвідчили, що підвищена духовність корелює з покращенням якості життя, посиленням механізмів подолання труднощів та зменшенням психологічного дистресу [48]. Глибокий вплив духовності на психологічне благополуччя підкреслює її значення у формуванні поведінки та сприйняття, пов'язаних зі здоров'ям, поєднуючи сфери фізичного здоров'я та психосоціального благополуччя. Коли йдеться про духовність, то дослідники вивчали вплив йоги (її визначили як «особливо перспективну, бо вона пропонує переваги не лише для фізичного та психічного благополуччя, але й для духовного благополуччя» [48]), усвідомленості (вона має потенціал для зниження загальних показників страждань та покращення якості життя онкологічних пацієнтів) та релігії (релігія загалом має позитивний вплив на різні аспекти благополуччя, включаючи покращення якості життя, вдосконалення механізмів подолання труднощів та зміцнення фізичного та психічного здоров'я).

Важливим аспектом є роль духовності та релігії в паліативній допомозі. Духовна допомога є невід'ємною частиною паліативної допомоги, бо надає пацієнтам засоби для пошуку сенсу, надії та спокою посеред хвороби. Такі втручання, як релігійна підтримка, духовне консультування та практики усвідомленості, спеціально розроблені, щоб допомогти пацієнтам подолати ці емоційні та екзистенційні виклики. Утім, духовна допомога залишається недостатньо вивченою в дослідженнях онкологічних хворих у закладах паліативної допомоги, тож нині є необхідність більш цілісного підходу до паліативної допомоги, який би повністю інтегрував духовну допомогу як основний компонент [48].

Як показують дослідження, підтримка сім'ї є єдиною соціально-демографічною змінною, яка суттєво пов'язана з духовним благополуччям пацієнта [57]. Соціальна підтримка, особливо з боку найближчих членів сім'ї впливає на ефективність стратегій подолання стресу, зокрема, відіграє важливу

роль у прийнятті рішень і стратегії виживання, а також знижує рівень тривожності та покращує якість життя [51]. Крім того, допомагає людині переносити і приймати психологічно стресову ситуацію та ігнорувати стресори, які не можна контролювати. Підтримка сім'ї може включати інформаційну, матеріальну/інструментальну, фізичну та емоційну підтримку і відіграє важливу роль у домашньому самогляді за онкологічними хворими під час лікування або на стадії одужання. Пацієнти з доброю сімейною підтримкою мають у 12,16 разів кращу проблемно-орієнтовану адаптацію, ніж ті, хто має погану сімейну підтримку, та в 0,14 разів кращу емоційно-орієнтовану адаптацію, ніж онкохворі з поганою сімейною підтримкою [57]. До порівняння в іншому дослідженні наведено схожу цифру: «Онкохворі з хорошою сімейною підтримкою в 12,2 рази частіше використовували стратегію проблемно-орієнтованого копіngu [51]. Хороша сімейна підтримка є одним з особистісних ресурсів, які сприяють ефективному використанню проблемно-орієнтованого копіngu та ефективному низькому використанню стратегії копіngu, орієнтованого на емоції, вона підвищує комплаєнс онкохворих пацієнтів до хіміотерапії, тим самим підвищуючи прихильність онкохворих до лікування [51]. Крім того, соціальна підтримка, особливо з боку сім'ї, може вплинути на формування нових адаптивних форм поведінки, які допоможуть людині адаптуватися та навчатися. адаптуватися та навчатися [51].

## **Висновки до Розділу 1**

Найпоширенішими психічними розладами, що було виявлено в пацієнтів з онкологічним діагнозом, є: депресія, розлади адаптації, тривога, сексуальні дисфункції, марення та розлади сну. Крім того, фахівці психічного здоров'я мають звертати увагу на такі поширені реакції, як провинна та сором, а також на втому, пов'язану з хворобою. Окремо також виділяють таке поняття, як

«відчуття себе тягарем для інших». Важливим є також розуміння переживань людей на термінальній стадії. Такі пацієнти зазвичай мають низку страхів: страх перед невідомим, страх болю і страждань, страх бути покинутим, страх втрати контролю, ідентичності, гідності та втрати образу тіла/самості, близьких, надії.

Роль копінгу у подоланні онкологічної хвороби досі залишається у сфері особливого інтересу дослідників. Копінг – це постійні когнітивні та поведінкові зусилля, що постійно змінюються, спрямовані на управління конкретними зовнішніми та/або внутрішніми вимогами, що оцінюються як такі, що обтяжують або перевищують ресурси людини. У контексті раку вимоги становлять широкий спектр ситуацій, з якими доводиться справлятися. Це, зокрема, біль, незрозумілі симптоми, що лякають, невизначеність прогнозу, зміни в зовнішності та соціальних взаєминах, обмеження фізичних можливостей тощо. Опанувальна поведінка пацієнта з онкологічним діагнозом характеризується мінливістю і залежить від різних чинників, зокрема тип раку, час, що минув із часу встановлення діагнозу, стадія лікування, на якій перебуває пацієнт, вік, наявність соціальної підтримки та сприйняття пацієнтом своєї хвороби.

Своєю чергою стратегії подолання, до яких вдається пацієнт з онкологічним захворюванням, визначають психічну адаптацію людини з онкологічним діагнозом.

Переважають проблемно- та емоційно-орієнтовані стратегії подолання у контексті боротьби з онкологічною хворобою. Проблемно-орієнтовані передбачають активний аналіз проблеми, пошук ресурсів та виконання дій. Емоційно-орієнтовані стратегії подолання передбачають зосередження на зміні думок та ставлень до хвороби, коли людина не має змоги змінити ситуацію. Немає поганих чи хороших стратегій – є ті, що працюють чи не працюють в кожній індивідуальній ситуації.

## РОЗДІЛ 2.

### АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ЛЮДЕЙ З ОНКОЛОГІЧНИМ ДІАГНОЗОМ

#### 2.1. Організація дослідження

Метою емпіричного етапу дослідження було з'ясувати особливості копінг-стратегій людей з онкологічним діагнозом.

Завданнями емпіричного етапу стали:

- розробити загальну методологічну схему дослідження;
- дібрати релевантні поставленій меті методи дослідження;
- організувати збір даних;
- здійснити обробку отриманих результатів та проаналізувати особливості копінг-стратегій людей з онкологічним діагнозом, а також їхній зв'язок із самооцінкою, тривогою, депресією та рисами особистості.

Емпіричне дослідження містило такі етапи:

1. Підготовчий етап дослідження: постановка цілей, завдань, уточнення предмету дослідження, розробка гіпотез.

2. Розробка моделі основного етапу дослідження. Для перевірки гіпотез та реалізації завдань емпіричного дослідження було використано такі методи дослідження:

1) Brief-COPE в українській адаптації – скорочена версія інвентаря COPE (Carver, 1997) для оцінки стратегій подолання стресу.

2) HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) – госпітальна шкала тривоги й депресії, створена A. S. Zigmond і R. P. Snaith у 1983 р. Вона призначена для самооцінки стану пацієнта в клінічних і загальних медичних умовах, а також для первинного скринінгу рівня тривоги й депресії.

3) Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES) на основі української адаптації Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії – призначена вимірювання загальної (глобальної) самооцінки – позитивного або негативного ставлення людини до себе.

4) П'ятифакторний опитувальник особистості TIPI-UKR (Ten-Item Personality Inventory, українська адаптація) – призначений для вимірювання п'яти базових рис особистості згідно з моделлю «Велика п'ятірка» (*Big Five*).

### 3. Проведення основного дослідження.

Для дослідження було розроблено опитувальник, респонденти проходили його як онлайн, так і офлайн. Перед початком роботи з методиками досліджуваним також пропонувалося заповнити анкету з їхніми загальними особистими даними такими, як вік, стать, ступінь освіти, рік встановлення діагнозу, діагноз, який було встановлено. Після ознайомлення з інструкціями до методик досліджувані оцінювали ступінь своєї згоди з певними твердженнями за допомогою різних шкал.

4. Аналіз та інтерпретація отриманих даних. Підрахунок сирих балів здійснювався вручну постобробкою.

Для обробки статистичних даних було використано програму jamovi 2.2.5. Аналіз даних здійснювався з орієнтацією на реалізацію таких завдань

- збір первинних даних усієї вибірки та обробку цих даних за допомогою обчислювально-статистичної програми jamovi 2.2.5;
- аналіз показників обраних психологічних методик;
- проведення аналізу для виявлення особливостей копінг-стратегій та їх зв'язку зі шкалами методик.

Були задіяні такі методи обробки даних:

- аналіз таблиць частот, описових статистик;
- перевірка нормальності розподілу даних за критерієм Краскела-

Уоліса

- кореляційні показники Пірсона та Спірмена.

Для вивчення копінг-стратегій пацієнтів з онкологічним діагнозом була використана методика Brief-COPE.

Методика Brief-COPE є психодіагностичним інструментом для дослідження стратегій подолання стресу, розробленим Ч. Карвером та співавторами (1997) і адаптованим українськими дослідниками Т. Яблонською, О. Верником і Г. Гайворонським 2023 року. Метою застосування методики є вивчення копінг-стратегій, тобто свідомих когнітивних і поведінкових дій, спрямованих на подолання стресових ситуацій, зниження негативних емоцій та підтримку психологічної рівноваги. Українська адаптація була проведена для можливості використання методики у психодіагностиці, а також у наукових дослідженнях, що стосуються особливостей подолання стресу під час воєнних і кризових умов.

Опитувальник складається з 28 тверджень, відповіді на які подаються за чотирибальною шкалою Лайкерта (від 1 – «зовсім не робив» до 4 – «робив постійно»). Методика включає 14 підшкал: активне подолання, планування, позитивний рефреймінг, прийняття, гумор, релігія, використання емоційної підтримки, використання інструментальної підтримки, самовідволікання, заперечення, вираження емоцій, вживання психоактивних речовин, поведінкове розмежування та самозвинувачення. Ці підшкали формують три узагальнені типи копінгу: проблемно-орієнтований (active coping, planning, instrumental support), емоційно-орієнтований (emotional support, humor, acceptance) та уникаючий (denial, substance use, behavioral disengagement). У межах цього дослідження було проінтерпретовано лише узагальнені типи копінгів з метою забезпечення статистичної достовірності результатів.

Інтерпретація шкал методики Brief-COPE ґрунтується на тому, що кожна з них відображає певну стратегію реагування на стрес. Усі шкали мають самостійне психологічне значення, а їх поєднання формує індивідуальний

копінг-профіль особистості, що дозволяє зрозуміти, які саме механізми переважають у поведінці людини під час стресових ситуацій.

Проблемно-орієнтований копінг характеризується активним підходом до вирішення складної ситуації. Його сутність полягає у спробі вплинути на стресор, змінити або усунути причини проблеми. Люди з високими показниками за цим типом копіngu схильні до планування, пошуку інформації, використання інструментальної підтримки та активних дій. Такий тип копіngu вважають адаптивним, особливо коли ситуація піддається контролю і передбачає конкретні кроки для її вирішення.

Емоційно-фокусований копінг спрямований на регуляцію емоційних реакцій, викликаних стресом, а не на саму проблему. Він охоплює такі стратегії, як пошук емоційної підтримки, прийняття, використання гумору, релігії або вираження емоцій. Такий спосіб реагування допомагає зменшити емоційну напругу та адаптуватися до ситуації, коли змінити обставини неможливо. Цей тип копіngu є корисним у випадках, коли людина не має реального контролю над подіями, наприклад, у тривалих або хронічних стресових станах.

Уникаючий копінг відображає прагнення дистанціюватися від стресової ситуації або ігнорувати її. Він включає стратегії заперечення, самовідволікання, поведінкове розмежування, вживання психоактивних речовин. Такі реакції можуть тимчасово знижувати напругу, проте в довгостроковій перспективі вони є неадаптивними, оскільки не сприяють розв'язанню проблеми і можуть поглиблювати стрес.

З метою вивчення особливостей зв'язку копінг-стратегій в пацієнтів з онкологічним діагнозом з проявами тривожних та депресивних ознак було використано госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS).

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є стандартизованим психодіагностичним інструментом, призначеним для визначення рівня тривоги та депресії у пацієнтів загальної

медичної практики. Її розробили 1983 року британські психіатри A.S. Zigmond і R.P. Snaitth. Основна мета шкали – швидке та зручне виявлення симптомів тривоги й депресії.

HADS складається з 14 тверджень, розділених на дві підшкали: тривоги (Т) та депресії (Д). Кожне твердження має чотири варіанти відповіді, що оцінюються від 0 до 3 балів залежно від інтенсивності симптомів. Отже, за кожною підшкалою (Т та Д) можна отримати результат у межах від 0 до 21 балу.

Інтерпретація результатів базується на сумі балів за кожною підшкалою. Показники від 0 до 7 вважають нормою та свідчать про відсутність достовірно виражених симптомів тривоги або депресії. Рівень 8–10 вказує на субклінічні прояви – легку, але помітну емоційну напругу, що може бути ознакою психологічного неблагополуччя. Показники 11 балів і вище свідчать про клінічно виражену тривогу чи депресію.

Шкала тривоги (Т) о відображає рівень напруженості, внутрішнього неспокою, відчуття страху, передчуття небезпеки, панічних проявів та труднощів у розслабленні. Високі показники за цією шкалою свідчать про схильність до тривожності, підвищеної емоційної реактивності, напруження або можливий розвиток тривожного розладу.

Шкала депресії (Д) вимірює ступінь втрати інтересу до діяльності, зниження настрою, втоми, пасивності, песимізму та зниження життєвої активності. Високі результати вказують на емоційну пригніченість, відчуття безпорадності, втрату задоволення від звичних занять, що може бути ознакою депресивного стану.

З метою вивчення особливостей зв'язку копінг-стратегій в пацієнтів з онкологічним діагнозом з самооцінкою було використано шкалу самооцінки Розенберга.

Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSES) – це класичний і широко застосовуваний психодіагностичний інструмент, який створив соціальний психолог М. Розенберг 1965 року для вимірювання рівня загальної самооцінки особистості. Вона є однією з найпопулярніших методик у психології, оскільки проста у використанні, має високу надійність та валідність і може застосовуватись як у наукових дослідженнях, так і в клінічній або освітній практиці.

