

Київський національний університет ім.Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра клінічної психології

Дипломна робота

Освітнього рівня „Бакалавр”

## **Психологічні особливості жінок хворих на рак молочної залози**

Студентки 4 курсу

Спеціальності 053 Психологія

Бровко Анастасії Юріївни

Науковий керівник:

Доцент кафедри психодіагностики та клінічної психології

Діденко Сергій Васильович

Допустити до захисту на ЕК

Кафедра клінічної психології

Протокол №\_\_\_\_\_ від\_\_\_\_\_

Завідувач кафедри :

\_\_\_\_\_

Київ 2021

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ**

SCL-90-R – Symptom Checklist-90-Revised GSI – Global severity index / Індекс загальної важкості

SOM – Somatization / Соматизація O-C – Obsessive-compulsive / Обсесивно-компульсивні симптоми

INT – Interpersonal Sensitivity / Міжособистісна сенситивність

DEP – Depression / Депресія ANX – Anxiety / Тривога

HOS – Hostility / Ворожість PHOB – Phobic Anxiety / Фобічна тривожність

PAR – Paranoid Ideation / Паранояльність

PSY – Psychoticism / Психотизм

Г1 – Група 1

Г2 – Група 2

Г3 – Група 3

PMЗ – рак молочної залози

QLQ - опитувальник якості життя (Quality of LIFE questionnaire)

MMPI - Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory )

## ВСТУП

### РОЗДІЛ I СУЧАСНІ НАУКОВІ ПОГЛЯДИ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЖІНОК ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

1.1. Епідеміологія, поширеність раку молочної залози в загальній структурі онкологічних хвороб та загальний опис захворювання.

1.2. Типологія психологічного реагування на хворобу та психологічні характеристики особистості хворих з онкозахворюваннями.

1.3. Характеристика структури особистості та загального особистісного функціонування жінок хворих на рак молочної залози.

1.4. Якість життя як багатофакторний критерій оцінювання стану хворих та розробки індивідуальних психосоматичних реабілітацій.

### РОЗДІЛ II МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУП

2.1. Метод клініко-психологічного дослідження.

2.2. Методи експериментально-психологічного дослідження.

2.2.1. Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатіса (SCL-90-R).

2.1.2. Міннесотський мультифазний особистісний тест (Minnesota multiphasic personality inventory — MMPI).

2.1.3. Методика “WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE” (Lazarus, Folkman, 1984).

2.1.4. Методика визначення показника якості життя за допомогою опитувальника EORTC-QLQ-C 30 (EORTC Quality of Life Group, 1995).

2.3. Характеристика груп респондентів.

### РОЗДІЛ III АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Результати клініко-психологічного дослідження

3.2. Результати дослідження за методикою симптоматичного опитувальника Леонарда Дерогатіса (SCL-90-R)

3.3. Результати дослідження за методикою особистісного тесту ММРІ

3.4. Показники оцінювання якості життя за допомогою опитувальника EORTC-QLQ-C 30.

3.5 Факторний аналіз отриманих даних (SPSS)

ВИСНОВКИ

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

ДОДАТКИ

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Через вплив екологічних, соціальних та психологічних чинників зростає захворюваність населення України, що вимагає від суспільства розробок та впровадження в практику комплексної реабілітаційної системи соматичних хворих. На особливу уваги заслуговують онкологічні захворювання. Останнім часом наука у вивченні онкологічних захворювань досягла значних успіхів як в галузі діагностики, так і лікування хворих злоякісними новоутвореннями. Завдяки цьому покращились окремі результати терапії та зросла тривалість життя пацієнтів. Однак, лікувальні заклади витрачаючи великі матеріальні кошти та зусилля спеціалістів для того, щоб лікувати онкологічних хворих, зовсім не враховують емоційний стан пацієнтів, їх душевні переживання та страждання, які супроводжують процес лікування та є перешкодою на шляху до видужання. Інколи такі стани можуть знову призвести до виникнення рецидиву хвороби.

Тому постає питання дослідження психологічних станів у жінок хворих на рак молочної залози. Це пов'язано з тим, що рівень захворюваності та смертності в Україні від раку молочної залози значно підвищився і становить на сьогоднішній день 53 випадки на 100 тисяч населення, загалом від цієї хвороби щорічно помирає близько 8000 жінок.

В психологічній літературі питання онкологічних захворювань висвітлюється в декількох напрямках. У першому напрямку дослідження спрямовані на вивчення психологічних особливостей особистості онкохворих. Цьому питанню присвятили свої праці О.В. Асеев, В.В. Ніколієва, Х. Ікер, С. Бекон, А. Шмейл, А.В. Гнезділов, В.Н. Герасименко, Е. Кюблер-Росс, Л. Лешан, Т.Ю. Марилова, Н.І. Непомнящая, Д. Холланд. А

особливості їх ставлення до онкологічного захворювання розглядали І.В. Бажанова, Н.Б. Шиповніков, Б.В. Зейгарнік, В.Д. Менделевич, В.А. Чулкова, Н.Н. Блінов, Н.П. Комяков [1,7,10].

У другому напрямку такі вчені як К.П.Балицький, М. Блохмк, В.Т. Волков, Б.Любан-Плоцца, О.В. Парняков, П.І. Сидоров, О.К. Стреліс, В.Г. Узунова, Ю.П. Шмалько вивчали психологічні чинники виникнення даного захворювання. Аргументуючи свої дослідження, вони доводять, що саме стрес є головним чинником, що призводить до виникнення патологічних змін в організмі на різних його рівнях та утворення онкологічного захворювання. На думку Н.Н. Блінова, Е. Еванса, Х. Ейсенча, П. Ревіді, В.О. Чулкова певні типологічні особливості характеру особистості онкологічних хворих мають вплив на розвиток онкологічного процесу [12,15,20].

Пріоритетним напрямком у дослідженні є виявлення засобів психологічної допомоги онкологічним хворим. Цьому питанню приділяли увагу Т.Ю. Артюшенко, А.Н. Герасименко, А.В. Квасенко, О.Г. Зубарев, А.Ш. Тхостов, Я. Гоулер, К. Саймонтон, С. Саймонтон, А. Шутценбергер. У своїх працях вони описали різні методи психологічної реабілітації онкологічних хворих. Успішно цей напрямок розвивають і вітчизняні психологи - М.Н. Воронов, С.Я. Карпіловська, Н.Ф. Шевченко [1,2,12,20].

Якість психотерапевтичного втручання деякі дослідники пов'язують із строками надання психо-терапевтичної допомоги. Так, Березанцева А. Ю. та Стражева С. В. вважають, що, чим на більш ранніх етапах таким хворим надається допомога, то тим ефективнішою вона буде для пацієнта. Вони вважають, що критичний період для адаптації або розвитку дезадаптації особистості онкохворого складає від декількох місяців до року після встановлення діагнозу та проведення радикального хірургічного втручання. За цей період вже майже закінчені активні лікувальні процедури (променева або хіміотерапія), і в такому разі пацієнт здатен психологічно оцінити свої нові можливості та стан здоров'я та функціонування. Від цієї оцінки буде залежати формування подальшої мотивації, спрямованої на життя, або

сприятиме формуванню хронічної депресивної або obsесивно-фобічної симптоматики [14].

На початковому етапі лікування, коли людина стикається з онкологічними діагнозом, це є для неї дуже великим стресом, який зумовлює появу нервово-психічних порушень, що проявляються у вигляді тривожних станів, депресивних симптомів, страху, астенії нервової системи та іншими психогенними реакціями [15, 16]

Аналізуючи кількість досліджень психологічного аспекту онкологічних захворювань, вивченню психологічних особливостей та ставлення до хвороби безпосередньо жінок, хворих на рак молочної залози, є недостатньо вивченим. На нашу думку, варто особливо звернути увагу на віковий фактор при виявленні психологічних особливостей ставлення до хвороби жінок, хворих на рак молочної залози. Це дозволить розробити і впровадити психолого-дидактичні засоби реабілітації жінок, хворих на РМЗ.

**Мета роботи** – дослідити психологічні особливості жінок хворих на рак молочної залози при різних стадіях захворювання..

**Об'єкт дослідження** – психічний стан жінок з раком молочної залози.

**Предмет дослідження** — психологічні особливості жінок хворих на рак молочної залози.

**Завдання дослідження:**

1. Систематизувати наукові дані щодо стану раку молочної залози в структурі захворюваності на злоякісні новоутворення, розглянути етіологію, патофізіологію, клінічні прояви та методи лікування захворювання.
2. Виявити психологічні особливості ставлення до хвороби жінок різного віку, хворих на рак молочної залози та оцінити патерни психологічних ознак.
3. дослідити різні аспекти особистості і актуальний психічний стан, що включають спектр таких структурних компонентів особистості, як:

мотиваційна спрямованість, самооцінка, манера міжособистісної поведінки, статево-рольовий статус, риси характеру.

4. вивчити адаптацію особистості в період дії стресу

5. охарактеризувати ступінь адаптованості людини до умов проживання та загальний стан її здоров'я та дослідити якість життя онкохворих на РМЗ.

**Методи дослідження** — медико-психологічні дослідження, симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатіса (SCL-90-R), міннесотський мультифазний особистісний тест (Minnesota multiphasic personality inventory — MMPI), методика “WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE” (Lazarus, Folkman, 1984), методика визначення показника якості життя за допомогою опитувальника EORTC-QLQ-C 30 (EORTC Quality of Life Group, 1995), методи математичної статистики: обчислення коефіцієнтів кореляції за методами Пірсона, t-критерій Стюдента.

**Характеристика груп:** жінки хворі на рак молочної залози I, II стадії в післяопераційному періоді «із зовні видимим післяопераційним дефектом». Всього було досліджено 60 осіб, у віці від 40 до 60 років. При проведенні клініко-психологічного дослідження було виділено дві групи респондентів. Першу групу (кількість - 22 особи) склали жінки репродуктивного віку (40-50 років), другу групу (кількість - 18 осіб) склали жінки у віці постменопаузи (51-60 років). Для порівняльного аналізу «здорової» особистості та особистості жінки хворої на рак молочної залози було введено контрольну групу респондентів кількістю 20 осіб, яку склали соматично здорові жінки у віці від 40 до 60 років.

**Обсяг і структура дипломної роботи.** Загальний обсяг роботи складає 82 сторінки, основна робота займає 79 сторінок і складається зі вступу, огляду літератури, характеристики матеріалу та методів дослідження, списку використаної літератури, який містить 47, з яких 20 – іноземні видання. Праця включає 11 таблиць та додатки

## **РОЗДІЛ І СУЧАСНІ НАУКОВІ ПОГЛЯДИ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ЖІНОК ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

### **1.1 Епідеміологія, поширеність раку молочної залози в загальній структурі онкологічних хвороб та загальний опис захворювання.**

Рак молочної залози розглядають як злоякісну пухлину залозистої тканини молочної залози. У світі це найчастіша форма раку у жінок, яка спостерігається протягом життя. Також це друге за частотою після раку легень онкологічне захворювання в популяції взагалі (враховуючи чоловіче населення).

Рак молочної залози займає 1-ше місце у загальній структурі злоякісних пухлин серед жінок. Захворюваність коливається від 50-60 на 100 тис. жіночого населення (Англія, Данія, Нідерланди, США, Канада, Україна) до 2-5 (Японія, Мексика). В структурі онкологічної захворюваності в Україні РМЗ займає перше місце. На обліку в онкологічних закладах на початок 2008 р. перебувало 125 тис. жінок, хворих на РМЗ. Щорічно в Україні реєструється понад 16 тис.

В якості етіологічних чинників виникнення РМЗ описані порушення харчування, гормональні розлади, спадкова схильність, фактори зовнішнього середовища. Їжа, перенасичена легкозасвоюваними жирами, гіподинамія та невідповідність між енергопостачанням та енерговитратами виступають

факторами ризику в зв'язку з небезпекою розвитку ожиріння та ектопічним ендогенним синтезом стероїдних гормонів. Порушення гормонального гомеостазу, які супроводжуються підвищенням кількості естрогену, прогестерону та інших гормонів, стимулюють проліферацію епітелію МЗ, підвищуючи ризик канцерогенезу. Ризик розвитку РМЗ підвищується при наявності патології МЗ (фіброзна-кістозна хвороба, атипова внутрішньопротокова та внутрішньочасточкова проліферація і т.д.).

Рак молочної залози розглядають як результат накопичення генетичних пошкоджень в нормальних клітинах протягом багатьох років. Вказані зміни індукують як внутрішні, так і зовнішні фактори.

Провідна роль в етіології спорадичного раку молочної залози належить порушенням функції гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, яка проявляється коливанням рівнів факторів росту та гормонів (естрогенів, прогестинів, дигідроандростерону, трийодтироніну, тироксину, лютеїнізуючого гормону, В-хоріонічного гонадотропіну). Спорадичний рак молочної залози становить близько 91% від усіх раків молочної залози. Іншою причиною пухлинного росту можуть бути зміни концентрації та активності цитоплазматичних рецепторів до них.

Останнім часом з'явилося велика кількість публікацій про вплив спадковості на ініціацію пухлинного процесу в МЗ. Розвиток неопластичного процесу пов'язаний з наявністю генів BRCA1 та BRCA2 та їх поліморфізмом, та менш пенетрантних генів PTEN, P53, ATM, PALB2, CDH1, CHEK2, FANC, NBS1 та інші. Про роль вірусів (ретровірусу, вірусу Епштейн-Бара) в генезі РМЗ проведено не одне дослідження, отримані неоднозначні результати, тому питання про вплив біологічного агенту на канцерогенез в МЗ залишається відкритим [22]. З'явилися відомості про більшу схильність до РМЗ у жінок, які працюють у нічний час в освітлених приміщеннях, що пов'язано з дефіцитом мелатоніну, який виробляється у темну пору доби та має естрогенстабілізуючу дію. Канцерогенною дією стосовно РМЗ володіють також алкоголь та тютюновий дим.

Неопластичні захворювання МЗ, беззаперечно, є також екологічнозалежною патологією, про що свідчить їх стабільний ріст у розвинутих країнах світу. Питання впливу навколишнього середовища на тканину МЗ неодноразово підіймалося в дослідженнях багатьох авторів і залишається суперечливим у науковій літературі. Пов'язано це з тим, що для РМЗ характерний дуже тривалий латентний період – між впливом факторів ризику і кінцевим проявом захворювання може пройти кілька десятків років. Оскільки відомо, що естрогени сприяють розвитку РМЗ, то особливі підстави для занепокоєння викликає той факт, що різні пестициди та хімічні речовини, присутні в пластику, косметиці та продуктах харчування, можуть імітувати дію естрогену. Серед багатьох причин розвитку РМЗ мікроелементози важкими металами займають не останнє місце.

Дослідження, проведені вченими Домініканського Каліфорнійського університету показали, що клітини РМЗ стають більш агресивними, якщо вони довго піддаються впливу малих концентрацій ВМ, які часто зустрічаються в косметиці, продуктах харчування, воді та повітрі. Спроможність мікроелементів імітувати дію естрогену, підсилювати проліферативну активність клітин ангіогенезу, впливати на процеси апоптозу та проліферативну активність, зменшувати адгезивні властивості клітин призводить до стимулювання пухлинної трансформації, ініціації та прогресії неопластичного процесу. Пухлини МЗ класифікують за багатьма критеріями: за системою ТМН, клінічними стадіями, гістологічними проявами, ступенем диференціювання, експресією рецепторів пухлинними клітинами, наявністю генного поліморфізму.

Згідно класифікації ВООЗ інвазивні форми РМЗ серед всіх різновидів пухлинних процесів у МЗ займають значну частину (26 типів інвазивного РМЗ). Серед них є такі типи, які щодня зустрічаються в роботі морфологів (інфільтративний протоковий та дольковий рак, медулярний рак), так і випадкові гістологічні форми (запальний, онкоцитарний, апокринний рак і т.д.). Серед всіх типів інвазивного РМЗ у 50-80% випадках при

гістологічному дослідженні біопсійного та оперативного матеріалу виявляється інфільтративний протоковий рак молочної залози (ІПРМЗ) [25].

На жаль, ця гетерогенна група аденокарцином не має достатньої кількості специфічних характеристик для однозначного встановлення діагнозу ІПРМЗ в якості конкретного гістологічного типу, так як це відбувається у випадку, наприклад, дольової або трубчастої карциноми. На практиці буває важко відрізнити вид інвазивної карциноми, тоді на допомогу приходять імуногістохімічні методи діагностики з визначенням рецепторів, специфічних для ІПРМЗ, таких як цитокератини, Е-кадгерин та інші.

Морфологічні особливості пухлини МЗ дуже варіабельні, маючи ознаки дифузної інвазії клітин у строму у вигляді трабекулярних або тубулярних структур з різною картиною в міжклітинному пухлинному просторі.

На підставі аналізу 73 випадків РМЗ в 1925 році R.V.Greenough з Бостону виділив 5 критеріїв визначення ступеня злоякісності інфільтруючих форм РМЗ: *наявність часточок, потоків та залозистоподібних структур, ступінь секреторної активності, клітинну атипію, наявність гіперхромних ядер та кількість мітотичних фігур* [37].

В 1957 році в класичній праці BloomRichardson була сформована більш спрощена схема гістологічних критеріїв – градація за Scaff-Bloom-Richardson за 3 характеристиками, яка виключила оцінку наявності секреторної активності та об'єднала в одну рубрику гіперхроматоз та ядерну атипію. Кожен з трьох показників оцінюється від 1 до 3 балів. Для більш спрощеної оцінки гістологічного диференціювання РМЗ С.W.Elston та I.O.Ellis розробили напівкількісний метод оцінки, згідно якого пухлина з загальною сумою балів від 3 до 5 вважалася низького ступеня злоякісності, з сумою 6-7 балів – помірного ступеня злоякісності та з сумою 8-9 балів – високого ступеня злоякісності [47].