Методика містить 10 тверджень, які відображають загальне емоційне ставлення людини до самої себе – позитивне або негативне. Випробуваному пропонується оцінити, наскільки він погоджується з кожним твердженням, використовуючи чотирибальну шкалу.

Загальний результат визначається шляхом підсумовування балів за всіма 10 пунктами. Що вищий сумарний показник, то вищий рівень самооцінки. Максимально можна набрати 30 балів, мінімально – 0.

Висока самооцінка (26–30 балів): особа має позитивне ставлення до себе, відчуває власну цінність, упевненість і самоповагу.

Середній рівень самооцінки (16–25 балів): людина загалом задоволена собою, але може мати окремі сумніви чи незначні коливання впевненості.

Низька самооцінка (0–15 балів): свідчить про невпевненість, самокритику, почуття меншовартості або емоційне неблагополуччя.

З метою вивчення особливостей зв'язку копінг-стратегій в пацієнтів з онкологічним діагнозом з рисами особистості було використано П'ятифакторний опитувальник особистості.

П'ятифакторний опитувальник особистості (TIPI – Ten Item Personality Inventory) – це коротка методика, створена для оцінювання базових рис особистості відповідно до моделі «Великої п'ятірки» (Big Five). Українську адаптацію (TIPI-UKR) використовують для швидкої діагностики індивідуально-психологічних особливостей людини, вона ґрунтується на п'яти ключових

факторах: екстраверсії, дружелюбності, добросовісності, емоційній стабільності та відкритості до нового досвіду.

Методика містить 10 пунктів, кожен із яких є парою характеристик, що описують певні особистісні якості. Респондент оцінює, наскільки ці характеристики відповідають йому особисто, за 7-бальною шкалою від «абсолютно не згоден» (1) до «абсолютно згоден» (7). Половина пунктів формулюється у прямому ключі, інша – з інверсією (зворотним підрахунком).

Система оцінювання побудована за принципом підсумовування відповідей на певні пункти, що відповідають кожному з п'яти факторів. Кожен фактор є двополюсним.

Екстраверсія (vs інтроверсія) відображає рівень чутливості до задоволень різного характеру. Високі показники означають товариську, оптимізм, ініціативність і позитивне емоційне тло, тимчасом як низькі свідчать про схильність до самозаглиблення, стриманості, песимізму, уникання соціальних контактів, ангедонії.

Дружелюбність характеризує чутливість, емпатійність і готовність до співпраці. Високий рівень свідчить про альтруїзм, довіру, доброзичливість і співчуття. Низькі результати, навпаки, вказують на егоцентризм, недовіру, жорсткість і конкурентність у стосунках.

Добросовісність описує відповідальність, самодисципліну та орієнтацію на досягнення. Люди з високими показниками за цим фактором є організованими, наполегливими, ретельними у виконанні завдань. Низький рівень добросовісності свідчить про імпульсивність, неуважність, легковажність і нестачу планування.

Емоційна стабільність (нейротизм) характеризує здатність особистості долати стрес, зберігати спокій і врівноваженість у складних обставинах. Високі показники означають психологічну стійкість і самоконтроль, низькі – емоційну вразливість, тривожність і схильність до негативних переживань.

Відкритість новому досвіду відображає креативність, пізнавальну цікавість, гнучкість мислення і толерантність до нового. Високі значення свідчать про творчість, незалежність суджень і готовність до змін. Низькі – про консервативність, прагматичність і перевагу традиційних цінностей.

## 2.2. Опис вибірки

Вибірка складалася з 47 учасників. 40 учасників дослідження – жінки, що складає 85% від усієї вибірки, 7 учасників – чоловіки, що складає 15% від усієї вибірки (Рис 2.1).

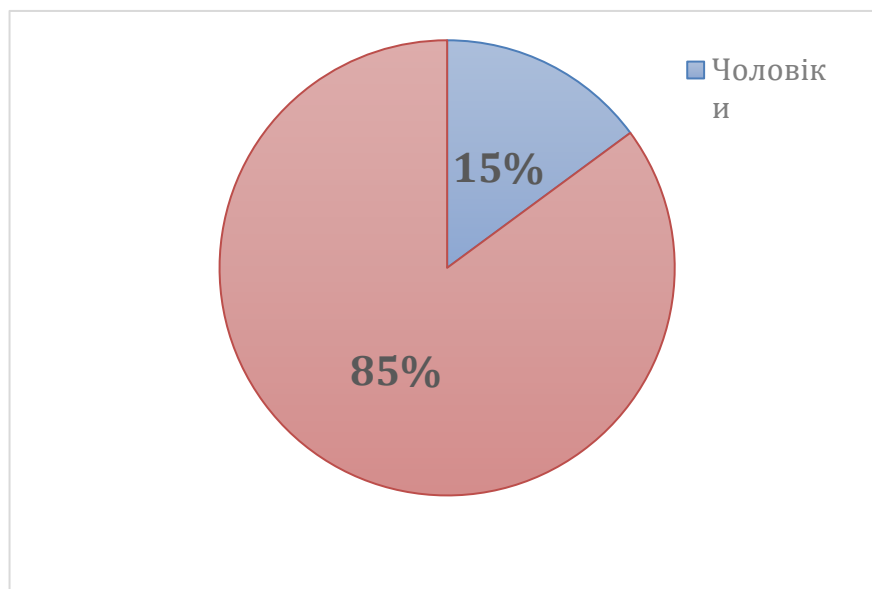


Рис 2.1. Розподіл вибірки за статтю

Вік учасників від 18 до 88 років. Середній вік учасників – 49 років ( $M=49,2$ ;  $Me = 48$ ) зі стандартним відхиленням 14,3 (Рис 2.2). Розподіл за віком у вибірці є нормальним за тестом Шапіро-Вілка ( $W=0,98$ ;  $p=0,85$ ).

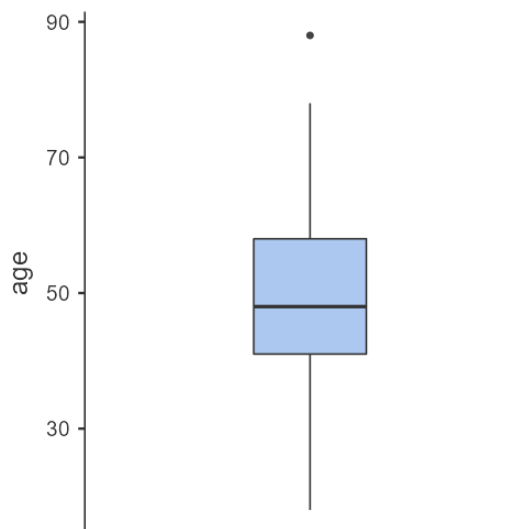


Рис 2.2. Розмах у вибірці за віком

Вік учасниць коливався від 18 до 88 років. Середній вік становив 48,5 року ( $M = 48,5$ ;  $Me = 47,5$ ) зі стандартним відхиленням 15,0.

Вік учасників коливався від 34 до 64 років. Середній вік становив 53,1 року ( $M = 53,1$ ;  $Me = 55$ ) зі стандартним відхиленням 9,77 (Рис. 2.3).

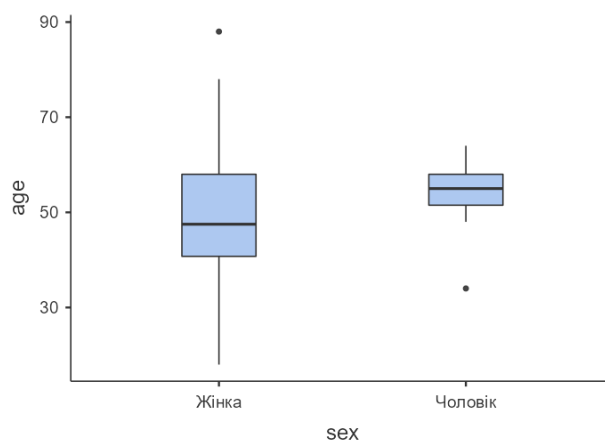


Рис 2.3. Розмах у вибірках чоловіків та жінок за віком

З усієї вибірки 10 осіб (21,3% від усієї вибірки) були неодруженими або незаміжніми, 29 осіб (61,7% від усієї вибірки) – одруженими або заміжніми, 7

осіб (14,9% від усієї вибірки) – розлученими, а 1 особа (2,1% від усієї вибірки) вказала інший сімейний стан.

Серед жінок 8 (20% від усіх жінок) були незаміжніми, що становить 17% від усієї вибірки; 24 (60% від усіх жінок) – заміжні, що відповідає 51% від загальної вибірки; 7 (17,5% від усіх жінок) – розлучені, що становить 15% від загальної кількості, 1 (2,5% від усіх жінок) зазначила інший сімейний стан, що становить 2% від усієї вибірки.

Серед чоловіків 2 (28,6% від усіх чоловіків) були неодруженими, що становить 4,3% від загальної вибірки, а 5 (71,4% від усіх чоловіків) – одруженими, що відповідає 10,6% від загальної кількості. Розлучених або представників інших категорій серед чоловіків не було (Табл 2.1).

Табл. 2.1.

Розподіл частот за сімейним статусом серед чоловіків та жінок

Сімейний статус	Стать	
	Жінка	Чоловік
Неодружений/ незаміжня	8	2
Одружений/заміжня	24	5
Розлучена (ий)	7	0
Інше	1	0

З усієї вибірки 37 осіб (78,7%) мають дітей, тоді як 10 осіб (21,3%) – не мають.

Серед жінок 32 (80%) мають дітей, що становить 68% від усієї вибірки, а 8 (20%) – не мають дітей, що відповідає 17% від загальної кількості.

Серед чоловіків 5 (71,4%) мають дітей, що становить 10,6% від загальної вибірки, тоді як 2 (28,6%) не мають дітей, що відповідає 4,3% від загальної кількості (табл 2.2).

Табл. 2.2.

Розподіл частот за наявністю дітей серед чоловіків та жінок

Діти	Стать	
	Жінка	Чоловік
Наявні	32	5
Відсутні	8	2

Більшість учасників мають вищу освіту – 32 особи (68,1% від усієї вибірки), серед них 28 жінок (70% від жінок) і 4 чоловіки (57,1% від чоловіків). Повну загальну середню освіту мають 5 осіб (10,6% від вибірки), усі з них – жінки (12,5% від жінок). Професійну (професійно-технічну) освіту мають 6 осіб (12,8%), з яких 4 жінки (10%) та 2 чоловіки (28,6%). Фахову передвищу освіту мають 4 особи (8,5%), серед них 3 жінки (7,5%) і 1 чоловік (14,3%).

Табл. 2.3.

Розподіл частот за рівнем освіти серед чоловіків та жінок

Рівень освіти	Стать	
	Жінка	Чоловік
Вища освіта	28	4
Повна загальна середня освіта	5	0
Професійна (професійно-технічна) освіта	4	2
Фахова передвища освіта	3	1

Діагнози учасників були встановлені у період із 2009 по 2025 рік. Найбільша частка респондентів отримала діагноз у 2024 році – 21 особа, що становить 44,7% від усієї вибірки. У 2025 році діагноз був встановлений 14 учасникам (29,8%). Значно менше учасників отримали діагноз у попередні роки: по 1 особі (2,1%) у 2009, 2014, 2019, 2020 та 2021 роках; по 2 особи (4,3%) у 2016 та 2022 роках; і 3 особи (6,4%) – у 2023 році. Більшість випадків діагностики припадає на останні два роки (2024–2025), що разом становить 74,5% вибірки.

До вибірки увійшли учасники з різними онкологічними діагнозами, серед яких переважає рак молочної залози – його мали 14 осіб, що становить 29,8% від загальної вибірки. Три учасники (6,4%) мали діагноз раку простати. Два учасники (4,3%) мали рак шийки матки. Решта діагнозів траплялися поодинокі (по 1 випадку, або 2,1% кожен): класична лімфома Ходжкіна, лімфобластна лейкемія, первинна медіастинальна В-великоклітинна лімфома, аденокістозна карцинома слинної залози, остеогенна саркома, рак шлунка, рак тіла матки, хоріокарцинома, аденокарцинома сигмовидної та сигмоподібної кишки, пухлина слинної залози, рак прямої кишки, а також різновиди інвазивних або гормонозалежних карцином молочної залози.

### **2.3. Обробка даних та інтерпретація результатів**

Для аналізу даних використані такі програми: Google Forms, jamovi 2.2.5. Для реалізації завдань емпіричного етапу дослідження були використані такі методи математичної статистики:

- Таблиці частот з метою опису характеристик вибірки, таких як вік, стать, рівень освіти, сімейний статус, наявність дітей, рік встановлення діагнозу, а також вид онкології.

- Описові статистики для характеристики віку та особливостей копінг-стратегій, шкал тривоги та депресії, самооцінки та рис особистості у осіб з онкологічним діагнозом.

- Критерій Шапіро-Вілка для перевірки даних шкал методик та віку на нормальність розподілу для усієї вибірки та визначення використання параметричних/непараметричних методів математичної статистики у подальшому.

- Коефіцієнти кореляції Пірсона та Спірмена для визначення зв'язку між шкалами копінг-стратегій, тривоги, депресії, самооцінки та рис особистості.

Для виявлення та опису копінг стратегій пацієнтів з онкологічними діагнозами були використані описові статистики (табл. 2.4).

Табл. 2.4.

Описові статистики копінг-стратегій пацієнтів з онкологічними діагнозами

	<b>Унікаючі копінги</b>	<b>Емоційно-фокусовані копінги</b>	<b>Проблемно-орієнтовані копінги</b>
Mean	16.5	32.7	23.9
Median	16	33	24
Standard deviation	3.66	4.93	3.85
Minimum	10	19	16
Maximum	25	45	32

У пацієнтів з онкологічним діагнозом середнє значення сирих балів унікаючих копінгів 16,5 зі стандартним відхиленням 3,66 що відповідає середньому рівню вираженості копінгу. Середнє значення сирих балів емоційно-фокусованих копінгів 32,7 зі стандартним відхиленням 4,93, що відповідає середньому рівню вираженості копінгу. Середнє значення сирих балів проблемно-орієнтованих копінгів 23,9 зі стандартним відхиленням 3,85, що відповідає високому рівню вираженості копінгу.