Згідно молекулярно-генетичної класифікації в більшості досліджень виділяють наступні варіанти РМЗ:

- ✓ люмінальний тип А, який характеризується експресією рецепторів: естрогену (ER) та/або прогестерону (PR), відсутністю рецепторів другого типу людського епідермального фактору росту (HER2/neu);
- ✓ люмінальний тип В – ER та/або PR позитивний, наявність експресії HER2/neu; HER2/neu позитивний – відсутність ER та PR, наявність HER2/neu;
- ✓ *потрійний негативний* – не експресується жоден з рецепторів.

На цьому поділ на молекулярно-генетичні підвиди не зупинився.

На сьогодні відомо за різними авторами 7 або 8 клініко-морфологічних варіантів РМЗ, які включають поділ люмінального типу В на два підвиди (HER2/neu позитивний та HER2/neu негативний) з урахуванням проліферативної активності клітин, *потрійний негативний* РМЗ поділяють на без базальноклітинного фенотипу та з ним, оцінюючи експресію цитокератину 5, CD17 (c-kit), епідермального фактору росту 1-го типу і т.д. [44, 46]. Класифікуючи кожний конкретний випадок, морфолог не тільки розширює морфо-гістологічний опис РМЗ, а й покращує встановлення прогнозу та цілеспрямовує лікування клініцистів. На перебіг будь-якої неоплазії впливають не тільки особливості паренхіматозного компоненту пухлини, а й стан її стромы. У морфогенезі пухлинного процесу МЗ зміни якісного складу стромального компоненту мають важливе значення. Серед них утворення біомінералізацій та лімфо-лейкоцитарна імунна реакція представляють неабиякий інтерес для вивчення морфогенезу пухлинного процесу. Відомо, що будь-яке відкладання солей кальцію є результатом протилежної дії активаторів та інгібіторів мінералізації. В якості інгібіторів описано дію Klothопротеїну, матричного  $\gamma$ -карбоксиглутарової кислоти протеїну, фактору росту фібробластів, пірофосфату та інші.

Біопсії тканини РМЗ показали, що при патологічній біомінералізації надлишково експресуються білки кісткового матриксу, в тому числі кістковий сіалопротеїн, остеопонтін та остеоонектін.

Мікрівідкладання у тканині МЗ класифіковані на молекулярному рівні на 2 види і відрізняються між собою своїми фізичними і хімічними властивостями. **Перший тип** кальцифікацій складається з оксалату кальцію та пов'язаний з доброякісними новоутвореннями МЗ. Кальцифікати **другого типу** складаються з фосфату кальцію, в основному гідроксиапатиту (ГА) [47]. ГА – мінерал,  $\text{Ca}_{10}(\text{PO}_4)_6(\text{OH})_2$ , з групи апатитів, гідроксильний аналог фторапатиту та хлорапатиту. Він є основною складовою кісток та зубів.

У структурі ГА кальцієво-фосфорне співвідношення дорівнює 1,67 (в деяких випадках коливається від 1,33 до 2). Іони кальцію можуть бути заміщені на близькі за властивостями хімічні елементи (ізоморфне заміщення), в тому числі двовалентні іони ВМ, в результаті чого кальцієво-фосфорне співвідношення змінюється [47]. Саме цю властивість ГА використовують з метою очищення води від екзогенного забруднення СВМ, причому спорідненість до елементів зменшується в наступному порядку:  $\text{Pb} \rightarrow \text{Zn} \rightarrow \text{Fe} \rightarrow \text{Cu} \rightarrow \text{Ni} \rightarrow \text{Cr}$ .

Основна особливість біомінералів у тому, що вони являють собою агрегати, в яких мінеральна і органічна складові нерозривно та чітко пов'язані між собою, взаємодіючи за певними законами, співвідношення яких постійно змінюється при прогресуванні пухлинного процесу. У дослідженнях деяких авторів показано, що присутність ГА в пухлинній тканині корелює з виявленням інвазивних форм РМЗ. Як відомо, ріст і функціонування будь-якого органу і тканини підпорядковується загальному впливу нервової і гуморальної систем макроорганізму. Не виключенням є і пухлинна тканина. Але, на сьогоднішній день, в багатьох дослідженнях гостро обговорюється питання участі процесу ауторегуляції та протипухлинного імунітету в ньому. Кількісний та якісний склад мікрооточення пухлини відіграє одну з ключових ролей. Відомості про їх вплив суперечливі. Дослідження взаємозв'язку імунної реакції зі ступенем поширеності РМЗ показали, що зі зменшенням рівня лейкоцитарної інфільтрації (CD45, CD3, CD4, CD8, CD19, CD37, CD38, CD163) навколо

пухлини збільшується частота ураження регіонарних лімфатичних вузлів. Цей факт пояснюється участю клітин імунної системи, з одного боку, в оточенні пухлини та обмеженні подальшого її поширення, а з іншого, в здатності проявляти цитотоксичну дію проти фенотипово-чужорідних ракових клітин МЗ. Іншою точкою зору є дослідження про стимулюючий вплив інфільтрату на прогрес канцерогенезу. Показано, що імунне мікрооточення пухлини визначає проліферативну активність, міграцію та метастазування клітин. Цей процес здійснюється як завдяки здатності клітин сприймати сигнальні молекули типу прозапальних цитокінів, селектинів, хемокінів, джерелом яких є клітини запалення, так і самостійно їх виділяти. Але, як виявилось, прогноз РМЗ залежить більше від якісного складу інфільтрації. В дослідженнях продемонстровано позитивний вплив CD4+ Т-хелперів 1-го типу (Th1) та CD8+ Т-кілерів на перебіг злоякісного процесу. З іншого боку протікання РМЗ погіршується в присутності в клітинному імунному мікросередовищі CD8+ Т-хелперів 2-го типу (Th2) і В-лімфоцитів. Ядерний фактор (NF-κB) був описаний як один з чинників, що пригнічує ER. Він активується за умови впливу на клітину різних подразників, у тому числі цитокінів, наприклад інтерлейкін-1 (ІЛ-1), і стрес-факторів (таких як реактивні форми кисню). ІЛ-1 являє собою цитокін, що виступає у ролі медіатора імунітету і запалення. Він синтезується активованими формами макрофагів та стимульованими В-клітинами. У присутності цього цитокіну NF-κB звільняється від інгібуючого білка ІκB, стає активним і переміщується в ядро, щоб активувати транскрипцію регульованих ним генів. NF-κB може інгібувати ER шляхом активування інгібіторів та інгібування активаторів транскрипції генів, які кодують ER. Узагальнюючи вище зазначене, стає зрозумілим, що РМЗ є поліетіологічним захворюванням, перебіг якого залежить як від впливу на організм екзогенних, так і ендогенних факторів, які можуть виступати, з однієї сторони, ініціюючим фактором канцерогенезу, а з іншої сторони, постійним індуктором прогресування злоякісного процесу в МЗ. Розуміння механізму впливу кожного окремого фактору на пухлинний

процес та можливість впливу на нього можуть виступати стримуючим фактором розвитку та існування РМЗ.

## **1.2 Типологія психологічного реагування на хворобу та психологічні характеристики особистості хворих з онкозахворюваннями.**

Онкозахворювання – це важка хвороба, яка має вплив на всі аспекти життя людини і ці аспекти проявляється як на фізичному, так і на психологічному й на соціальному рівнях. На думку, російської дослідниці Н. Русіної, після вивчення психосоціального підходу до діагностики та корекції онкологічних захворювань, визначає, що рак є не просто хворобою, а це уже стиль життя і особливий смисловий простір хворої людини [19].

Якщо онкозахворювання справляє сильний вплив на дорослу людину, то тим більше воно впливає на дитину, особистість якої перебуває ще на стадії становлення. Через важку хворобу може докорінно змінитися особистість хворої людини, поведінка, емоційна сфера, вольові якості, стиль комунікативної взаємодії, когнітивне сприймання. Для нас на даному етапі дослідження важливо визначити які саме зміни відбуваються, якою хвора людина стає, стикаючись з такою складною хворобою, адже психічний стан пацієнта має значний вплив на протікання та результати лікування, можливе одужання та якість життя такої дитини в цілому.

Коли пацієнт усвідомлює несприятливий прогноз онкологічного захворювання, то в подальшому часто це призводить до важкої депресії. При цьому неповна вербальна інформація в поєднанні з трагічною мімікою близьких і унікаючою поведінкою медичного персоналу негативно впливає, зачасти посилює реакцію пацієнта на хворобу.

О.В. Парняков, П. І. Сидоров схиляються до думки, що виникнення та розвиток раку обумовлюється такими психологічними чинниками, як певні типологічні особливості характеру особистості та ситуаційні фактори. Досліджуючи типологічні особливості характеру онкологічних хворих

дослідники виділяють серед них: інфантильність (Н.І. Непомнящая), соціабельність (Н.Н. Блінов, В.О. Чулкова), труднощі у вираженні негативних емоцій (К.П. Балицький, Ю.П. Шмалько, С. Бехнсон, Д.Кіссен), депресію та безнадійність (В.Грін, Х. Ісенч, Л. Лешан, Р.Ворсінгтон, П. Ревіді, А.Шмейл, Х.Айкер) [11]. Підтвердуючи попередні дослідження Г.Б. Биховський, Ф.С. Мільруда, І.П. Рудницький визначають, що ситуаційні фактори, які характеризуються станом природного захисту організму, часто залежать від впливу різних психосоціальних стресів, - соціальної невлаштованості, урбанізації, географічної та соціальної мобільності, ситуації трудової зайнятості, незадоволення роботою, драматичної життєвої події, кризи (М.Блохмк) та характеру реагування на них, є суттєвими у виникненні злоякісних новоутворень [15].

Клінічна психологія класифікує онкологічні захворювання часто як кризові та екстремальні ситуації. До особливих ознак, які притаманні таким ситуаціям належать: руйнування картини світу, раптовість появи, відсутність контролю над ситуацією, певна стадійність протікання, як самого захворювання, так і реакцій на нього. Кризовість ситуації полягає в тому, що через хворобу стає більш неможливим подальше колишнє нормальне функціонування особистості, відкладання своїх життєвих задумів та планів і утвердження себе в них у рамках колишньої моделі поведінки. Хвора людина відчуває себе загнаною у певному рами свого становища, що блокує нормальний перебіг життя. У таких пацієнтів загострюються духовні потреби, і, насамперед, це позначається на потребі в самоактуалізації. Під час психологічної кризи відбувається втрата суб'єктивного сенсу життя, найважливіших орієнтирів і цінностей, відновлення яких неможливе без докорінної реконструкції особистості [6].

Онкологічний процес характеризується через два важливі аспекти. Психогенний, із однієї сторони, адже отриманий діагноз захворювання традиційно зараховується до групи невиліковних хворіб, в процесі

перетворюючись в серйозну психічну травму, яка здатна сформувати психічні порушення психогенно-реактивного характеру.

Соматогенний - з іншої сторони, який розглядають як онкологічну патологію як крайню. Його вважають одним із найбільш важких в соматичному плані фактором, що складається з комплексу психічної та фізичної астенії, виснаження та істотно впливає на психічну діяльність, формуючи соматогенні психічні розлади. Крім того локалізуючись в гормонозалежних і гормонопродукуючих органах онкологічний процес зумовлює розвиток так званого психоендокринного симптомокомплексу зі специфічними клінічними проявами [12].

Хворі, які після звістки про тяжку хворобу – рак продовжують боротьбу за життя, мають більший шанс вижити протягом 3–5 років, ніж ті, які приречено сприймають звістку про захворювання як смертний вирок [39].

М. Івашкіна, відома дослідниця, вивчаючи психологічні особливості особистості онкохворих, зазначає, що більшості людей, які страждають онкологічними захворюваннями властиві риси особистісного інфантилізму, труднощі осмислення пропонованих понять, переважання екстернального локус-контролю, труднощі сприймання, усвідомлення і реагування на психотравмуючі ситуації [9].

Розглядаючи теорії та пояснюючи механізми виникнення пухлинної хвороби, необхідно звернути увагу на ще одну модель психологічної реакції хворого та наявність у нього злоякісного новоутворення. Розглядаючи психіку та виокреслюючи її роль у розвитку онкологічної хвороби, а також вивчаючи особливості хворого на рак, та того, хто одужав, а також взаємини із довкіллям, з іншими людьми, залишають цю ділянку невирішеною.

1. Модель Вейсмана. В основу даної розробки складають дослідження стресу в онкологічних хворих. За структурою складається з наступних стадій:

1 стадія – «екзистенційний переляк» - охарактеризовує глибокий емоційний стрес та сум'яття.

2 стадія – «приспосовування й пом'якшення». Ця стадія спричиняє прагнення пацієнта до нового життя та до стабілізації емоційної рівноваги. Хворий вирішує змінити спосіб життя та отримати медичну допомогу.

3 стадія – «повторення та рецидив». Коли у хворих стається рецидив, ця стадія характеризується метушнею на тлі рецидиву захворювання, асоціюється з потужною психосоціальною кризою. У пацієнта з'являються бажання пом'якшити негативні синдроми.

4 стадія – «погіршення та занепад». Ця стадія характеризується ускладненим перебігом хвороби та думками про приготування до смерті [30].

2. Емоційна модель Гопа. В. Gobb розглядає реакцію хворого на звістку про діагноз із позиції характеристики емоцій, що його супроводжують. Автор пропонує розділити емоційні проблеми, з якими стикаються онкологічні хворі, на три групи: а) побоювання та тривоги, які пов'язуються з тим значенням, що онкологічне захворювання має для індивіда; б) переживання, які пов'язані із раптовим переміщенням пацієнта зі звичної для неї обстановки в лікарняне середовище (соціальна депривація); в) емоційні переживання, які пов'язують із тимчасовою або постійною розлукою з сім'єю [33].
3. Модель Літін. Е. Н. Litin виділив три фази реакції на онкологічний діагноз: 1 фаза – потрясіння, зумовлене повідомленням про хворобу та супроводжується гострим почуттям страху та депресією. 2 фаза – вжиття заходів боротьби зі стресом і загрозою життю. 3 фаза – звикання до нового життя з новими перспективами [38].
4. Модель Кублер – Росса. Дана модель поділяється ще на декілька фаз: 1 фаза – фаза заперечення. Для неї характерне заперечення наявності онкологічної патології, зменшенням тяжкості свого стану та переконаннями, що діагноз встановлений помилково. 2 фаза – фаза

агресії. Зазвичай, вона настає після підтвердження діагнозу та супроводжується бурхливим протестом, схильністю до агресивних дій як до людей, так і до себе (суїцид). 3 фаза – фаза прийняття діагнозу. Цей період характеризується прийняттям фактів наявності злякисного процесу та необхідності тривалого й інтенсивного лікування. 4 фаза – фаза депресії. Тривалий період стандартного лікування підштовхує хворого до поступової втрати надії на оздоровлення, появи песимізму, пригніченості й пасивності. 5 фаза – фаза апатії. З'являється на останніх етапах протікання захворювання на тлі відсутності ефективності стандартного лікування та супроводжується байдужістю щодо оточення, зовнішніх і внутрішніх процесів [28].

Як бачимо, усі ці моделі прописують тільки констатації стану онкологічного хворого як у момент установлення діагнозу злякисного захворювання, так і у процесі стандартного лікування. Дослідження пов'язані з оцінкою поведінки пацієнта дає можливість брати до уваги психологічну реакцію хворого та вибудовувати реабілітаційні заходи в межах медичного та реабілітаційного закладу з урахуванням фаз реакцій емоційного протікання хвороби.

### **1.3 Характеристика структури особистості та загального особистісного функціонування жінок хворих на рак молочної залози.**

Проблема виживання, подолання та усвідомленість важких обставин і збереження при цьому основних життєвих цінностей, стала однією з центральних у психології особистості [2, 6, 7, 10, 11, 14]. В умовах важкого соматичного захворювання, до яких безперечно належить онкологічне

захворювання, в даному випадку рак молочної залози, виникає нова життєва ситуація, яка руйнує структуру особистості, що була до хвороби, відокремлена особистість, яка веде до відчуження [5].

Постановка діагнозу - важкий стрес для жінки будь-якого віку. Особливо якщо це - рак молочної залози (РМЗ), який є найбільш поширеним онкологічним захворюванням у жінок [3].

Зазначене захворювання виступає у психічній діяльності в двох аспектах. З одного боку, діагноз, який традиційно зараховує до групи невиліковних і, як наслідок, підвищено значимих, перетворюючи один лише факт захворюваності в серйозну психічну травму. З іншого боку, необхідність проведення операції, яка калічить та веде до втрати жіночності і краси. Як наслідок, це сприяє зміні відносин з людьми, викликаючи важкий стрес у жінки будь-якого віку.

Зміна обстановки, пов'язаної з лікуванням, призводить до занепокоєння, тривоги, невпевненості, депресії і обумовлює виснаження нервової та імунної системи, зниження адаптивних можливостей, що в кінцевому підсумку відбивається на ефективності лікування і якості життя пацієнтів.

Недооцінка важливості внутрішнього світу самої хворої, її особистісних особливостей, ставлення до захворювання і лікування, до майбутнього не дозволяє використовувати психологічні ресурси особистості для пристосування до хвороби і подолання її наслідків [8, 12].

Більшість авторів відзначають виражену соціальну дезадаптацію хворих після оперативного лікування раку молочної залози [1, 4, 9], однак, не можуть пояснити її причини [13]. Питання, пов'язані зі зміною особи, ціннісно-потребової та емоційної сфер хворих на РМЗ у віддаленому періоді, ще недостатньо вивчені.

Виходячи з вищесказаного, очевидно, що при збільшенні тривалості життя хворих на РМЗ недостатньо вивчені психологічні порушення, які виникають під час лікування. А також відсутність психологічної допомоги,

що призводить до глибокої деформації особистості в певному періоді, веде до зниження якості життя, перешкоджаючи досягненню більш повного ефекту лікування.

Досліджуючи особливості особистості хворих на рак молочної залози у післяопераційний період виявлено, що у більшості пацієнток переважає депресивна реакція на стрес, яка пов'язана з поставленим онкологічним діагнозом. Депресивна реакція посилюється почуттям тривоги, постійними сумнівами, невпевненістю, занепокоєнням, очікуванням небезпеки. У хворих яскраво виражена емоційна нестійкість, лабільність, у інших спостерігається тенденція до тривалого переживання.