Для того, щоб порівняти показники загальних шкал з показниками Яблонської, Верника та Гайворонського (2023) знайдемо середнє розподілу. Для цього необхідно отримані сирі бали розділити на кількість пунктів, з яких складаються шкали. Для шкали «унікаючі копінги» - 8 пунктів, для шкали «емоційно-фокусовані копінги» - 12 пунктів, для шкали «проблемно-орієнтовані копінги» - 8 пунктів.

Отже, середнє за розподілом за унікаючими копінгами – 2,06, що вище за показник Яблонської, Верника та Гайворонського (2023) для української вибірки, який складає 2,1 та вище за показник D. Hegarty, B. Buchanan (2021), що складає 1,97.

Середнє за розподілом за емоційно-фокусованими копінгами – 2,72, що вище за показник Яблонської, Верника та Гайворонського (2023) для української вибірки, який складає 2,43 та вище за показник D. Hegarty, B. Buchanan (2021), що складає 2,34.

Середнє за розподілом за проблемно-орієнтованими копінгами – 2,98, що вище за показник Яблонської, Верника та Гайворонського (2023) для української вибірки, який складає 2,71 та вище за показник D. Hegarty, B. Buchanan (2021), що складає 2,67.

Отже, у пацієнтів з онкологічними діагнозами вираженість усіх копінгових стратегій вища. Це пояснюється, що діагноз соматичної хвороби є суттєвим фактором хронічного стресу, що підвищує вираженість копінгів, порівняно з популяцією.

Найбільш вираженим у досліджуваних виявилися проблемно-орієнтовані копінги. Для пацієнтів з онкологічними діагнозами високий бал означає активне, цілеспрямоване вирішення проблем і пошук рішень.

Для вибору коефіцієнту кореляції усі шкали перевірялися на нормальність розподілу (табл. 2.5).

Табл. 2.5.

Тест на нормальність розподілу Шапіра-Вілка шкал методик

	<b>W</b>	<b>p</b>
Вік	0.986	0.851
Проблемно-орієнтовані копінги	0.969	0.235
Емоційно-фокусовані копінги	0.965	0.177
Унікаючі копінги	0.965	0.169
Самооцінка	0.976	0.453
Тривога	0.953	0.055
Депресія	0.972	0.320
Екстраверсія	0.972	0.307
Дружелюбність	0.931	0.009
Добросовісність	0.934	0.011
Емоційна стабільність	0.928	0.006
Відкритість	0.942	0.021
Note. A low p-value suggests a violation of the assumption of normality		

За методикою «Brief-COPE» шкали копінгів мають нормальний розподіл. Проблемно-орієнтований копінг –  $W= 0,96$  ;  $p= 0,23$ , емоційно-фокуваний копінг –  $W= 0,96$  ;  $p= 0,17$ , уникаючий копінг -  $W= 0,96$  ;  $p= 0,16$ . Для аналізу цих шкал використовуємо параметричні методи статистики. Для визначення зв'язку можна використовувати коефіцієнт кореляції Пірсона.

За методикою «HADS» шкали мають нормальний розподіл. Шкала тривоги –  $W= 0,95$  ;  $p= 0,5$ , шкала депресії –  $W= 0,97$  ;  $p= 0,32$ . Для аналізу цих шкал використовуємо параметричні методи статистики. Для визначення зв'язку можна використовувати коефіцієнт кореляції Пірсона.

За методикою «Шкала самооцінки» шкала має нормальний розподіл –  $W= 0,97$ ;  $p= 0,45$ . Для аналізу шкали використовуємо параметричні методи статистики. Для визначення зв'язку можна використовувати коефіцієнт кореляції Пірсона.

За методикою «Українська адаптація короткого П'ятифакторного опитувальника особистості TIPI (TIPI –UKR)» шкала «Екстраверсія» має нормальний розподіл –  $W = 0,97$  ;  $p= 0,3$ . Для аналізу шкали використовуємо параметричні методи статистики. Інші шкали методики не мають нормального розподілу. «Дружелюбність» –  $W= 0,93$  ;  $p= 0,009$ , «Добросовісність» –  $W= 0,93$ ;  $p= 0,01$ , «Емоційна стабільність» –  $W= 0,92$  ;  $p= 0,006$ , «Відкритість» –  $W= 0,94$ ;  $p= 0,02$ . Для аналізу цих шкал використовуємо непараметричні методи статистики.

Для того, щоб з'ясувати, чи є відмінність у прояві копінг-стратегій та як наслідок вплив у груп пацієнтів з онкологічними діагнозами, що мають різні демографічні дані проводимо порівняння груп за t-критерієм Стьюдента для дворівневих змінних (наявність/відсутність дітей) та однофакторний дисперсійний аналіз для багаторівневих змінних (подружній статус, рівень освіти). За результатами тестів відмінностей у групах немає (Додаток Б). Отже, як у цьому дослідженні немає зв'язку між рівнем освіти, подружнім статусом та

наявністю дітей з переважанням певних видів копінг-стратегій у пацієнтів з онкологічними діагнозами.

Отримані результати кореляційного аналізу свідчать про наявність значущих взаємозв'язків між типами копінг-стратегій та особистісними характеристиками пацієнтів з онкологічними діагнозами, а також з проявами депресії та самооцінкою.

Після проведення кореляційного аналізу було виявлено, що існує прямий зв'язок між проблемно-орієнтованими копінгами та самооцінкою ( $r=0,37$ ;  $p=0,009$ ). Існує прямий зв'язок між проблемно-орієнтованими та відкритістю ( $r_s=0,39$ ;  $p=0,006$ ). Існує прямий зв'язок між проблемно-орієнтованими копінгами та дружелюбністю ( $r_s=0,35$ ;  $p=0,015$ ).

Існує зворотній зв'язок між емоційно-фокусованими копінгами та депресією ( $r= -0,29$ ;  $p=0,048$ ).

Існує зворотній зв'язок між унікаючими копінгами та самооцінкою ( $r= -0,39$ ;  $p=0,006$ ). Існує зворотній зв'язок між унікаючими копінгами та відкритістю ( $r_s= -0,41$ ;  $p=0,004$ ).

Що вища у пацієнтів самооцінка, то більш виражені проблемно-орієнтовані копінги. Також що більш виражені у пацієнтів такі риси особистості як відкритість та дружелюбність, то більш виражені проблемно-орієнтовані копінги. Це свідчить, що пацієнти, які мають вищу самооцінку, є більш відкритими до нового досвіду та схильними до доброзичливої соціальної взаємодії, частіше застосовують конструктивні стратегії подолання, орієнтовані на активну боротьбу з хворобою. Такі особи виявляють готовність планувати, шукати підтримку, брати відповідальність за лікування та приймати раціональні рішення. Проблемно-орієнтовані стратегії розглядаються як найбільш адаптивні у ситуаціях, коли людина має можливість впливати на перебіг подій.

Що більш виражені у пацієнтів емоційно-фокусовані копінги, то менш виражені ознаки депресії. Це означає, що пацієнти, які частіше використовують

емоційне прийняття, позитивне переосмислення, гумор або релігійну підтримку, мають менше депресивних проявів. Емоційно-орієнтовані копінги можуть виступати захисним ресурсом у ситуаціях, де контроль обмежений, а головним завданням є зниження емоційного дистресу й збереження психологічної рівноваги. Для пацієнтів з онкологічним діагнозом це особливо важливо, оскільки емоційне прийняття власного стану та здатність знаходити сенс у складних обставинах сприяють кращій адаптації до лікування та підвищенню якості життя.

Що нижча у пацієнтів самооцінка, то більш виражені уникаючі копінги. Також що менш виражена у пацієнтів така риса особистості як відкритість, то більш виражені уникаючі копінги. Це вказує, що пацієнти з нижчою самооцінкою та меншою відкритістю до досвіду схильні частіше вдаватися до уникання проблеми, заперечення чи відволікання, тобто до менш адаптивних стратегій. Такі форми реагування, за Карвером, є пасивними або компенсаторними, і в короткостроковій перспективі можуть зменшувати емоційне напруження, але довгостроково – ускладнюють адаптацію, знижують залученість у процес лікування та можуть посилювати почуття безпорадності.

Отже, результати свідчать, що активні (проблемно-орієнтовані) та емоційно-регуляторні копінг-стратегії відіграють захисну роль у психологічній адаптації пацієнтів з онкологічним діагнозом, тимчасом як уникаючі стратегії пов'язані з менш сприятливим емоційним станом і нижчою самооцінкою. Тож розвиток конструктивних способів подолання – зокрема навичок емоційної регуляції, самоприйняття, пошуку підтримки та планування – може бути важливою ціллю психологічної допомоги людям, які стикаються з онкологічним захворюванням.

## Висновки до Розділу 2

У другому розділі було методологічно обґрунтовано емпіричне дослідження особливостей копінг-стратегій у пацієнтів з онкологічним діагнозом. Визначено мету, завдання, етапи та процедуру проведення дослідження, а також охарактеризовано вибірку, методичний інструментарій і статистичні методи обробки даних.

Дослідження проводилося із застосуванням сучасних валідизованих психодіагностичних методик: Brief-COPE (для визначення типів копінгу), HADS (для оцінки рівня тривоги та депресії), шкали самооцінки Розенберга (RSES) і П'ятифакторного опитувальника особистості (TIPI-UKR). Вибірка складалася з 47 осіб, переважно жінок, віком від 18 до 88 років, із різними онкологічними діагнозами. Статистичний аналіз даних здійснювався за допомогою програм jamovi 2.2.5 із використанням описової статистики, перевірки нормальності розподілу та кореляційного аналізу Пірсона і Спірмена. Отримані результати показали, що у пацієнтів з онкологічним діагнозом спостерігається підвищена вираженість усіх типів копінг-стратегій порівняно з нормативними даними, що відображає вплив хронічного стресу, пов'язаного із захворюванням. Найбільш вираженими виявилися проблемно-орієнтовані копінги, які є найбільш адаптивними у ситуаціях, коли можливо впливати на перебіг подій.

Кореляційний аналіз виявив, що проблемно-орієнтовані копінги позитивно пов'язані із самооцінкою, відкритістю та дружелюбністю, а емоційно-фокусовані копінги – зі зниженням рівня депресії. Уникаючі копінги, навпаки, мають зворотні зв'язки із самооцінкою та відкритістю, що свідчить про їх менш адаптивний характер.

Отже, емпіричне дослідження підтвердило важливу роль активних і емоційно-регуляторних стратегій у психологічній адаптації пацієнтів із

онкологічним діагнозом. Отримані результати створюють підґрунтя для подальшої розробки психологічних програм підтримки, спрямованих на розвиток конструктивних копінг-стратегій, підвищення самооцінки та емоційної стійкості пацієнтів з онкологічним діагнозом.

## РОЗДІЛ 3.

### ОРІЄНТОВНИЙ ПЛАН РОБОТИ ПСИХОЛОГА З ПАЦІЄНТОМ З ОНКОЛОГІЧНИМ ДІАГНОЗОМ

#### 3.1. Психотерапевтичні моделі втручання під час роботи з онкологічними пацієнтами

У психоонкології дослідники вивчали ефективність різних психотерапевтичних втручань. Причому не лише з огляду на те, як вони полегшують емоційний дистрес, але й на те, як впливають на функційні результати, дозволяючи пацієнтам краще впоратися з викликами, пов'язаними з їхнім захворюванням. Сучасні уявлення в психоонкології підкреслюють нагальну необхідність включення психосоціальної допомоги до стандартних онкологічних практик, з огляду на її доведену ефективність у зменшенні дистресу, поліпшенні якості життя та потенційному підвищенні рівня виживаності.

Серед методів, які найчастіше використовують при роботі з онкологічними пацієнтами, – це когнітивно-поведінкова терапія, зокрема ад'ювантна, когнітивна терапія на основі уважності (МВСТ), підтримно-експресивна групова терапія (SEGT), індивідуальна терапія, орієнтована на сенс (ІМСР), групова терапія, орієнтована на сенс (МСГР), прогресивна м'язова релаксація (PMR), керована візуалізація (GI), метод «Керування раком та осмислене життя» (CALM). Т. Anghel [17] проаналізували їхню ефективність при різних втручаннях у роботі з пацієнтами з онкологічним діагнозом (Додаток 3).

Розуміння тих чи тих переваг окремого методу дозволяє фахівцеві обирати ці методи з огляду на унікальні потреби онкологічних пацієнтів.

Треба наголосити й на важливості психоосвіти під час роботи з пацієнтами з онкологічним діагнозом. Вона надає пацієнтам знання та стратегії подолання, необхідні для ефективного керування їхнім станом. «Дослідження показали, що пацієнти, які отримують адекватну інформацію про свій діагноз та лікування, краще справляються з психологічними аспектами раку, що призводить до зниження рівня тривоги та депресії. Це особливо важливо в контексті онкологічної допомоги, де дезінформація або її відсутність можуть посилити почуття безпорадності та тривоги» [17].

### **3.2. Ад'ювантна психологічна терапія**

Дедалі більше з'являється наукових досліджень, що підтверджують ефективність когнітивно-поведінкової терапії у психоонкології. Приміром, було з'ясовано, що вона є ефективною для зменшення тривоги, пов'язаної з раком, депресії, хронічної втоми та безсоння [42]. Крім того, вона покращує соціальні навички у молодих людей, які мали пухлину мозку та сприяє тому, що пацієнти дотримують медичних процедур. Доведене успішне її використання і під час проведення «психосоціальних втручань для осіб, які доглядають за пацієнтами з раком, серед яких рівень тривожності та депресії часто вищий, ніж серед самих пацієнтів» [42]. Причому її ефективність помічено на різних етапах – від скринінгу на передраковий ризик до діагностики, початку або завершення лікування раку, переходу до виживання (страх рецидиву, образ тіла), при рецидиві або погіршенні стану, а також під час паліативного догляду та наприкінці життя [42]. Для пацієнтів у гострих станах автори запропонували інтегровану структуру когнітивної терапії, що містить 10 принципів: терапевтичний альянс; формулювання, що постійно розвивається; співпраця; зосередженість на проблемі; зосередженість на сьогодні; освітній характер;

обмеженість у часі; структуровані сесії; реструктуризація дисфункційних когнітивних процесів; техніки зміни мислення, настрою та поведінки.

Ад'ювантна психологічна терапія (АПТ) призначена для застосування паралельно або як доповнення до медичного лікування як інтегративна терапія. Розроблено її як модифікацію когнітивної терапії А. Бека. У ній зроблено акцент на розвитку позитивних установок, допомагаючи пацієнтам сприяти лікуванню і впоратися з ним, а також знижувати рівень емоційного дистресу. Ця терапія навчає пацієнтів копінгових стратегій та обґрунтовує їхню потребу. Така терапія призначення для застосування у широкому спектрі проблем: від людей без патологічних симптомів, які потребують допомоги, щоб краще справлятися з онкологічним захворюванням, до людей із явними психічними захворюваннями. АПТ не підходить для пацієнтів, які мають активні психотичні симптоми, супутні розлади особистості, зловживання алкоголем, уже наявні серйозні проблеми у стосунках, БАР, стан сплутаності і ті, хто має діагноз органічного психозу. Загалом, як зазначають S. Moorey та S. Greer «АПТ не призначена для сприяння змінам особистості, а розроблена для розуміння, як переживання формують глибинні переконання» [46].

Для адаптації до захворювання найголовнішим є саме те, що людина думає про свою хворобу і її наслідки для свого життя. Якщо для людини вкрай важливою є завдана хворобою шкода, то вона відчує себе пригніченою. Якщо ж хвороба становить потенційну загрозу для здоров'я, безпеки чи самого життя людини, то її емоційною реакцією буде тривога. Але якщо людина сприймає захворювання як вторгнення і несправедливе зазіхання на її внутрішній світ, то її емоційною реакцією стане гнів. Адаптація до онкологічного захворювання передбачає інтерпретацію типу стресора, який викликає рак, оцінювання, як добре можна впоратися зі стресом, а також мобілізацію копінгових стратегій поведінки. Одне із завдань, що стоїть перед онкологічним пацієнтом, полягає в

осмисленні встановленого діагнозу шляхом включення його у свій світогляд або модифікацію своїх переконань.

АПТ є проблемно-орієнтованою, працює з різноманітним колом проблем: емоційні (депресія), міжособистісні (проблеми в комунікації з партнером) або ж може працювати з конкретною формою онкологічного захворювання (наприклад, проблемами, пов'язаними з образом тіла в пацієток, що мали мастектомію). Пацієнта навчають когнітивної моделі адаптації до раку та наочно показують, як його думки сприяють виникненню в нього дистресу.

Цілі АПТ [46]:

1. Знизити емоційний дистрес.
2. Поліпшити психологічну адаптацію до раку шляхом стимулювання позитивного бойового духу.
3. Сприяти розвитку у пацієнта відчуття особистого контролю над своїм життям та активній участі у лікуванні його онкологічного захворювання.
4. Виробити ефективні копінгові стратегії для опанування проблем, пов'язаних з онкологічним захворюванням.
5. Спонукає до відкритого вираження почуттів, особливо гніву та інших негативних емоцій у безпечній обстановці.

Кожна сесія має чіткий порядок денний, в якому заплановано розгляд однієї або кількох проблем. Пацієнт має регулярно виконувати домашні завдання, щоб набути досвіду пошуку альтернативних і більш конструктивних способів мислення і розвитку нових копінгових стратегій. Важливе значення під час АПТ має терапевтичний стосунок, психотерапевт співпрацює з пацієнтом, щоб знайти і застосовувати стратегії опанування онкологічного захворювання. Тобто це спільна проблемно-вирішувальна робота, в якій інсайти і припущення пацієнта та його партнера можуть виявитися корисними для психотерапевта.

Основні компоненти АПТ: емоційна експресія (особливо робота з гнівом, що є однією з тих емоцій, які онкологічним пацієнтам украй складно висловити

[46]), поведінкові методи (техніки градуїованих завдань і планування активності, поведінкові експерименти, релаксація, відволікання уваги), когнітивні методи (когнітивна реструктуризація, тестування реальності, пошук альтернатив, декатастрофізація, вплив негативного мислення тощо).

Як зауважує S. Moorey, АПТ є гнучким підходом, її цілі і методи видозмінюють під потреби конкретного пацієнта. Водночас він виділяє три фази АПТ [46]:

1. Початок терапії, ця фаза триває від двох до чотирьох сесій. Тут цілями роботи є:

1) ослаблення симптомів – розроблення стратегій опанування з нагальними проблемами, зазвичай це емоційний дистрес або життєва криза;

2) ведення звичного образу життя – терапевт допомагає пацієнтові спланувати свій час так, щоб він був активним і продуктивним, що можливо за тих обмежень, які накладає на пацієнта хвороба, пояснює принципи максимального підвищення якості його життя;

3) навчання когнітивної моделі – цілі мають бути сформульовані в когнітивних рамках;

4) спонукання відкритого виражати почуття – терапевт спонукає пацієнта виражати і приймати такі негативні емоції, як гнів та відчай.

2. Середня фаза терапії, що триває від трьох до шести сесій. Робота в цій фазі триває в чітких когнітивних рамках, тут цілями роботи є: навчання навичок відстеження думок і використання основних принципів опанування неконструктивного мислення – для цього пацієнт заповнює бланк «Запис функційних думок»; продовження проблемно-розв'язувального процесу – вирішення інших питань, порівняно з першою фазою (соціальна ізоляція, комунікаційні проблеми, труднощі з опануванням непередбачуваності онкологічного захворювання); продовження процесу боротьби з онкологічним

захворюванням – поведінкові методи, спрямовані на покращення якості життя, доповнюють когнітивними методами.

3. Завершення терапії – триває від однієї до трьох сесій – має на меті: 1) запобігання рецидивам – обговорення копінг-стратегій, що можуть допомогти в разі рецидиву, можлива також дискусія про рецидив раку та смерть; 2) складання планів на майбутнє – можливе, за сприятливого прогнозу, обговорення довгострокових перспектив, можна окреслити цілі на найближчі 3,6 і 12 місяців; 3) виявлення базових установок та глибинних переконань – відбувається аналіз переконань, що викликають емоційні проблеми, терапевт допомагає змінити певні правила пацієнтів або навіть стиль життя.

### **3.3. Структура терапевтичної роботи з пацієнтом з онкологічним діагнозом**

Насамперед терапевт має приділити неабияку увагу встановленню контакту з пацієнтом. Для цього найкраще застосувати недирективні консультаційні техніки та виявляти емпатію. Терапевт має: створювати середовище, що забезпечує приватність, конфіденційність, відчуття безпеки та комфорту; виявляти повагу і ставитися серйозно до проблем пацієнта; бути компетентними; надавати практичну інформацію, водночас сприяти тому, щоб пацієнт сам ухвалював рішення; бути гнучкими в оцінюванні пацієнта і стежити за результатом, якого пацієнт досягає в процесі терапії; не поспішати і не відволікатися, натомість бути повністю присутнім під час сесії.

Для того, щоб пацієнт зрозумів, що терапевт присутній і чує його, той має не лише вислуховувати, що він каже, але й відображати його твердження та робити короткі узагальнення.

Першу сесію з пацієнтом, який має онкологічний діагноз, дослідники радять розпочати з розповіді про те, як у нього виявили онкологічне

захворювання, історію його лікування, а також про відповідні історії життя пацієнта [46]. Завдяки цьому вдається не лише зібрати необхідні дані для роботи, а й показати пацієнтові, що він цікавий для фахівця як особистість. Крім того, на початку варто пояснити пацієнтові основи АПТ, що одразу структурує роботу.

Достатню увагу на першій сесії терапевт має приділити переживанням онкологічного захворювання пацієнтом. Сприйняття пацієнтом своїх труднощів – це відправна точка терапії. Адже зважаючи на неї, терапевт може запропонувати пацієнтові відповідні діагностичні інструменти. Приміром, якщо пацієнт жаліється на тривогу чи апатію, то терапевт пропонує Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), якщо терапевт бачить труднощі в адаптації до захворювання, то може попросити заповнити Шкалу психологічної адаптації до раку (MACS) тощо. Так фахівець може з'ясувати загальні, специфічні та фізичні проблеми, що виникли в пацієнта, наявність емоційного розладу, проблеми у стосунках із найближчим оточенням та соціально-економічні проблеми. АПТ – це короткотермінова терапія, тож охопити всіх проблем не вдасться, тому завданням терапевта є скласти перелік найсуттєвіших для пацієнта проблем. Важливо, щоб цей процес відбувався спільно з пацієнтом.

АПТ передбачає, що по її завершенні пацієнт використовуватиме отримані навички опанування й інших проблем, що виникатимуть. Тому терапевт має окрему увагу приділити обґрунтуванню цих навичок самопомоги. Приміром, чітко пояснити зв'язок між автоматичними думками та емоційними розладами. «Украй важливо, щоб психотерапевт представив основний принцип когнітивної терапії: наше уявлення про ситуації визначає наші реакції на них» [46]. Крім того, фахівець має пояснити, скільки загалом буде сесій (6-12), скільки триватиме кожна з них, а також те, що пацієнтові він задаватиме домашні завдання, які той виконуватиме самостійно. Для пацієнта

обґрунтування і пояснення кожного терапевтичного втручання вкрай важливе, адже не лише заспокоює його, але й дає надію.

Уже на першій сесії терапевт може дати найпростіше завдання пацієнтові, приміром, моніторинг стресових ситуацій. Для цього пацієнтові варто заповнювати таку табличку (Таблиця 3.1):

Табл. 3.1

## Моніторинг стресових ситуацій

Ситуація	Оцінка стресу (0-10 балів)	Автоматичні думки	Копінг-стратегія
Пацієнт коротко описує ситуацію, що була для нього стресовою.	Як він оцінює рівень стресовості, від 0 до 10 балів.	Зафіксувати, які думки при цьому виникли.	Що пацієнт зробив, щоб упоратися з цією ситуацією.

Починаючи з другої сесії кожна зустріч має чітку структуру:

1. Визначення порядку денного, зазвичай це одне чи два питання.
2. Аналіз попереднього тижня, зворотний зв'язок.
3. Перевірка домашнього завдання пацієнта. Тут терапевт має з'ясувати, які труднощі виникали у пацієнта під час його виконання, можливо, щось йому було незрозумілим.
4. Робота з основною темою.

На перших сесіях можна присвятити час роботі з придушенням емоцій. Часто пацієнти не виражають їх, вважаючи соціально неприйнятними, відчуваючи сором чи вину за підвищену дратівливість тощо. Прийняття власних емоцій дуже часто не лише допомагає розрядити ситуацію (як у випадку з прийняттям власного гніву), але й дозволяє пацієнтові немов відсторонитися і подивитися на себе з більш об'єктивного боку. Для цього можна запропонувати такі способи: 1.Порахувати до 10, зробити глибокий вдих, перш ніж почати

діяти на основі відчуття або зробити спробу уникнути його. 2.Сказати собі «Це нормальне почуття, і немає нічого поганого в тому, щоб відчувати гнів, страх чи сум». 3.Уявити емоцію у вигляді хвилі, а себе тим, хто катається на ній, немов серфінгіст, і робити це доти, допоки ця хвиля не спаде.

Окрему увагу варто приділити техніці «Виявлення автоматичних думок та переконань». Насамперед важливий едукативний компонент: пацієнтові варто чітко пояснити, як у людини формується когніція, щоб він побачив зв'язок між думками, емоціями та поведінкою (соціалізація в моделі КПТ). На початках можна створити таблицю, що описує, як пацієнт переживає проблему (Таблиця 3.2):

Табл. 3.2

#### Переживання проблеми пацієнтом з онкологічним діагнозом

Фізичні відчуття	Думки	Почуття	Поведінка
Що пацієнт відчуває на рівні тіла	Які думки при цьому в нього виникають	Які почуття при цьому виникають	Якою при цьому є його поведінка

Згідно з КПТ-моделлю, уявлення пацієнта про його фізичне відчуття буде мати значний вплив на те, як він з ним справляється. Приміром, якщо пацієнт відчуває втому, то при цьому його думки можуть бути катастрофічними чи він може знецінювати себе, в емоціях це виражатиметься як безнадійність, а в поведінці – уникнення соціальних контактів. І тут важливо, щоб терапевт звернув увагу пацієнта насамперед на його думки, а також на те, що пацієнт їх навіть не усвідомлює, допоки не зверне на них увагу. Наголошення на зв'язку «фізичні відчуття – думки – почуття – поведінка» допоможе пацієнтові зрозуміти, чому так важливо навчитися відстежувати власні автоматичні думки. Для цього фахівець може використати п'ятиетапну процедуру [46]:

1. Визначити автоматичні думки.

2. Продемонструвати взаємозв'язок думок і почуттів (або поведінки) на конкретних прикладах.
3. Продемонструвати, що думки були присутні в нещодавньому досвіді пацієнта.
4. Дати пацієнтові домашнє завдання з відстеження автоматичних думок.
5. Переглянути записи думок пацієнта і дати докладний зворотний зв'язок.

Робота з автоматичними думками вкрай важлива при роботі з гнівом у пацієнтів. І тут важливо пам'ятати, що терапевт працює не з тим гнівом, що виникає з приводу онкологічного захворювання, а тим, що виливається на решту сторін його життя і має негативні наслідки. Терапевт звертає увагу на ці два типи гніву, щоб розмежувати їх і щоб пацієнт розумів, що він не має придушувати цю емоцію. Для початку розглядає з пацієнтом, яку ціну той платить за свій гнів, що виливається на різні сторони його життя, приміром, це можуть бути конфлікти з найближчим оточенням, витрачання життєвої енергії, додаткова напруга тощо. Тоді пацієнт і терапевт разом виявляють фактори, що провокують спалахи гніву. Коли вдається отримати ланцюжки подій, що спричиняють гнів. Терапевт із пацієнтом спільно розмірковують, на якому етапі можна розірвати ланцюжок, приміром пацієнт може уникати ситуації, що провокують гнів, змінити оточення або попрацювати з власними автоматичними думками. Помічними будуть тут емпатійні техніки, коли пацієнт намагатиметься подивитися на ситуацію з боку тих, на кого він гнівається, зокрема, зрозуміти, що певні дії людина робить не навмисне. Також пацієнт і терапевт можуть розіграти одну з ситуацій, що викликає гнів, щоб відрепетирувати поведінку і застосувати його в наступній ситуації, що провокує на гнів. Також помічним буде певна сублімація, завдяки якій пацієнт може екологічно виплеснути власний гнів.