Таким чином, можна говорити про психологічний портрет хворих на РМЗ, який збігається з дослідженнями інших авторів [1, 4, 12, 13].

Перша група - тривожно-депресивний тип особистості (ТД). В середньому для профілю цієї групи характерна депресія, емоційна лабільність, а також високий рівень іпохондрії та психостенії. Тривожно-депресивний тип спостерігався майже у більшій половині хворих.

Друга група - тривожно-ригідний тип (ТР). Для осіб цієї групи характерна паранояльність та психостенія. Тривожно-ригідний тип особистості зустрічається у чверть хворих на РМЗ.

Третя група - істеричний тип, характеризується високими проявами іпохондрії та депресії, інколи спостерігається емоційна лабільність, що дає підставу для виділення істеричного типу особистості. Даний тип відзначається в одній десятій хворих на РМЗ.

Через 12-15 місяців після завершення лікування у осіб, хворих на РМЗ з різними типами особистості підвищується невротичність, а також можна спостерігати прояви шизоїдності. Невротичний стан може проявлятися у вигляді порушення сну, занепокоєння, емоційної лабільності, швидкого виснаження, що знаходить відображення в реальній життєдіяльності. Більша частина жінок можуть відмовлятися від професійної діяльності, вважаючи за краще залишатися вдома.

Ступінь вираженості невротичних рис коливається у широкому діапазоні. Зіставлення шкал цього типу особистості з анамнестичними і клінічними даними дозволило встановити відмінність в поведінкових реакціях у хворих.

У хворих, у яких яскраво виражена іпохондрія, відзначається підвищена увага до факту захворювання, наполегливість вимог повторних обстежень. «Занурення у хворобу» часто веде до ускладнення взаємовідносин в сім'ї та конфліктів.

У хворих, з яскраво вираженою шизоїдністю, здорових з медичної точки зору жінок, проявляється пригніченість, тривожність. Вони більш уразливі, зосереджені на своїх переживаннях, у них відзначаються труднощі в контактах з іншими особами, часто замкнуті в собі.

Емоційна лабільність у хворих в різному ступені можуть проявлятися істероїдні риси. У жінок з істеричним типом особистості відзначається емоційна лабільність: періоди депресії змінюються спалахами дратівливості, вони часто скаржаться на підвищену стомлюваність, відзначають сексуальну незадоволеність.

У хворих з тривожно-ригідні типом особистості відзначається підвищена чутливість до несправедливості, тривалість переживань конфліктів, періодичні спалахи агресивності. Вони часто недовірливі, дратівливі. Більшість жінок цієї групи отримали статус інвалідів і не повернулися до нормальних умов життя.

Для хворих жінок на РМЗ провідними є загальнолюдські цінності особистого щастя: здоров'я, любов, щасливе сімейне життя.

Вищий рівень ієрархії займає цінність «здоров'я». Ймовірно, ця цінність значима для всіх жінок незалежно від стану здоров'я і є стійкою характеристикою ціннісно-потребової сфери особистості.

Поряд зі здоров'ям вагому цінність несе «щасливе сімейне життя». Найбільш значною вона є для жінок, які страждають на рак молочної залози,

що, ймовірно, пов'язано зі страхом каліцтва після операції, втратою жіночності і привабливості і, як наслідок, погіршенням сімейних відносин.

Цікавим є той факт, що жінки не надають високого значення цінностям індивідуальної самореалізації - свободі, творчості, розвитку, пізнанню. З точки зору психології, це пов'язано з особливістю ролі жінки в суспільстві, її баченням сенсу життя не в самовдосконаленні, кар'єрному зростанні, а в реалізації своєї головної місії - материнства, берегині домашнього вогнища.

На підставі цього можна відзначити, що у реабілітаційному періоді більшою мірою відбуваються зміни тих цінностей, які в здоровий період були досить значущими, і в меншій мірі відбуваються зміни тих цінностей, які і до хвороби були менш значимими.

Вивчення системи цінностей особистості хворих на рак молочної залози показує їх значну перебудову під час реабілітаційного періоду. Можна спостерігати специфічні закономірності змін ціннісних орієнтацій особистості в кризовій ситуації - ситуації онкологічного захворювання. Як наслідок більше зазнають змін термінальні цінності, ніж інструментальні. Істотно перебудовується вищий рівень ієрархії цінностей - життєві цілі особистості. При цьому цінності, які відзначалися хворими як менш значущі ( «незалежність», «непримиренність до недоліків у собі та інших», «високі запити»), практично не змінюються.

Онкологічне захворювання призводить до переоцінки життєвих цінностей, змін світовідчуття, духовному зростанню особистості.

#### **1.4. Якість життя як багатфакторний критерій оцінювання стану хворих та розробки індивідуальних психосоматичних реабілітацій.**

Відновлення після операції є не тільки медичною, але і серйозною соціальною проблемою, у зв'язку з чим, вимоги до соціальної, трудової, психологічної та фізичної реабілітації зростають [22,27].

Дослідження уційцарині [40,42] засвідчують про те, що проблема поліпшення якості життя (ЯЖ) у жінок, хворих на рак молочної залози, стає тим актуальнішою, чим більше з'являється у них шансів на виживання.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає термін «здоров'я» як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Дане визначення було сформоване у 1957 р. робочою групою експертів ВООЗ, яка мала на увазі якісний стан людського організму, що забезпечує його адекватне функціонування в існуючих соціальних умовах та умовах довкілля. Це визначення сприяло впровадженню в сучасні медичні дослідження терміна «якість життя» (ЯЖ), під яким уже розуміють (у найзагальніших рисах) здатність кожного індивідуума повноцінно функціонувати в суспільстві відповідно до свого соціального становища та отримувати задоволення від життя [2].

Сьогодні якість життя стала центральною темою та невід'ємною частиною популяційних і епідеміологічних досліджень. Концепції, які пропонують вчені вказують на якість життя, до якого входить фізичне здоров'я людини, психологічний стан, рівень незалежності, соціальні відносини, особисті переконання та реалізацію усіх цих чинників, зважаючи на умови навколишнього середовища [7,8].

Крім того об'єктивні та суб'єктивні характеристики людини, що відображають ступінь життєвого комфорту, обумовлюють якість життя

хворих на РМЗ, та містять у собі психологічні особливості хворої, ступінь фрустрованості, рівень побутової і трудової активності, фізичне і сексуальне благополуччя [4].

Поєднуючись із анатомо-функціональними порушеннями, психологічні переживання, тривога, депресія, зниження самооцінки значно погіршують показники якості життя [1, 14].

Вивчаючи особливості психічного життя онкологічних хворих, психологи вивчають не тільки стан розумової та емоційної сфер особистості, але й якість життя таких хворих. На їх думку ЯЖ пацієнтів визначається у ставленні до здоров'я, хвороби, лікування, досліджується наявність стресу та проблем в житті, розглядається активність, трудова діяльність та показники фізичного стану та сексуальною задоволеністю (С.Кобб, Б.Робертсон, П.Селбай, Д.Чепмен) [4].

Треба зазначити, що оперативне втручання як сам факт необхідності, так і інші втручання виступають як психотравмувальні чинники. Під такими чинниками слід розглядати загрозу важкої операції, довготривале виснажливе лікування, невизначений прогноз щодо хвороби – все це є певним фундаментом, на якому поступово починає розвиватись психологічна (психічної) дезадаптація, висока тривожність, агресія, з часом починає знижуватись самооцінка та неадекватне ставлення до хвороби [14].

Якість життя в онкології стає як оцінка, що позначає якість проведеного лікування, і не тільки, адже вона виступає як надійний та інформативний інструмент, який допомагає при оцінці стану здоров'я пацієнток і має важливе прогностичне значення [14, 15].

Наразі немає однозначного підходу до оцінки ЯЖ, що включає в себе інтегральний аналіз ефективності лікування за показниками фізичного, емоційного та соціального статусу хворого. N. Wenger у співавторстві [47] запропонував характеризувати медичні аспекти ЯЖ за трьома компонентами: функціональна здатність, сприйняття свого стану та прояв захворювання. *Функціональна здатність* — можливість, завдяки якій реалізується

соціальна, розумова та емоційна функції, створюється економічна забезпеченість у повсякденному житті. *Сприйняття* допомагає в оцінці поглядів пацієнта та його суджень щодо цінності тих компонентів, які забезпечує функціональна здатність. До таких можна віднести ті, які мають першочергове значення та дбають про загальний стан здоров'я, рівень добробуту та задоволення життям. Третьою, безсумнівно важливою, характеристикою ЯЖ є прояви основного захворювання, ускладнень та супутніх патологій, вираженість яких зменшується чи які зникають (змінюються) у результаті застосування лікування.

Слонімська Є. М., Мусаєва Н. Е., Ю. А. Дихно у своїх дослідженнях зазначають, що саме з віком відбувається достовірне погіршення загального фізичного статусу і поступово він впливає на такі складові як: фізичне, рольове функціонування, загальне здоров'я, біль. Таким чином, встановлюється прямо пропорційна залежність основних характеристик ЯЖ від віку, і тому, якщо психолог починає працювати над створенням реабілітаційної програми потрібно, то повинен врахувати вікові особливості хворих [13].

Аналогічні дані були отримані в іноземній літературі і свідчать про те, що найнижчі показники якості життя спостерігаються у жінок після 50 років; пов'язують це з гіршою адаптованістю людей похилого віку до проведеного лікування [42].

Після виконання радикальної мастектомії фізичне функціонування жінок погіршується, тому що у них спостерігається загальна втома, біль, зниження шкірної чутливості, обмеження обсягу руху в кінцівці, лімфатичний набряк [11].

Як свідчать літературні дані, як один з найважливіших критеріїв слід розглядати загальну втому, оскільки її наявність значно впливає на якість життя. Це один з найчастіших симптомів, що зустрічаються у пацієнтів із злоякісними новоутвореннями молочної залози [3, 14].

Не менш важливим критерієм ЯЖ є повернення до активної праці, що додає впевненості в собі, знижує відчуття тривоги та депресії [16].

Найважливішим елементом ЯЖ жінок, хворих на рак молочної залози, є оцінка психічного стану хворого, оскільки саме цей елемент є пріоритетним у формуванні функціональної адаптивної системи в осіб, які перенесли хірургічне втручання.

Тісний взаємозв'язок психологічного статусу та показників клітинного імунітету [10, 15] дозволяють розглядати психічну адаптацію як один з найважливіших механізмів реабілітації та одужання хворого.

Можливості жінки справлятися із психологічними проблемами, які практично неминучі при раку молочної залози, залежать від багатьох медичних, психологічних і соціальних факторів, ресурсних можливостей індивіда та результатами дослідження А. В. Асеева, Л. Н. Бала, 1996 [17] було виявлено такі психологічні особливості хворих на рак молочної залози, як знижена фрустраційна толерантність і адаптованість особистості, підвищена вимогливість до оточення, що супроводжується розвитком конфліктних ситуацій, висока ступінь алекситимії. Окрім того, ці дезадаптивні розлади проявляються порушенням гормонального гомеостазу, стрес-витривалості, зниженням якості життя.

За даними багатьох досліджень, після виписки зі стаціонару у жінок з'являється велика кількість негативних переживань, страждань, у багатьох розвивається депресія різного ступеня вираженості. Жінки стають не впевненими у собі, намагаються уникати важких життєвих ситуацій. Серйозні зміни відбуваються в сімейних відносинах, розвиваються конфлікти і в сексуальних стосунках, адже як для жінок, так і для чоловіків проведена операція є потужним психотравмувальним фактором [2].

За даними Г. А. Братусь, суб'єктивна оцінка основних характеристик якості життя після оперативного лікування значно гірша від їх об'єктивного стану, що свідчить про виражені психічні порушення, стресовий стан, зумовлений діагнозом раку молочної залози. Причому такими ці показники

залишаються в оперованих жінок протягом декількох років після мастектомії, що зумовлює необхідність на ранніх стадіях лікувально-відновлювальних заходів проводити серед жінок комплексну соціально-психологічну реабілітацію і корекцію [7].

Крім того, на думку О. А. Бехер, у пацієнок, які страждають на рак молочної залози, відзначається досить високий рівень особистісної тривоги, який проявляється дратівливістю, напругою, нездатністю розслабитися, схильністю до сліз, занепокоєнням тощо [4].

Все це свідчить про необхідність розробки індивідуального підходу в реабілітації жінок хворих на рак молочної залози залежно від клінічних проявів наслідків проведеного лікування.

У зв'язку з тим, що в міру збільшення тимчасового інтервалу після радикального лікування РМЗ відбувається наростання патологічних змін у тканинах, особливе значення має проведення реабілітаційних заходів у максимально ранні терміни.

Таким чином, результати багаточисельних досліджень доводять, що діагноз раку молочної залози і проведене лікування призводять до болісних переживань, які тривають багато років і мають руйнівний характер для психічного здоров'я жінки, перешкоджаючи її адаптації до нових умов життя і тим самим знижують якість життя. Враховуючи варіативність ускладнень після проведеного лікування, важливим постає питання розробки індивідуальних програм фізичної реабілітації щодо поліпшення якості життя у жінок, хворих на рак молочної залози

## **РОЗДІЛ II. МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУП**

### **2.1 Метод клініко-психологічного дослідження.**

Людина вперше дізнається про свій діагноз на початковому етапі лікування. Він зумовлений для неї дуже великим стресом, який провокує появу нервово-психічних порушень. Ці порушення можуть проявлятися у вигляді тривожних станів, депресивних симптомів, страху, астенії нервової системи та іншими психогенними реакціями [15, 18].

Основне завдання, яке стоїть перед клінічним психологом на цьому етапі лікування заключається у зниженні психічного дистресу, навчання способам зниження психоемоційного напруження, психоедукація та формування реалістичних уявлень щодо онкологічного захворювання, формування адаптивного стилю поведінки під час лікувального процесу.

Медико-психологічні аспекти, які пов'язані з оперативним лікуванням, складають основу питання психологічної підготовки до операції, феномени перед- та післяопераційної тривожності, «операційні» страхи, а також вміння пристосуватися до наслідків післяопераційного статусу [17]. Однак методи протипухлинного лікування постійно вдосконалюються та ставлять перед клінічними психологами нові завдання.

Академіка Смулевич А. Б. вважає, що рівень лікування онкохворих приводить до збільшення пацієнтів із подовженою тривалістю життя та перекваліфікацією їх до групи курабельних пацієнтів, де вони отримують статус хронічних. Медико-психологічні дослідження, які проведені для цієї когорти хворих вказують на формування у них широкого спектра психічних та психопатологічних проявів, що відрізняються від гострих психогенних

реакцій, які спостерігаються на початкових етапах лікування онкологічної патології [20].

Численні дослідження акцентують увагу на необхідності проведення психологічних заходів для онкологічних хворих у вигляді психоосвітніх програм, тренінгів, шкіл пацієнтів, груп психологічної підтримки, індивідуального та сімейного консультування [7, 8].

Позитивні наслідки психологічної допомоги включають покращення емоційного та фізичного стану пацієнтів, зниження больових відчуттів, перебудову світосприйняття, нормалізацію відносини у сім'ї та з оточенням [22]. У роботі з онкологічними пацієнтами використовують різноманітні психотерапевтичні підходи: когнітивно-поведінкову, екзистенційну, гештальт, клієнт-центровану психотерапію, логотерапію, символдраму, арт-терапію, музикотерапію, психоаналіз, прогресивну мязову релаксацію, дихальні техніки. Психологічна допомога включає використання усієї відомої програми К. Саймонтона та С. Саймонтон. Нова хвиля, яка полягає у реалізації психологічних заходів пов'язана з використанням комп'ютерних та Інтернет технологій у якості каналів зв'язку з пацієнтами [23].

Сучасна медична практика сприяє формуванню партнерських відносин між лікарем і хворим, які ґрунтуються на співробітництві, поінформованій згоді та взаємній довірі [11].

Отримані дані, що від психологічного стану пацієнта залежить результат та безпека лікування [12]. Особливо гостро стоїть в онкології питання про прихильність до протипухлинної терапії. Провідними психологічними факторами низького комплаєнсу серед онкологічних хворих визначено зниження суб'єктивної перспективи лікування, переживання відчуття приреченості, ірраціональні установки, страх перед побічною дією та ускладненнями протипухлинної терапії [13]. Звідси впливає одне з важливим завданням медико-психологічної допомоги - адаптація онкологічних хворих до протипухлинної терапії та налагодження ефективної взаємодії між пацієнтом та лікарем.

Структура клініко-психологічного дослідження передбачає наступні етапи.

Перший етап клініко-психологічного дослідження – формулює клінічну задачу до знайомства з пацієнтом. Сюди можна віднести бесіду з людьми, що оточують досліджуваного: педагогами, батьками, друзями, співробітниками чи однокласниками, лікарями – для визначення особливостей його поведінки й особистості, з'ясування проблем, які виникають; визначення характеристик систем міжособистісних відносин (соціальні умови життя пацієнта). Крім того, на даному етапі здійснюється оцінка матеріальних і культурних обставин життя; відбувається знайомство з загальним станом фізичного здоров'я, виявляються супутні соматичні захворювання, якщо такі є, та досвід вживання психотропних речовин. Цей етап складає попередній план дослідження: вибір методик, їх послідовність.

*Другий етап клініко-психологічного дослідження - бесіда з пацієнтом.* Бесіда зазвичай починається з виявлення паспортних даних, на підставі чого складається перше враження про стан пам'яті. Пізніше пам'ять досліджується детальніше (короткочасна і довгострокова - дати власного життя, історичні події, недавні події), оцінюється увага, характеризується стан свідомості: як пацієнт орієнтується в часі, на місці та власній особистості. Питання слід задавати в невимушено, природньо, як у звичайній бесіді. На цьому етапі з'ясовується відношення пацієнта до власного захворювання, проблеми, роз'яснюється мета експериментально-психологічного дослідження. Подальша бесіда потребує з'ясування особливостей особистості (до захворювання і на даний момент), здатності до оцінки змін, що відбуваються, самопочуття, визначення культурно-освітнього рівня, працездатності.