Одним із домашніх завдань для пацієнта, з яким терапевт працює над опануванням його гніву, також може бути техніка «Відстежування автоматичних думок», що допоможе відпрацювати цю навичку. Для цього пацієнт реєструє ті моменти, які викликали в нього спалах гніву: що це була за подія, які думки в нього виникли. При цьому записи мають бути короткими, пацієнт має чітко розмежовувати ситуації, емоції та думки, записувати потрібно твердження, а не запитання. Кожну автоматичну думку слід записувати окремо, а не потоком свідомості. Пацієнт має чітко розрізняти автоматичні думки від тих, що ґрунтуються на реальності. Для цього терапевтові варто приділяти достатньо часу перевірці домашнього завдання, з'ясуванню, чи розуміє пацієнт, що таке автоматичні думки, якщо потрібно знову і знову продемонструвати їх під час сесії.

Серед поведінкових технік, яких варто навчати пацієнтів з онкологічними захворюваннями, є техніки релаксації. Вони допомагають з такою поширеною проблемою серед онкологічних пацієнтів, як тривога, крім того, допоможуть як копінг-стратегія у стресовій ситуації. Релаксаційні підходи включають прогресивну м'язову релаксацію, аутогенне тренування та візуалізацію. Сама по собі релаксація не є такою ефективною, як інші компоненти АПТ, втім сприяє поліпшенню сну та помічна при втомі.

Якщо терапевт працює з тривогою, то для початку йому проаналізувати ситуації, які викликають у пацієнта тривогу, і виявити те, що сигналізує йому про неї. Пацієнт може опанувати метод прогресивної м'язової релаксації, а також дихальні техніки. Оскільки м'язову релаксацію він може виконати не завжди, то особливо звернути саме на дихання. Серед таких технік – усвідомлене дихання. Пацієнт зосереджує увагу на вдиху та видиху, при цьому дихати він має животом. Інша дихальна техніка – зворотний відлік від 10 до 1. Для цього пацієнт заплющує очі і робить глибокі вдих та видих. І починає дихати діафрагмою. На видиху в думках він проговорює число 10 і відчуває, як

напруга немов хвилею спадає з нього, починаючи з маківки до самих ступнів ніг. І щоразу на вдиху він рахує у зворотному відліку, допоки не дійде до числа 1. Це дозволяє позбутися м'язової напруги. Загалом видих можна використовувати, щоб позбутися напругу, навіть без зворотного відліку. Просто пацієнтові варто на ньому зосередитися і використовувати його цілеспрямовано з цією метою. Пацієнт має робити релаксаційні вправи щодня, приділяючи їм близько 20 хв. Завдання терапевта – не забувати про зворотний зв'язок: чи виконує вправи пацієнт, які відчуття у нього виникають при виконанні, які труднощі тощо.

Фахівцеві варто не лише обговорити, які стратегії релаксації підходять для конкретного пацієнта, але й за можливості співпрацювати з іншими фахівцями (наприклад, фізіотерапевтом), щоб переконатися, що вони є відповідними. Крім того, корисно працювати безпосередньо з пацієнтами, щоб визначити можливі перешкоди для постійного виконання релаксаційних вправ та спробувати знайти розв'язання цих проблем.

Украй важливо присвятити на сесіях увагу роботі з глибинними переконаннями пацієнта щодо онкологічного захворювання, бо те значення, яке вони надають своїй хворобі, залежатиме від системи їхніх глибинних переконань про себе, інших людей і навколишній світ, а також від більш конкретних переконань щодо їхнього захворювання і його лікування. Рак ставить під сумнів позитивні переконання людини, звідси виникає вразливість, нездатність до подолання і безпорадність. Особливо якщо їхні глибинні переконання були вкрай крихкими. Тим паче в тому разі, якщо людина звикла керуватися негативними переконаннями, які й підтверджує наявне в них захворювання. Тоді з'являються автоматичні думки на кшталт «Моє онкологічне захворювання заслужене», «Це покарання», «Мені ніхто не допоможе», «Я не впораюся» тощо. Зазвичай ці люди вдаються до неадаптивних копінг-стратегій – уникнення, самоушкодження, припинення контактів тощо. І

тут терапевт може допомогти використовуючи техніку «Концептуалізація розвитку». Відправною точкою її проведення є розповідь пацієнта про те, як він дізнався про свій діагноз. Терапевт може тут поставити пацієнтові кілька запитань, наприклад Чи помітили ви якісь симптоми? Якою була ваша перша реакція? Як вам вдалося з нею впоратися? Чи сказали ви про це комусь? Скільки минуло часу, як ви вперше звернулися по допомогу? Чи ви сприйняли це серйозно? Хто Вас підтримував увесь цей час? Чи була підтримка родини та найближчого оточення? При цьому терапевт має звертати увагу і на інші теми, що виникають під час розмови і можуть вказувати на глибинні переконання пацієнта, приміром, що його ніхто й ніколи не чує, що в нього немає абсолютно жодної підтримки тощо. Тому терапевт може запитати про родинну історію пацієнта: чи хворів хтось раком чи іншими хворобами, яке ставлення у рідних до цієї та інших хвороб, як пацієнт може описати своїх батьків. Від цього можна перейти до особистої історії пацієнта: його раннє дитинство, стосунки з ріднею, шкільний період та університетське навчання, взаємини на робочому місці, психосексуальна історія, чи має він партнера нині, якщо так, то як вплинуло його захворювання на особисті стосунки, тут варто звернути увагу на те, чи виникають конфлікти, чи підтримує партнер, чи можуть вони говорити про плани на майбутнє. Також під час бесіди терапевт виявляє основний копінг-стиль пацієнта, з'ясувавши, які стресові події були в його житті, як він зазвичай впорується зі стресом, які його сильні сторони, чи звертається він до своїх сильних сторін. Уся ця інформація потрібна для того, щоб зрештою терапевт і пацієнт могли розпочати роботу над концептуалізацією.

Як тільки ці відомості будуть зібрані, пацієнт і психотерапевт можуть почати розробляти концептуалізацію, що передбачає значні життєві переживання пацієнта, особливо ранні; його глибинні переконання про себе самого, навколишній світ, включаючи хворобу і смерть тощо; правила й умовні переконання (загальні і пов'язані із захворюванням) та інші; копінг- і

компенсаторні стратегії, що виникають з цих переконань; онкологія або досвід, пов'язаний з ним, як надзвичайна подія; як рак поставив під сумнів переконання і стратегії пацієнта; як пацієнт може зрозуміти, що теперішні проблеми пацієнта виникають від того, як онкологічне захворювання ставить під сумнів його переконання і копінг-стратегії. Для унаочнення пацієнт і терапевт можуть заповнити робочий аркуш концептуалізації:

У концептуалізації при роботі з онкологічними хворими, порівняно з традиційними КПТ-формулюваннями, більше зацентовано увагу на ролі надзвичайної події. Терапевт має зрозуміти, як вона вписується в систему загальних переконань пацієнта. А також пам'ятати про те, як онкологічне захворювання взаємодіє з переконаннями того, хто має такий діагноз. Ідеться про те, що зазнають сумнівів позитивні переконання та копінг-стратегії хворого. Навіть попри те, що людина могла вже пережити чимало труднощів, упоратися із захворюванням, що може бути смертельним, виявляється вкрай тяжким завданням. Тож у пацієнта можуть виникати запитання щодо того, чи зможе він упоратися з труднощами, чи він отримає всю необхідну допомогу, якою буде реакція і ставлення оточення, чи буде одужання? Тут допоможе звернення до сильних сторін та ресурсів пацієнта, звернення до минулого досвіду, коли йому вдавалося долати складні життєві обставини. Терапевт спочатку допомагає пацієнтові осмислити теперішній досвід, а потім допомагає йому повернутися до того способу мислення і тих копінг-стратегій, що були ефективними. Крім того, в онкохворого руйнуються ригідні переконання на кшталт безпечності навколишнього світу або того, що все обертається на краще. Тут терапевт має допомогти пацієнтові полегшити болісний процес осмислення ситуації. А ще має звернути увагу на умовні переконання пацієнта, приміром «Я хороша людина і зі мною нічого поганого не станеться». Фахівець допомагає пацієнтові розглянути більш виважені переконання, зокрема про те, що світ загалом безпечне місце, проте в ньому трапляється щось погане, загрозливі ситуації

трапляються з різними людьми, а також пацієнт має звернутися до власного досвіду і думати про те, що в нього є всі необхідні ресурси, щоб здолати хворобу. Також пацієнт може піддавати сумніву свою здатність здолати хворобу, ту спрацьовують його глибинні негативні переконання. Фахівець може з'ясувати, що глибинні негативні переконання певним чином послаблювали умовні переконання і компенсаторні стратегії, але онкологічне захворювання поставило під сумнів ці припущення. Як наслідок – компенсаторне переконання вже не діє. Терапевт може допомогти пацієнтові зрозуміти вплив онкологічного захворювання на нього та навчитися оцінювати марність компенсаторних переконань і поведінки як за допомогою методу спрямованих відкриттів, так і завдяки експериментам з новими переконаннями і поведінкою. Онкологічне захворювання також може сприяти тому, що в людини підтверджуються її негативні переконання. І вони діють як фільтр, через який людина починає дивитися на всі сторони свого життя, причому шукаючи їхнього підтвердження, натомість виключаючи з уваги все те, що їх спростовує. Концептуалізація може допомогти пацієнтові інакше осмислити власний досвід, навчитися розпізнавати цю схему і ті моменти, які її активують. S. Moorey та S. Greer [46] показали схематично способи взаємодії онкологічного захворювання та переконань (Додаток 4).

Загалом концептуалізація допомагає пацієнтові краще зрозуміти його реакцію на онкологічне захворювання, навіть більше – може мати ефект контейнування.

Завершальною фазою АТП може стати робота з припущеннями та глибинними переконаннями. Саме тестування припущень може відбуватися разом із приготуванням до завершальної фази терапії. Тут терапевт може вдаватися до таких методів, як докази проти переконань, зважування переваг і недоліків тощо. Щоб перевірити умовні переконання, можна використати поведінкові експерименти. Терапевт може допомогти пацієнтові виявити

позитивні та негативні наслідки своїх переконань, а опісля сформулювати альтернативні, більш здорові переконання. Після цього пацієнт обирає нові способи поведінки, щоб перевірити, як діє нове (альтернативне) переконання на практиці, його варто сформулювати за схемою «Якщо..., то...». Утім, треба зважати на те, що часто такі переконання вже вкорінені і їх позбутися не так просто, тому пацієнтові потрібно чітко пояснити цю формулу. Крім того, запорукою того, що він справді застосовуватиме це на практиці, буде те, що він засвоїв стратегії, які допоможуть йому самостійно продовжити роботу над власними переконаннями після завершення терапії. Загалом з'ясування механізму взаємодії онкологічного захворювання або його лікування з переконаннями пацієнта дає змогу пацієнтові зрозуміти причини його емоційного дистресу та знайти шляхи виходу з нього.

Під час роботи з пацієнтами з онкологічним захворюванням важливо також звертати увагу на такі скарги, як безсоння і біль. Роботі з ними можна приділити окремі сесії, якщо пацієнт має на це скарги.

Щодо безсоння, то насамперед варто запропонувати пацієнтові вести щоденник сну. Це допоможе контролювати час, коли пацієнт лягає спати і час, який необхідний для того, щоб він заснув; скільки разів він прокидався вночі, коли прокидається, а також його автоматичні думки. Терапевт надає загальні рекомендації щодо сну, вечірнього розпорядку та вимоги до місця, де спить пацієнт. Вечірній розпорядок: виключити кофеїн; обмежити пиття води; не бути голодним; фізичні вправи не пізніше, ніж за три години до сну; не дивитися телефон, телевізор, комп'ютер тощо. Загальні рекомендації: вставати в один і той самий час, спати лише стільки, скільки потрібно, щоб відчувати себе бадьоро протягом дня, не бути в ліжку довше, намагаючись заснути, виключити денний сон. У спальні вимкнути світло і подбати, щоб не було шумів, що заважають, спальня – місце лише для сну і сексу.

Першим кроком у нормалізації сну КПТ-I (когнітивно-поведінкова терапія при інсомнії) є обмеження часу перебування в ліжку. Це так звана терапія обмеження сну, що вимагає встановлення початкового обмеження на кількість часу, дозволеного в ліжку, і має на меті допомогти пацієнтам зменшити латентність засинання та пробудження після засинання шляхом збільшення їхнього гомеостатичного потягу до сну. Результати зазвичай відстежують за допомогою щоденників сну, з відповідними термінами, наведеними в Таблиці 3.3.

Табл. 3.3

## Щоденник сну

Індекс сну	Визначення
Латентний період засинання	20, 30, 45 хвилин
Час перебування в ліжку	7 годин: 23:00 – 6:00
Час перебування в ліжку протягом 24 год.	7 – 8 годин
Загальний час сну	7 – 8 годин
Ефективність сну	85, 90%
Пробудження після засинання	20, 30, 45 хвилин
Тривалість від прийому таблеток до сну	< 30 хвилин
Тривалість від прийому таблеток до засинання	< 30 хвилин
Тривалість від прийому таблеток до пробудження	7 – 8 годин

Пацієнти з онкологічним діагнозом можуть мати ще більші труднощі з нормалізацією сну, бо вони часто страждають від симптомів втоми, пов'язаних з терапією (хіміотерапією, радіотерапією тощо) або самим раком, що призводить

до фізичної, емоційної та когнітивної втоми або виснаження. Тож терапевт має також приділити увагу розв'язанню проблеми втоми в контексті обмеження сну для онкологічних пацієнтів, підготувати стратегії для зменшення втоми, пов'язаної з раком, та надати пацієнтам обґрунтування лікування та інформацію про сон під час впровадження обмеження сну. Терапевт може послабити графік обмеження для деяких пацієнтів, які не можуть дотримувати призначеного їм режиму сну з фізичних або психологічних причин (або з обох). Альтернативою може бути більш поступове обмеження часу перебування в ліжку (відоме як стиснення сну), що працює також і для тих пацієнтів, які мають високий рівень тривожності щодо кардинальних змін у часі, який вони проводять у ліжку. Водночас фахівець має все це пояснювати пацієнтові, щоб той не думав, що короткочасне обмеження сну є неможливим і/або шкідливим.