*Третій етап клініко-психологічного дослідження - експериментально-психологічний.* Виконанню кожного завдання повинна передувати інструкція, на основі якої визначається ситуація дослідження та забезпечується співробітництво психолога і пацієнта. Зміст інструкції

повинен бути максимально лаконічним та відповідати розумовим здібностям пацієнта, виключати можливість суперечливого розуміння. Можна використати попередні приклади. Якщо інструкція подана недбало, то це може привести до неадекватних результатів. Інструкція попередньо випробується до початку експериментально-психологічного дослідження. Якщо у пацієнта виникають певні проблеми з завданням, то необхідно спільно обговорити причини цього. Також важливо в'яснити, чи отримує пацієнт допомогу з боку психолога, чи відкидає її (негативізм, нарочитість чи опір).

Цей етап вимагає повного і точного запису обставин проведеного експерименту, та суджень, якими висловлювався пацієнт.

*Четвертий етап клініко-психологічного дослідження* – аналіз результатів та укладення висновку. Висновок повинен стати відповіддю на запитання, що було поставлене перед психологом. Єдиної форми висновку немає. Але він ніколи не може бути простим дублюванням протоколу дослідження.

Проаналізувавши отримані дані створюється характеристика психічного стану, відзначаються особливості поведінки та відношення до дослідження (в т.ч. наявність установчої поведінки), виділяються провідні патопсихологічні особливості (синдроми), вказується особливість плину психічних процесів (наприклад, темп реакцій, виснажливність, стійкість), описуються збережені сторони психічної діяльності. Допускається приведення характерних яскравих прикладів. На заключному етапі дослідження формується резюме, у якому відбиваються найбільш важливі дані (наприклад, структура патопсихологічного синдрому). Висновок не повинен бути категоричним за стилем стверджень.

## **2.2 Методи експериментально-психологічного дослідження.**

*Експериментально-психологічне дослідження* - це штучно створені умови, щоб виявляти особливості психічної діяльності людини в хворобливих станах. До вибору певних методик експериментально-психологічного дослідження спонукають наступні обставини.

1. Ціль дослідження - диференціальна діагностика, визначення глибини дефекту, вивчення ефективності терапії.

2. Освіта та життєвий досвід хворого.

3. Особливості контакту з хворим (наприклад, пацієнт з порушеннями слуху або зору).

Процес дослідження методики вимагає у порядку зростання певні складності (за винятком очікування симуляції).

Характерологічні особливості оцінюють найчастіше за Міннесотським багатопрофільним особистісним опитувальником (MMPI — Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Цей метод, розроблений у США й адаптований у нас. Так, за MMPI можна виявити схильність до іпохондрії, депресії, істеричні, психастенічні та інші риси.

### **2.2.1 Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатіса (SCL-90-R).**

Симптоматичний опитувальник SCL-90-R (англ. Symptom Check List-90-Revised) – клінічна тестова та скринінгова методика, яку застосовують для оцінки патернів психологічних ознак у психіатричних та здорових осіб.

Методика SCL-90-R створена Дерогатіс на основі Hopkins Symptom Checklist (HSCL), що веде свою історію від Cornell Medical Index (Wider, 1948), яка, в свою чергу, спиралася на «Шкалу дискомфорту» розроблену Parloff з співавторами (1953) [31].

Досвід роботи Дерогатіс з HSCL показав, що, незважаючи на чудові результати, отримані під час перевірки надійності та валідності шкали, були серйозні обмеження щодо її використання. По-перше, методика HSCL розроблялася як дослідницький інструмент, яка не призначена для роботи з хворими.

По-друге, п'ять виділених симптоматичних категорій спочатку хоча і добре працювали в тих напрямках, на які вони були спрямовані, однак не охоплювали інших важливих областей симптоматики.

І по-третє, значна кількість питань не мало відношення до вимірювання п'яти основних симптоматичних конструктів, а були просто «шумом». Нарешті, в HSCL не існувало порівняльної клінічної шкали, яка могла б дозволити порівнювати показники психологічного статусу пацієнтів з клінічними даними.

Ці міркування були враховані при створенні SCL-90-R. Взавши за основу пункти HSCL для п'яти симптоматичних категорій, визначених раніше, автори опустили кілька старих питань і додали 45 нових, що склали 4 категорії. Все це в цілому і утворило методику SCL-90-R, яка історично пов'язана з HSCL, але відмінна від неї.

Первісна версія шкали, запропонована Дерогатісом і його колегами на підставі клінічної практики і психометричного аналізу, потім була модифікована і валідизована в діючому варіанті.

Дев'ять основних симптоматичних розладів було виділено в результаті комплексного клінічного, емпіричного і аналітичного дослідження. Автори вибрали тільки ті синдроми, яким в літературі дані чіткі і якісні визначення, що дозволило їм, по можливості, уникнути сумнівів щодо того, що ж насправді вимірюється. До того ж вимагалось, щоб ті відчуття, які

об'єднуються в кожну з симптоматичних груп, можливо було виміряти в межах стандартних шкал і, більш того, щоб вони були доступні розумінню досліджуваного під час заповнення шкали. Кінцевим критерієм було підтвердження базових дефініцій в клініці.

SCL-90-R включає в себе 90 тверджень, які по груповані в ряд шкал. Кожне з 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиції «зовсім немає», а 4 - «дуже сильно».

SCL-90 (відповідно, і SCL-90-R) містить наступні шкали:

1. соматизація
2. обсесивно-компульсивні розлади (нав'язливості)
3. інтерперсональна чутливість
4. депресія
5. тривожність
6. ворожість
7. нав'язливі страхи (фобії)
8. параноїдність (паранояльність)
9. психотизм
10. загальний індекс тяжкості
11. індекс тяжкості наявного дістресу
12. число позитивних відповідей (число тривожних симптомів)

Для отримання результату по базовим шкалами необхідно обчислити середнє арифметичне значення з питань, що входять в цю шкалу, тобто скласти бали по вхідних в шкалу питань і розділити суму на їх кількість. Якщо з якихось з питань не було отримано відповідей, то їх виключають з підрахунку. У разі, якщо пропущено 20% питань тесту (18 пунктів) або 40% питань будь-якої шкали, результати не можуть вважатися достовірними.

Результат за шкалою GSI вважається як середнє арифметичне значення всього тесту, тобто сума балів всіх питань, поділена на 90.

PST дорівнює просто кількістю питань, на які дані невід'ємні відповіді.

PSDI - середня тяжкість пропонованих симптомів, обчислюється як поділ загального балу за всі тести на значення PST. Таким чином, при PST = 90, GSI і PSDI дорівнюватимуть один одному, чим менше значення PST, тим більшою буде відмінність між ними.

#### *Інтерпретація основних шкал*

##### *Соматизація - Somatization (SOM)*

Порушення, які називають соматизацією, відображають дистрес, який виникає з відчуття тілесної дисфункції. Сюди відносяться скарги, фіксовані на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторній та інших системах. Компонентами розладів є також головна біль, інші болі та дискомфорт загальної мускулатури і на додаток - соматичні еквіваленти тривожності. Всі ці симптоми і ознаки можуть вказувати на наявність розладів, хоча вони можуть бути і проявом реальних соматичних захворювань.

##### *Обсесивність-компульсивність - Obsessive-Compulsive (O-C)*

Обсесивно-компульсивний розлад відображає симптоми, які у великій мірі тотожні стандартному клінічному синдрому з тією ж назвою. Ці питання стосуються думок, імпульсів і дій, які переживаються індивідом як безперервні, нездолані та чужді «Я». У цю шкалу також включені питання, що стосуються поведінки або переживань з більш загальним когнітивним забарвленням.

##### *Міжособистісна сензитивність - Interpersonal Sensitivity (INT)*

У цьому розладі розглядаються почуття особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо коли людина порівнює себе з іншими. Провокують цей синдром самоосуд, почуття неспокою та помітний дискомфорт в процесі міжособистісної взаємодії. Крім того, індивіди з високими показниками по INT інформують про загострене почуття усвідомлення власного Я та негативних очікувань щодо міжособистісної взаємодії і будь-яких комунікацій з іншими людьми.

##### *Депресія - Depression (DEP)*

Симптоми цього розладу відображають широку область проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії і афекту, такі як ознаки відсутності інтересу до життя, нестачі мотивації і втрата життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадії, думки про суїцид і інші когнітивні і соматичні кореляти депресії.

#### *Тривожність - Anxiety (ANX)*

Тривожний розлад складається з ряду симптомів і ознак, які клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестування тривожності. До визначення входять загальні ознаки, такі як нервозність, напруга і тремтіння, а також напади паніки і відчуття насильства. В якості ознак тривожності сюди відносяться когнітивні компоненти, що включають почуття небезпеки, побоювання і страху і деякі соматичні кореляти тривожності.

#### *Ворожість - Hostility (HOS)*

Ворожість включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості. До складу пунктів входять всі три ознаки, що відображають такі якості, як агресія, дратівливість, гнів і обурення.