Основою терапії контролю стимулів є уявлення про те, що ліжко пацієнта більше не є ефективним дискримінаційним стимулом для засинання та/або підтримання сну, оскільки воно постійно асоціюється з іншими видами діяльності в ліжку. Підхід до розв'язання цієї проблеми полягає в тому, щоб повідомити пацієнтів, що вони можуть використовувати ліжко лише для сну (і сексуальної активності), але мають вставати з ліжка, якщо не можуть заснути протягом заздалегідь визначеного часу (наприклад, 15 хв). Важливо докладно обговорити з пацієнтом, що надмірна кількість проведеного часу в ліжку не є корисною, натомість, якщо він встане – це матиме для нього переваги. І тут терапевт може делікатно нагадати пацієнтові, що його режим перебування в ліжку не призвів до поліпшення його денної активності або нічного сну. Водночас фахівець має допомогти пацієнтові згадати приємні заняття, які можуть відволікти його пізно ввечері/рано вранці, коли він не може заснути і має залишатися поза ліжком. Вирішальним є залучення партнера чи родини для підтримки.

Безсоння також підтримують неадаптивні та дисфункційні переконання та установки. І мета терапії змінити: 1) нереалістичні очікування щодо потреб у сні та функціювання протягом дня, 2) неправильні припущення щодо причин безсоння, 3) катастрофізація наслідків безсоння та 4) дисфункційні переконання щодо способів поліпшення сну. Крім того, часто буває корисно обговорити стратегії подолання проблем, щоб допомогти пацієнтові впоратися з негативними наслідками безсоння протягом дня. Техніки когнітивної терапії можна використовувати по-різному. Можна використати додаткові опитувальники, наприклад Шкалу дисфункційних переконань та ставлень щодо сну (DBAS) або Інвентар змісту думок Глазго. Вони допоможуть зрозуміти природу та зміст думок, пов'язаних з безсонням.

Шкала дисфункційних переконань та ставлень щодо сну (DBAS) містить 16 або 28 запитань – Таблиця №. Обчисліть середній бал за всіма виконаними пунктами. Вищий бал відображає більш дисфункційні переконання щодо сну. Цільові переконання виражені в пунктах з балами  $> 5$ . Оцінювання. Кожне питання складається з 100-міліметрової візуальної аналогової шкали, яку респонденти використовують для вказання ступеня своєї згоди з твердженнями, пов'язаними зі сном (де 0 означає «категорично не згоден», а 100 – «категорично згоден»). Оцінки обчислюються шляхом вимірювання відстані в міліметрах від початку лінії до позначки респондента. Загальна оцінка визначається шляхом усереднення балів за всіма пунктами, причому вищі бали вказують на більш дисфункційні переконання та ставлення (пункт 23 оцінюється за зворотною шкалою) (Додаток 5).

Можна також використовувати щоденний журнал настрою, що дозволяє визначити конкретні ситуації, пов'язані зі сном, автоматичні думки та емоції, пов'язані з автоматичними думками. Класичні сократівські методи опитування можуть допомогти отримати більш адаптивні і реалістичні когнітивні уявлення, які замінять дисфункційні переконання, пов'язані зі сном, а поведінкові

експерименти можуть бути використані для боротьби з помилковим мисленням. В кінцевому підсумку, пацієнт навчиться виявляти свої когнітивні спотворення і неадаптивні думки, пов'язані зі сном, і зможе змінювати свої думки без допомоги терапевта.

Існує кілька характерних дисфункційних переконань про сон, про які можуть повідомляти пацієнти з онкологічним діагнозом [60]: «Якщо я не засну в певний час, це серйозно вплине на мою імунну систему» або «Якщо я не буду добре спати вночі, мій рак може рецидивувати або метастазувати». Певною мірою ці побоювання можуть мати під собою підстави. Перше підтверджує той факт, що мелатонін впливає на імунітет, а також те, що мелатонін виділяється більше в певний час. У другому випадку також є кілька досліджень, які повідомляють про зв'язок між захворюваністю на рак і смертністю та тривалістю сну [60]. Однак пацієнти можуть отримувати таку інформацію з різних джерел, часто не підкріплених науковими даними, що може спричинити появу перебільшених і спотворених дисфункційних переконань щодо наслідків поганого сну. Стресові реакції, пов'язані з надмірною тривогою та страхом, можуть підвищувати рівень кортизолу, що впливає на імунну систему. Крім того, ці негативні емоційні стани можуть посилити симптоми безсоння.

Техніки КПТ можна застосувати і для зняття болю, який відчуває пацієнт з онкологічним діагнозом. Переконання пацієнтів щодо відчутого ними болю впливатимуть на їхню опанувальну поведінку. Катастрофічні страхи з приводу значення болю і переконання щодо контролю над ним є двома головними темами, що виникають у людей, які переживають сильний дистрес разом з болем, навіть якщо вони отримують належне знеболення. Катастрофічні інтерпретації болю діляться на дві категорії: побоювання з приводу того, що біль вказує на поширення хвороби, а також побоювання з приводу того, що біль є явною ознакою того, що поведінка пацієнта якось погіршує стан справ. Такі автоматичні думки, як, наприклад: «Я впевнений (впевнена), воно не має так

боліти. Щось не так відбувається», сприяють тривожній занепокоєності. Отже, при такому стилі адаптації до захворювання спостерігається занепокоєння, пошук розради і перевірка симптомів. Автоматичні думки на кшталт: «Мені краще не напружуватися на той випадок, якщо від цього стане гірше» призводять до перестрашування й уникнення будь-якої активності. Обидва ці стилі катастрофічного мислення будуть пов'язані з постійним моніторингом тілесних відчуттів і підвищеною увагою до хворобливих подразників. Робота з такими когніціями потрібно розпочинати з психоедукації щодо характеру болю, тестування реальності, а потім застосовувати експерименти з метою перевірити, що станеться, якщо пацієнт змінить фокус своєї уваги, буде рідше перевіряти симптоми і шукати втіхи. Ступінь, до якого пацієнт відчуває, що може контролювати свій біль, також впливає на його переживання. І ті люди, які відчувають, що вони не в змозі зняти свій біль, відчувають власну безпорадність і безнадійність. Існує кілька методів, які показали свою ефективність у знятті болю, і тому вони особливо корисні для тих пацієнтів, у яких є такі переконання. Ведучи щоденник болю, пацієнт може виявити ті ситуації або види діяльності, які послаблюють або, навпаки, посилюють симптоми захворювання. Поставивши належні цілі і прийнявши поступовий підхід, можна створити почуття впевненості у своїх силах. Пацієнти, які не усвідомлюють факторів, здатних впливати на їхній біль, потрапляють у порочне коло недостатньої активності, коли біль посилюється, але й надмірної активності, коли біль слабшає. У такому разі певну користь може принести розмірена діяльність, а також конкретні стратегії подолання болю, зокрема відволікання уваги та релаксація.

Щодо нудоти, то поведінкові втручання для лікування антиципаторної нудоти і блювоти ґрунтуються на принципах експозиції. Пацієнт зазнає впливу стимулів, що викликають нудоту в уяві або в природних умовах протягом періоду часу, достатнього для ослаблення нудоти. А при повторному впливі

тяжкість симптомів знижується. Терапевт разом із пацієнтом може попрацювати над виявленням стимулів, що викликають нудоту. Найпоширенішими є нюхові (наприклад, запах лікарні, госпітального кафе) і когнітивні (наприклад, думка про візит до лікарні) стимули, хоча викликати нудоту можуть і інші стимули (наприклад, поїздка автобусом на прийом до лікаря) і стан настрою [46]. Терапевт може допомогти скласти ієрархію стимулів, що викликають нудоту, позначивши, який рівень нудоти вони викликають (від 0 до 100 балів), роботу варто починати з того стимулу, який має найменший вплив. Терапевт дає інструкції, як залишатися в певній ситуації досить довго, щоб послабити нудоту до прийняттого рівня. Залишатися в цій ситуації доти, доки нудота не зникне повністю, не так істотно. Експозицію повторюють доти, доки ситуація не викликає значну нудоту, після чого пацієнт переходить до наступного елементу ієрархії. Експозиція виявляється більш ефективною, якщо її здійснюють за допомогою реального стимулу, а не в уяві, і якщо вона тривала і повторювана. Психотерапевту, можливо, варто надавати допомогу пацієнту в деяких ситуаціях, що викликають нудоту, хоча це і не суттєво, оскільки самостійно спрямована експозиція виявляється досить ефективною. Певну користь може принести релаксація, даючи пацієнту можливість залишатися з нудотою під час експозиції, але користуватися релаксацією слід обережно в тому випадку, якщо вона перетворюється на захисну поведінку. З тими стимулами, що викликають низький рівень нудоти, пацієнт може працювати самостійно, допомогти йому в цьому можуть члени родини. Водночас слід починати з простого завдання, поступово переходячи до складніших. Якщо йдеться про когнітивний стимул, то тут може бути два способи роботи: 1) через вплив в уяві, де пацієнт створює образ цього стимулу; 2) шляхом розпакування елементів зорового образу і здійснення експозиції в природних умовах (приміром, якщо це лікарський кабінет, то можна дивитися на його світлини).

### Висновки до Розділу 3

Серед методів, які найчастіше використовують при роботі з онкологічними пацієнтами, – це когнітивно-поведінкова терапія, зокрема ад'ювантна, когнітивна терапія на основі уважності (МВСТ), підтримно-експресивна групова терапія (SEGT), індивідуальна терапія, орієнтована на сенс (ІМСР), групова терапія, орієнтована на сенс (МСГР), прогресивна м'язова релаксація (PMR), керована візуалізація (GI), метод «Керування раком та осмислене життя» (CALM). Кожна з них засвідчила свою ефективність щодо окремих психічних проблем, з якими стикаються пацієнти з онкологічним діагнозом.

Ад'ювантна психологічна терапія (АПТ) призначена для застосування паралельно або як доповнення до медичного лікування як інтегративна терапія. У ній зроблено акцент на розвитку позитивних установок, допомагаючи пацієнтам сприяти лікуванню і впоруватися з ним, а також знижувати рівень емоційного дистресу. Вона призначена для застосування у широкому спектрі проблем: від людей без патологічних симптомів, які потребують допомоги, щоб краще справлятися з онкологічним захворюванням, до людей із явними психічними захворюваннями.

АПТ загалом триває від 6 до 12 сесій. Оскільки це короткотермінова терапія, охопити всіх проблем не вдасться, тому завданням терапевта є скласти перелік найсуттєвіших для пацієнта проблем, з якими працюватимуть терапевт і пацієнт. Важливо, щоб цей процес відбувався спільно з пацієнтом. Починаючи з другої сесії кожна зустріч має чітку структуру: 1. Визначення порядку денного, зазвичай це одне чи два питання. 2. Аналіз попереднього тижня, зворотний зв'язок. 3. Перевірка домашнього завдання пацієнта. Тут терапевт має з'ясувати, які труднощі виникали у пацієнта під час його виконання, можливо, щось йому було незрозумілим. 4. Робота з основною темою.

## ВИСНОВКИ

Відповідно до мети та завдань цього дослідження можна сформулювати такі висновки.

1. У результаті теоретичного аналізу науково-теоретичної літератури проаналізовано погляди вчених на поняття копінгу, концепції з погляду яких дослідники розглядають опанувальну поведінку. У роботі копінг-стратегії розглянуто як когнітивні та поведінкові зусилля, спрямовані на подолання конкретних зовнішніх і внутрішніх труднощів, що оцінюються як виклик або такі, що перевищують ресурси особи. Найпоширенішими психічними розладами, що було виявлено в пацієнтів з онкологічним діагнозом, є: депресія, розлади адаптації, тривога, сексуальні дисфункції, марення та розлади сну. Крім того, фахівці психічного здоров'я мають звертати увагу на такі поширені реакції, як провина та сором, а також на втому, пов'язану з хворобою. Окремо також виділяють таке поняття, як «відчуття себе тягарем для інших». Важливим є також розуміння переживань людей на термінальній стадії. Такі пацієнти зазвичай мають низку страхів: страх перед невідомим, страх болю і страждань, страх бути покинутим, страх втрати контролю, ідентичності, гідності та втрати образу тіла/самості, близьких, надії.

Роль копінгу у подоланні онкологічної хвороби досі залишається у сфері особливого інтересу дослідників. У контексті раку вимоги становлять широкий спектр ситуацій, з якими доводиться справлятися. Це, зокрема, біль, незрозумілі симптоми, що лякають, невизначеність прогнозу, зміни в зовнішності та соціальних взаєминах, обмеження фізичних можливостей тощо. Опанувальна поведінка пацієнта з онкологічним діагнозом характеризується мінливістю і залежить від різних чинників, зокрема тип раку, час, що минув із часу встановлення діагнозу, стадія лікування, на якій перебуває пацієнт, вік, наявність соціальної підтримки та сприйняття пацієнтом своєї хвороби.

Своєю чергою стратегії подолання, до яких вдається пацієнт з онкологічним захворюванням, визначають психічну адаптацію людини до хвороби.

2. Отримані результати показали, що у пацієнтів з онкологічним діагнозом спостерігається підвищена вираженість усіх типів копінг-стратегій порівняно з нормативними даними, що відображає вплив хронічного стресу, пов'язаного із захворюванням. Найбільш вираженими виявилися проблемно-орієнтовані копінги, які є найадаптивнішими у ситуаціях, коли можна впливати на перебіг подій. Отже, підтверджено гіпотетичне припущення, що в пацієнтів з онкологічним діагнозом існує домінуюча категорія копінг-стратегій.

3. Кореляційний аналіз виявив, що проблемно-орієнтовані копінги позитивно пов'язані із самооцінкою, відкритістю та дружелюбністю. Уникаючі копінги, навпаки, мають зворотні зв'язки із самооцінкою та відкритістю, що свідчить про їхній менш адаптивний характер. Емпіричне дослідження підтвердило важливу роль активних і емоційно-регуляторних стратегій у психологічній адаптації пацієнтів із онкологічним діагнозом. Отже, підтверджено такі гіпотетичні припущення: 1. Існує зв'язок вибору копінг-стратегій з рисами особистості в пацієнтів з онкологічним діагнозами. 2. Існує зв'язок вибору копінг-стратегій з рівнем самооцінки в пацієнтів з онкологічним діагнозами. Кореляційний аналіз виявив, що емоційно-фокусовані копінги позитивно пов'язані зі зниженням рівня депресії. Пацієнти, які частіше використовують емоційне прийняття, позитивне переосмислення, гумор або релігійну підтримку, мають менше депресивних проявів. Тобто підтверджено гіпотетичне припущення, що зв'язок вибору копінг-стратегій з рівнем депресивності в пацієнтів з онкологічним діагнозами. Водночас гіпотетичне припущення про те, що існує зв'язок вибору копінг-стратегій з рівнем тривожності в пацієнтів з онкологічним діагнозами – не підтверджено.

4. У роботі запропоновано орієнтовний план роботи з пацієнтом з онкологічним діагнозом за допомогою методу КПТ, а саме ад'ювантної психологічної терапії (АПТ), що призначена для застосування паралельно або як доповнення до медичного лікування як інтегративна терапія. У ній зроблено акцент на розвитку позитивних установок, допомагаючи пацієнтам сприяти лікуванню і впоруватися з ним, а також знижувати рівень емоційного дистресу. Вона призначена для застосування у широкому спектрі проблем: від людей без патологічних симптомів, які потребують допомоги, щоб краще справлятися з онкологічним захворюванням, до людей із явними психічними захворюваннями.

АПТ загалом триває від 6 до 12 сесій. Оскільки це короткотермінова терапія, охопити всіх проблем не вдасться, тому завданням терапевта є скласти перелік найсуттєвіших для пацієнта проблем, з якими працюватимуть терапевт і пацієнт. Важливо, щоб цей процес відбувався спільно з пацієнтом. Починаючи з другої сесії кожна зустріч має чітку структуру: 1. Визначення порядку денного, зазвичай це одне чи два питання. 2. Аналіз попереднього тижня, зворотний зв'язок. 3. Перевірка домашнього завдання пацієнта. Тут терапевт має з'ясувати, які труднощі виникали у пацієнта під час його виконання, можливо, щось йому було незрозумілим. 4. Робота з основною темою. АПТ сприяє розвитку конструктивних способів подолання – зокрема навичок емоційної регуляції, самоприйняття, пошуку підтримки та планування, що може бути важливою ціллю психологічної допомоги людям, які стикаються з онкологічним захворюванням.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аршава І. Ф., Носенко Е. Л. Аспекти імпліцитної діагностики емоційної стійкості людини : монографія. Дніпропетровськ, Вид-во ДНУ 2008. 468 с.
2. Грабовська С., Єсип М. Проблема копінгу в сучасних психологічних дослідженнях. *Соціогуманітарні проблеми людини*. 2010. № 4. С. 188–199. URL: <http://dspace.nbuu.gov.ua/bitstream/handle/123456789/27423/19Hrabowska.pdf?sequence=1> (дата звернення: 28.08.2025)
3. Демчук А. А. Копінг-поведінка як засіб подолання невизначеності. *Матеріали VII Міжнародної науково-технічної конференції молодих учених та студентів. Актуальні задачі сучасних технологій*. Тернопіль, 28–29 листопада 2018 р. С. 167–168.
4. Карамушка Л. М., Снігур Ю. С. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні проблеми психології. Т. I. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*. Київ, 2020. Вип. 55. С. 23–30.
5. Котляр Л. І. Неадаптивні копінг-стратегії поведінки як предиктори прокрастинації державних службовців. *Public Administration and Regional Development*. 2009, № 9. С. 738–751. URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/1211040.pdf> (дата звернення: 25.08.2025).
6. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. Київ : Ніка-Центр, 2007. 432 с.
7. Никоненко І. О. Особистісні чинники формування копінг-стратегій лікарів-хірургів : дис... канд. психол. н. Київ, 2017. 253 с.
8. Родіна Н. В. Особистісні характеристики як ресурси долаючої поведінки. Огляд деяких сучасних теорій копінгу. *Проблеми сучасної психології*.

2010. № 7. С. 608–633. URL: <https://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/162271/161245> (дата звернення: 25.08.2025).

9. Сердюк С., Купрєєва О., Отенко С. Салютогенетичні основи життєстійкості особистості. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2022. № 1 (15) С. 56–60. DOI: [https://doi.org/10.17721/BSP.2022.1\(15\).9](https://doi.org/10.17721/BSP.2022.1(15).9).

10. Становський Б. О. Особливості стрес-долаючої поведінки пацієнток з вперше діагностованою онкопатологією в умовах хронічного соціального стресу : дис. доктора філософії. Київ, 2024. 187 с.

11. Ткачук Т. А. Копінг-поведінка: стратегії та засоби реалізації. Ірпінь : Нац. ун-т ДПС України, 2011. 284 с.

12. Хазратова Н., Малімон Л., Олійник А. Особливості копінг-стратегій у людей з різними ціннісними орієнтаціями. *Психологічні перспективи*. Вип. 41, 2023, С. 175–190. DOI: [10.29038/2227-1376-2023-41-kha](https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-41-kha).

13. Чекстєре О. Життєстійкість, резильєнтність і копінг-стратегії як психологічні феномени, що сприяють адаптивності особистості. *Scientific method: reality and future trends of researching: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the I International Scientific and Theoretical Conference*. March 24, 2023. Zagreb, Republic of Croatia: European Scientific Platform. С. 22–228. URL: <http://dspace.puet.edu.ua/bitstream/123456789/12876/1/29-60-PB.pdf> (дата звернення: 03.08.2025).

14. Шевченко Н. Ф. Особливості системи психологічного захисту особистості в різні періоди дорослості. *Проблеми сучасної психології*. 2020. № 2 (18). С. 52–59.

15. Ярош Н. Аналіз досліджень внутрішніх предикторів стрес-долаючої поведінки. *Вісник Харківського національного університету*. 2015. Вип. 58. Серія «Психологія». С. 60–64.

16. Abrams R., Finesinger J. Guilt reactions in patients with cancer. *Cancer*. 1953 May; 6 (3). P. 474–482. DOI: [10.1002/1097-0142\(195305\)6:3<474::aid-cncr2820060305>3.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/1097-0142(195305)6:3<474::aid-cncr2820060305>3.0.co;2-p)
17. Anghel T., Melania B., Costea I., Albai O., Marinca A., Levai C., Hogeia L. Review of Psychological Interventions in Oncology : Current Trends and Future Directions. *Medicina*. 2025. № 61 (2), P. 279. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina61020279>.
18. Baghjari, F.; Saadati, H.; Esmailinasab, M. The Relationship between Cognitive Emotion-Regulation Strategies and Resiliency in Advanced Patients with Cancer. *Int. J. Cancer Manag.* 2017, 10 (10). e7443. DOI: <https://doi.org/10.5812/ijcm.7443>.
19. Berger A., Parker K., Young-McCaughan S., Mallory G., Barsevick A., Beck S., Carpenter J, Carter P., Farr L., Hinds P., Lee K., Miaskowski Ch., Mock V., Payne J., Hall M. Sleep / Wake Disturbances in People with cancer and their Caregivers: State of the Science. *Oncology Nursing Forum*. 2005. Vol. 32, No 6, P. E98-E126. URL: <https://www.ons.org/system/files/journal-article-pdfs/7244V4525U2J6408.pdf> (дата звернення: 18.08.2025).
20. Bolger N., & Zuckerman A. A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. № 69. P. 890–902.
21. Bonanno G. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*. January 2004. 59(1). P. 20–28. DOI: [10.1037/0003-066X.59.1.20](https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20).
22. Bonnano G., Burton Ch. Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspectives on Psychological Science*. Volume 8. Issue 6. P. 591–612. DOI: [10.1177/1745691613504116](https://doi.org/10.1177/1745691613504116).

23. Carver Ch., Scheier M. Assessing coping strategies : A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. Vol. 56, No. 2. P. 267–283.

24. Chang S., Suedfeld P. The Faithful Do Not Yield: Jehovah's Witnesses in Nazi Camps. *Genocide Studies International* 11. 2018. №. 2. P. 228–239. URL: <https://www.utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/gsi.11.2.06> (дата звернення: 18.08.2025).

25. Cheng C. Assessing Coping Flexibility in Real-Life and Laboratory Settings: A Multimethod Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2001. Vol. 80. No. 5, P. 814–833. DOI: [10.1037//0022-3514.80.5.814](https://doi.org/10.1037//0022-3514.80.5.814).

26. Cieślak K., Golusiński W. Coping with loss of ability vs. emotional control and self-esteem in women after mastectomy. *Repots of Practical Oncology & Radiotherapy*. Vol. 23. Issue 3, May–June 2018, P. 168–174. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rpor.2018.02.002>.

27. Costa P. T. Jr., Somerfield M. R., McCrae R. R. Personality and coping: a reconceptualization. *Theory, Research, Applications*, eds M. Zeidner and N. S. Endler. Oxford : John Wiley & Sons, 1996. P. 44–61.

28. Danylova T., Inga B. Kuźma, Olena S., Matviienko I., Bezhnar A., Poperechna G., Honcharenko K. On war, uncertainty, and future: Lessons, learned from the Eastern philosophy, *Wiadomości lekarskie*. August 2022. Volume LXXV, Issue 8. Part 1, P. 1914–1919.

29. Dunkel-Shetter Ch., Feinstein L., Taylor Sh., Falke R. Patterns of Coping with Cancer. *Health Psychology*. 1992. 11 (2). P. 79–87.

30. Fava G., Guidi J. Clinical Characterization of Demoralization. *Psychother Psychosom*. 2023. Vol. 92 (3). P. 139–147. DOI: <https://doi.org/10.1159/000530760>.

31. Folkman S., Lazarus R. Dynamic of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcome. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986. 50 (5), May. P. 992–1003.
32. Frydenberg E. & Lewis R. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? *American Educational Research Journal*. 2000. № 37(3). P. 727–745. DOI: [10.3102/00028312037003727](https://doi.org/10.3102/00028312037003727).
33. Gorman L., Anwar R. Psychosocial Impact of Cancer on the Individual, Family and Society. *Mental health nursing*. Philadelphia. F.A. Davis Company. 2022. 408 p. URL: <https://www.ons.org/sites/default/files/2018-10/Psychosocial%20Nursing%20Care%20Along%20the%20Cancer%20Continuum%20Sample%20Chapter%20%281%29.pdf> (дата звернення: 18.08.2025).
34. Habibe I., Fatih I., Suleyman E., Fatih K., Didem A. Self-esteem, metacognition, and coping strategies in cancer patients: A case-control study. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. Jul–Sep 2021. 17(4). P. 956–962. DOI: [10.4103/jcrt.JCRT\\_618\\_19](https://doi.org/10.4103/jcrt.JCRT_618_19).
35. Holland J. History of Psycho-Oncology : Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*. 2002. № 64. P. 206–221. DOI: [10.1097/00006842-200203000-00004](https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004).
36. Jacobsen J., Maytal G., Stern T. Demoralization in Medical Practice. *The Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. 2007. № 9(2). P. 139–143. DOI: [10.4088/pcc.v09n0208](https://doi.org/10.4088/pcc.v09n0208).
37. Joaquin-Mingorance M., Arbinaga F., Carmona-Marquez J., Bayo-Calero J. Coping strategies and self-esteem in women with breast cancer. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*. 2019. Vol. 35. № 2 (May). P. 188–194. DOI: <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.336941>
38. Kardum I., and Krapić N. Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. *Personality and Individual Differences*. 2001. Vol. 30, Issue 3. P. 503–515. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00041-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00041-6).

39. Kulpa M., Owczarek K., Stypuła-Ciuba B. Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia u chorych onkologicznych *The impact of mental adjustment to cancer to the quality of life. Medycyna Paliatywna*. 2013. 5 (3). P. 106–113.
40. Lang-Rollin I. Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2018. Vol.20. No.1. DOI: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin>.
41. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York : Springer publishing company, 1984. 444 p.
42. Levin T., Applebaum A. Acute Cancer Cognitive Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2014. XXI (4). P. 404–415. DOI: [10.1016/j.cbpra.2014.03.003](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.03.003).
43. Mahati Ch. Understanding coping with cancer: How can qualitative research help? *Journal of Cancer Research and Therapeutics*. Jan–Mar 2014. 10(1). P. 6–10. DOI: [10.4103/0973-1482.131328](https://doi.org/10.4103/0973-1482.131328).
44. Matos T., Meneguín S., Ferreira M., Miot H. Quality of Life and Religious-Spiritual Coping in Palliative Cancer Care Patients. *Rev. Lat.-Am. Enferm.* 2017. Jul 10. № 25. P. e2910. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1857.2910>
45. Meneguín S., Alves I., Camargo H., Pollo C., Segalla A., Oliveira C. Comparative study of the quality of life and coping strategies in oncology patients. *Eur. J. Investig. Health Psychol. Educ.* 2024. 14 (2). P. 339–350. DOI: <https://doi.org/10.3390/ejihpe14020023>.
46. Moorey S., Greer S. Cognitive Behaviour Therapy for People with Cancer. Oxford University Press. 2002. 222 p.
47. Muszalik M., Repka I., Puto G., Justyna Kowal-Skałka J., Kornelia Kędziora-Kornatowska K. Assessment of Functional Status and Quality of Life of Elderly Patients Undergoing Radiotherapy and Radiotherapy Combined with Chemotherapy – A Cross-Sectional Study. *Clin Interv Aging*. 2021. Jan 7; № 16: p. 9–18. DOI: [10.2147/CIA.S281871](https://doi.org/10.2147/CIA.S281871).

48. Nagy D. S., Isaic A., Motofelea A. C., Popovici D. I., Diaconescu R. Gh., Negru S. M. The Role of Spirituality and Religion in Improving Quality of Life and Coping Mechanisms in Cancer Patients. *Healthcare (Basel)*. 2024. № 12 (23). P. 2349. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare12232349>.

49. Niveau N., New B., Beaudoin M. How should Self-Esteem be considered in Cancer Patients? *Front Psychol*. 2021. Oct. 28. Volume 12. DOI: 763900. [10.3389/fpsyg.2021.763900](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.763900).

50. Porcelli P., Rafanelli Ch. Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in the Medical Setting. *Curr Psychiatry Rep*. 2010. № 12. P. 246–254. DOI: [10.1007/s11920-010-0104-z](https://doi.org/10.1007/s11920-010-0104-z).

51. Sari D. K., Dewi R., Daulay W. Association Between Family Support, Coping Strategies and Anxiety in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy at General Hospital in Medan, North Sumatera, Indonesia. *Asian Pac. J. Cancer Prev*. 2019, № 20. P. 3015–3019. DOI: [10.31557/APJCP.2019.20.10.3015](https://doi.org/10.31557/APJCP.2019.20.10.3015).

52. Skinner E., Edge K., Altman J., Sherwood H. Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological Bulletin*. March 2003. 129(2). P. 216–269. DOI: [10.1037/0033-2909.129.2.216](https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216).

53. Skwirczyńska E., Chudecka-Głaz A., Wróblewski O., Tejchman K., Skonieczna-Żydecka K., Piotrowiak M., Michalczyk K., Karakiewicz B. Age Matters: The Moderating Effect of Age on Styles and Strategies of Coping with Stress and Self-Esteem in Patients with Neoplastic Prostate Hyperplasia. *Cancers*. 2023. 15(5). 1450. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers15051450>.

54. Smith H. Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology Letters*. 2015. February 9. № 9(4). P. 1509–1514. DOI: [10.3892/ol.2015.2944](https://doi.org/10.3892/ol.2015.2944).

55. Somerfield M., Curbow B. Methodological issues and research strategies in the study of coping with cancer. *Sm. Sci. Med.* 1992. Vol. 34. No. 11. P. 1203–1216. DOI: [10.1016/0277-9536\(92\)90313-f](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90313-f).
56. Venkataramu V., Ghotra H., Chaturvedi S. Management of psychiatric disorders in patients with cancer. *Indian J Psychiatry.* 2022 Mar 23. 64 (Suppl 2). P. 458–472. DOI: [10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry\\_15\\_22](https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_15_22).
57. Wei Ch-W., Liang Sh.-Y., Chin Ch.-H., Lin H.-Ch., Rosenberg J. Change Trajectory of Symptom Distress, Coping Strategies, and Spiritual Wellbeing in Colorectal Patients Undergoing Chemotherapy. *Healthcare.* 2023. 11 (6). P. 857. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare11060857>.
58. Weiten W., Lloyd M.A. Psychology applied to modern life. Australia – Brazil – Canada – Mexico – Singapore – Spain - United Kingdom – United States : Wadsworth / Thompson Learning, 2008. P. 107–111.
59. Wieder-Huszla S., Owsianowska J., Chudecka-Głaz A., Branecka-Woźniak D., Jurczak A. The Significance of Adaptation and Coping with Disease among Patients with Diagnosed Gynaecological Cancer in the Context of Disease Acceptance. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jun 13. № 19(12). P. 7218. DOI: [10.3390/ijerph19127218](https://doi.org/10.3390/ijerph19127218).
60. Zhou E., Suh S., Youn S., Chung S. Adapting Cognitive-Behavior Therapy for Insomnia in Cancer Patients. *Sleep Medicine Research.* 2017. 8(2). P. 51–61. DOI: <https://doi.org/10.17241/smr.2017.00080>.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Таблиці кореляційного аналізу за критерієм Пірсона та Спірмена

Correlation Matrix

		PF	EF	Avoidance	E	Depression	Anxiety	Self-esteem
PF	Pearson's r	—						
	p-value	—						
EF	Pearson's r	0.499 <sup>***</sup>	—					
	p-value	< .001	—					
Avoidance	Pearson's r	-0.337 <sup>*</sup>	0.112	—				
	p-value	0.021	0.455	—				
E	Pearson's r	0.207	0.087	0.022	—			
	p-value	0.163	0.559	0.882	—			
Depression	Pearson's r	-0.219	-0.290 <sup>*</sup>	0.143	-0.301 <sup>*</sup>	—		
	p-value	0.139	0.048	0.337	0.040	—		
Anxiety	Pearson's r	-0.112	0.196	0.231	-0.058	0.382 <sup>**</sup>	—	
	p-value	0.455	0.186	0.118	0.698	0.008	—	
Self-esteem	Pearson's r	0.376 <sup>**</sup>	-0.069	-0.392 <sup>**</sup>	0.273	-0.636 <sup>***</sup>	-0.620 <sup>***</sup>	—
	p-value	0.009	0.644	0.006	0.064	< .001	< .001	—

Correlation Matrix

		PF	EF	Avoidance	A	C	N	O
PF	Spearman's rho	—						
	p-value	—						
EF	Spearman's rho	0.456 <sup>**</sup>	—					
	p-value	0.001	—					
Avoidance	Spearman's rho	-0.345 <sup>*</sup>	0.129	—				
	p-value	0.018	0.386	—				
A	Spearman's rho	0.354 <sup>*</sup>	0.109	-0.006	—			
	p-value	0.015	0.465	0.970	—			
C	Spearman's rho	0.270	0.015	-0.278	0.572 <sup>***</sup>	—		
	p-value	0.066	0.922	0.058	< .001	—		
N	Spearman's rho	0.195	0.055	0.062	0.195	0.173	—	
	p-value	0.190	0.714	0.678	0.190	0.245	—	
O	Spearman's rho	0.392 <sup>**</sup>	0.026	-0.410 <sup>**</sup>	0.194	0.359 <sup>*</sup>	0.158	—
	p-value	0.006	0.861	0.004	0.192	0.013	0.288	—

**Перевірка відмінностей копінг-стратегій у груп пацієнтів з онкологічними діагнозами з наявністю та відсутністю дітей**

Independent Samples T-Test

		<b>Statistic</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Avoidance	Student's t	1.3444	45.0	0.186
EF	Student's t	-1.3858	45.0	0.173
PF	Student's t	-0.6301	45.0	0.532

**Перевірка відмінностей копінг-стратегій у груп пацієнтів з онкологічними діагнозами з різним рівнем освіти**

One-Way ANOVA (Welch's)

	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>P</b>
Avoidance	3.45	3	9.63	0.061
EF	1.76	3	8.21	0.231
PF	2.84	3	9.06	0.098

**Перевірка відмінностей копінг-стратегій у груп пацієнтів з онкологічними діагнозами з різним подружнім статусом**

One-Way ANOVA (Welch's)

	<b>F</b>	<b>df1</b>	<b>df2</b>	<b>P</b>
PF	0.384	2	13.7	0.688
EF	0.260	2	13.9	0.775
Avoidance	1.821	2	16.2	0.193

**Ефективність різних моделей терапії в роботі з пацієнтами з онкологічним діагнозом**

КПТ	створює сприятливе середовище для емоційного відновлення; сприяє тривалому зниженню депресії, безпорадності та фаталізму; корисне у зміцненні механізмів подолання.
МВСТ	сприяє емоційній регуляції та зменшує стрес, заохочуючи усвідомленість та усвідомлення теперішнього моменту; полегшує тривогу, депресію та страх рецидиву, сприяє покращенню психологічного та духовного благополуччя; інтеграція усвідомленості з когнітивно-поведінковими стратегіями виявила перспективність у підвищенні психологічної гнучкості, що сприяє довгостроковій стійкості та благополуччю.
ІМСР	продемонструвала зниження тривожності та емоційного дистресу серед пацієнтів з раком на пізній стадії; має переваги для виживання; покращення якості життя та емоційного благополуччя; суттєво знижує депресивні симптоми та безнадійність; покращує духовне благополуччя та відчуття сенсу життя, що є критично важливим для пацієнтів, які страждають на невиліковні захворювання.
МСГР	сприяє покращенню соціального зв'язку, духовного благополуччя та механізмів подолання труднощів, помірному зниженню тривожності; сприяє розвитку спільноти та обміну досвідом між пацієнтами; суттєво знижує депресивні симптоми та безнадійність.
CALM	передбачає інтегративний підхід, завдяки чому розв'язує емоційні, екзистенційні та практичні проблеми; забезпечує структуровану

	<p>основу для пацієнтів, щоб вони могли пройти шлях боротьби з раком, підготуватися до питань кінця життя та зміцнити емоційні зв'язки з близькими; сприяє зменшенню депресивних симптомів та покращенню безпеки прив'язаності, що особливо важливо для лікування онкологічних захворювань на пізніх стадіях.</p>
SEGT	<p>сприяє покращенню соціального зв'язку, духовного благополуччя та механізмів подолання труднощів; продемонструвала переваги для виживання; сприяє покращенню якості життя та емоційного благополуччя поруч зі збільшенням виживання в окремих випадках.</p>
PMR	<p>Ефективна у зменшенні депресії та покращенні механізмів подолання, хоча результати лікування тривоги були непослідовними.</p>

**Способи взаємодії онкологічного захворювання та переконань  
за S. Moorey та S. Greer**

Переконання і стратегії опанування	Вплив онкологічного захворювання	Терапія
Поєднання позитивних і негативних переконань з переважно адаптивним копінгом	Позитивні переконання зазнають сумнівів, втім сильні сторони та ресурси доступні	Сприяти емоційному переробленню Виявити копінг-стратегії, що раніше були ефективними і заохотити використовувати їх
Надміру ригідні позитивні переконання	Руйнуються припущення	Сприяти емоційному переробленню Виявити та оцінити ригідні припущення Сприяти виробленню більш виважених переконань
Латентні негативні глибинні переконання, з компенсаторними переконаннями та стратегіями	Компенсаторні переконання і стратегії піддають сумнівам і стають помітними глибинні переконання	Використання концептуалізації розвитку, щоб зрозуміти характер впливу онкологічного захворювання Оцінити некорисність компенсаторних

		<p>переконань і поведінки</p> <p>Поекспериментувати з новими переконаннями та поведінкою</p> <p>Сприяти новій компенсаторній поведінці</p>
<p>Основні негативні переконання, що присутні більшу частину часу</p>	<p>Підтверджуються негативні переконання</p>	<p>Використовувати концептуалізацію розвитку, щоби зрозуміти характер впливу онкологічного захворювання</p> <p>Скористатися методами зміщення центру уваги і регуляції емоцій, щоб допомогти пацієнтові витримати «активацію схеми»</p> <p>Зосередити увагу на опануванні тут і тепер</p>

### Шкала дисфункційних переконань та ставлень щодо сну (DBAS-28)

1.	Мені потрібно 8 годин сну, щоб почуватися відпочилим і добре функціювати протягом дня	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Повністю незгоден</span> <span>Повністю згоден</span> </div>																				
2.	Коли я не отримую достатньої кількості годин сну вночі, я маю надолужити їх денним сном або спати довше наступної ночі	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Повністю незгоден</span> <span>Повністю згоден</span> </div>																				
3.	Оскільки я стаю старшим, мені потрібно менше спати	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Повністю незгоден</span> <span>Повністю згоден</span> </div>																				
4.	Я хвилююся, що якщо я не буду спати 1 або 2 ночі, у мене може статися нервовий зрив.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Повністю незгоден</span> <span>Повністю згоден</span> </div>																				
5.	Я стурбований тим, що хронічна безсоння може мати серйозні наслідки для мого фізичного здоров'я.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Повністю незгоден</span> <span>Повністю згоден</span> </div>																				
6.	Проводячи більше часу в ліжку, я зазвичай																					



	снодійне, ніж погано спати вночі.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
		<table border="0"> <tr> <td>Повністю</td> <td>Повністю</td> </tr> <tr> <td>незгоден</td> <td>згоден</td> </tr> </table>	Повністю	Повністю	незгоден	згоден																
Повністю	Повністю																					
незгоден	згоден																					
12.	Коли я відчуваю роздратованість, депресію або тривогу протягом дня, це переважно тому, що я погано спав минулої ночі.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
		<table border="0"> <tr> <td>Повністю</td> <td>Повністю</td> </tr> <tr> <td>незгоден</td> <td>згоден</td> </tr> </table>	Повністю	Повністю	незгоден	згоден																
Повністю	Повністю																					
незгоден	згоден																					
13.	Оскільки мій партнер засинає, щойно його голова торкається подушки, і спить всю ніч, я теж маю бути здатний це робити.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
		<table border="0"> <tr> <td>Повністю</td> <td>Повністю</td> </tr> <tr> <td>незгоден</td> <td>згоден</td> </tr> </table>	Повністю	Повністю	незгоден	згоден																
Повністю	Повністю																					
незгоден	згоден																					
14.	Я вважаю, що безсоння є наслідком старіння і що з цією проблемою мало що можна вдіяти.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
		<table border="0"> <tr> <td>Повністю</td> <td>Повністю</td> </tr> <tr> <td>незгоден</td> <td>згоден</td> </tr> </table>	Повністю	Повністю	незгоден	згоден																
Повністю	Повністю																					
незгоден	згоден																					
15.	Іноді я боюся померти уві сні.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
		<table border="0"> <tr> <td>Повністю</td> <td>Повністю</td> </tr> <tr> <td>незгоден</td> <td>згоден</td> </tr> </table>	Повністю	Повністю	незгоден	згоден																
Повністю	Повністю																					
незгоден	згоден																					
16.	Коли я добре висипляюся, я знаю, що наступної ночі мені доведеться за це заплатити.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
		<table border="0"> <tr> <td>Повністю</td> <td>Повністю</td> </tr> <tr> <td>незгоден</td> <td>згоден</td> </tr> </table>	Повністю	Повністю	незгоден	згоден																
Повністю	Повністю																					
незгоден	згоден																					



		Повністю незгоден	Повністю згоден																				
23.	Незважаючи на проблеми зі сном, я все одно можу вести задовільне життя.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Повністю згоден
24.	Я вважаю, що безсоння є, по суті, результатом хімічного дисбалансу.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Повністю згоден
25.	Я вірю, що безсоння руйнує мою здатність насолоджуватися життям і заважає мені робити те, що я хочу.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Повністю згоден
26.	Мій сон постійно погіршується, і я не вірю, що хтось може мені допомогти.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Повністю згоден
27.	Випивка перед сном – хороше рішення проблем зі сном.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Повністю згоден
28.	Ліки – це, мабуть, єдине рішення проблеми																						

	безсоння.								
		Повністю незгоден				Повністю згоден			