#### *Фобічна тривожність - Phobic Anxiety (PHOB)*

Визначається як стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна і неадекватна по відношенню до стимулу, що уникає цю поведінку. Пункти, що відносяться до означеного розладу, спрямовані на найбільш патогномичні та руйнівні прояви фобічної поведінки. Дійсна структура розладів знаходиться в близькому співвідношенні до дефініції, яку ще називають агорафобією (Marks, 1969), названої також синдромом фобічної тривожної деперсоналізації (Roth, 1959).

#### *Паранояльні тенденції - Paranoid Ideation (PAR)*

Дане визначення представляє паранояльну поведінку як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики проєктивних думок, ворожості, підозрілості, пихатості, страх втрати незалежності, ілюзії розглядаються як

основні ознаки цього розладу, і вибір питань орієнтований на виявлення цих ознак.

### *Психотизм - Psychoticism (PSY)*

До шкали психотизму включені питання, які вказують на усамітнений, ізольований, шизоїдний стиль життя, на симптоми шизофренії, такі як галюцинації або чуття голосів. Шкала психотизма являє собою градуйований континуум від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних доказів психотизму. Крім того, вона може бути корисна для виявлення грубої аггравации, симуляції і недбалого заповнення бланка - при високих значеннях по ній за відсутності явної симптоматики.

SCL-90-R - методика, призначена для визначення поточного статусу, вона не підходить для діагностики особистості. Інструкція до методики і її внутрішня суть передбачає вивчення саме ступеня дискомфорту, який виникає від присутніх тих чи інших симптомів, незалежно від того, наскільки вони виражені в реальності. Крім того, методика не включає шкали брехні і структура не спрямована на корекцію настановних відповідей досліджуваного, що також має враховуватися при інструктажі та тестуванні (хоча шкала психотизма за рахунок незвичайних симптомів, які входять до неї, може використовуватися для оцінки ступеня щирості досліджуваного і його схильності до аггравації, якщо наперед відомо про відсутність психотичних розладів).

Основне призначення шкали - виявлення психологічного симптоматичного статусу широкого кола осіб, тому результати опитування мають досить приблизну клінічну значимість, але SCL-90-R може застосовуватися досить широко. Винятком є люди, які не здатні сприйняти зміст інструкцій, пацієнти з деменцією і явно психотическими станами.

Оримані результати мають значення від 0 до 4 балів та є «псевдокількісними» даними та не можуть бути прямо використані у статистичному аналізі. Під час дослідження це вирішили завдяки переводу виведених даних у якісні на основі конвенційних значень: серед показників

психодіагностичного інтерв'ю суцільного контингенту (40 осіб), нами було виділено 3 діагностичні рівні показника GSI. Цей розподіл відповідав розподілу самостійної оцінки самопочуття «з причин пов'язаних з психічним здоров'ям». У Г1 4 особи (18 %), а в Г2 2 особи (9%) з показниками GSI менше «0,50» заперечували наявність проявів психічного неблагополуччя; 11 з 22 осіб (50 %) та в Г2 7 з 18 осіб (32%) з показниками GSI між «0,51» і «1,50» повідомляли дискомфорт, причиною якого були проблеми зі здоров'ям. Тут яскраво виражений дискомфорт у жінок репродуктивного віку (40-50 років) 7 з 22 (32 %) осіб та в Г2 9 з 18 осіб (41%) з показниками GSI більше «1,51» свідчили про виражений дискомфорт в силу наявності проявів психічного неблагополуччя або конкретних психопатологічних симптомів, пов'язаних із хворобою. Як бачимо найбільший відсоток присутній у другій групі, яка складалась із жінок 51-60 віку з вираженими ознаками менопаузи.

### **2.1.2 Міннесотський мультифазний особистісний тест (Minnesota multiphasic personality inventory — MMPI).**

Серед опитувальників, які використовують для дослідження особистості, найбільшу популярність і поширеність набув Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник. Позначається він аббревіатурою MMPI, яка утворена з перших літер повного найменування - Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Цей тест був запропонований С. Хатеем і Дж. Мак-Кінлі в 1940р. і з тих пір значно вдосконалений. Автори тесту ставили своїм завданням створити методику, яка б дозволяла максимально повно дослідити різні аспекти особистості і актуальний психічний стан. Вона є досить зручною для широкого використання, емпірично стандартизована і дозволяє статистично контролювати отриманий результат. В даний час тест використовується в дослідженнях контингенту норми і займає провідне місце

серед інших особистісних опитувальників в психодіагностичних дослідженнях.

На сьогодні ММРІ визначено як базову методику, яку застосовують при проведенні всіх видів психологічної діагностики. Завдяки цій методиці можна отримати багатосторонній портрет людини. Він включає багатий спектр таких структурних компонентів особистості, як: мотиваційна спрямованість, самооцінка, манера міжособистісної поведінки, статево-рольовий статус, риси характеру. Також можна розглянути тип реагування на стрес, захисні механізми, когнітивний стиль, провідні потреби, фон настрою, сексуальна орієнтація, ступінь адаптованості індивіда, психічні відхилення, вираженість лідерських рис, схильність до суїциду, схильність до алкоголізму. Крім того, ще й кількісні та якісні характеристики стійких професійно важливих властивостей. При цьому Міннесотський Багатофакторний Особистісний Опитувальник ММРІ включає у структуру шкали достовірності, які дозволяють визначити не тільки надійність результатів, а й установку досліджуваного на саму процедуру обстеження.

В опитувальник входять 550 тверджень, що утворюють 10 основних діагностичних шкал. Реципієнтам (особи у віці від 16 років і старше з коефіцієнтом інтелекту не нижче 80) на кожне з тверджень необхідно дати відповідь: "вірно", "невірно", "не можу сказати". Якщо відповідь співпадає з "ключем", то оцінюється в один бал. Можна використати різні варіанти пред'явлення тверджень. Це можна зробити використавши карти, які реципієнт розкладає на три групи відповідно до своїх відповідей. Отримані дані заносяться експериментатором в стандартний реєстраційний бланк, у якому зазначаються також відомості про досліджуваного і час, який було затрачено на розкладку карток. Завершується обстеження побудовою "профілю особистості", який викреслюється на спеціальних бланках (два види - для чоловіків і жінок), де бальні оцінки переводяться в стандартні, тобто Т-оцінки із середнім значенням 50 і стандартним відхиленням 10.

Вперше до змістовних шкал в ММРІ були включені кілька шкал валідності. Призначення цих шкал полягає у тому, щоб визначати, чи чесно й уважно людина відповідає на твердження тесту. Якщо показник індивіда по кожній із шкал валідності занадто високий, значить, його показники за змістовними шкалами слід інтерпретувати з особливою обережністю або зовсім ігнорувати. Ці шкали виявилися корисними, але не цілком успішними при виявленні валідних показників.

### **2.1.3 Методика “WAYS OF COPING QUESTIONNAIRE” (Lazarus, Folkman, 1984).**

Опитувальник (WCQ) є не тільки найбільш застосованим у зарубіжних дослідженнях, а й у найбільшій мірі концептуально обґрунтований і придатний метод для диференційованої оцінки провідних тенденцій в керуванні поведінкою. Концептуальна основа - транзактна модель адаптації до стресу Р. Лазаруса, яка розглядається в когнітивно-поведінковій парадигмі.

Методика складається з 50 тверджень, кожне з яких пропонує певний варіант поведінки в скрутній ситуації. Відповідь оцінюється випробуванням за 4-бальною шкалою в залежності від частоти звернення до стратегії (ніколи, рідко, іноді, часто). Пункти методики об'єднані в 8 шкал, відповідних копінг-стратегій.

Реципієнту пропонується ряд тверджень, які стосуються особливостей його поведінки в скрутних ситуаціях. Прочитавши кожне з тверджень, необхідно вирішити, вірно воно по відношенню до вас чи ні. Ви Реципієнт може вибрати чотири варіанти відповіді на це питання в залежності від того, наскільки часто він використовує вказаний в твердженні спосіб поведінки: 0 - «ніколи», 1 - «рідко», 2 - «іноді», 3 - «часто». Обрана ним відповідь

відзначається у відповідній графі опитувального листа. Слід бути уважним і намагатися відповідати щиро. Правильних і неправильних ( «поганих» і «хороших») відповідей тут немає.

*Інтерпретація шкал.*

*Конфронтація* - припускає спроби вирішення проблеми за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, здійснення конкретних дій, спрямованих або на зміну ситуації, або на реагування негативних емоцій у зв'язку з труднощами, що виникли. При яскраво вираженій стратегії можуть спостерігатися імпульсивність в поведінці (іноді з елементами ворожості і конфліктності), труднощі планування дій, прогнозування їх результату, корекції стратегії поведінки, невиправдана завзятість. Копінг-дії при цьому стають переважно результатом розрядки емоційної напруги. Часто розглядається як неадаптивна стратегія, однак при помірному використанні забезпечує здатність особистості активно протистояти труднощам і стресогенному впливу.

*Дистанціювання* - припускає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційного залучення до неї. При дистанціюванні використовуються інтелектуальні прийоми раціоналізації, перемикання уваги, відсторонення, гумор, знецінення та т.ін.

*Самоконтроль* - припускає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок навмисного придушення і стримування емоцій, мінімізації їх впливу на оцінку ситуації і вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки, прагнення до самовладання. При яскраво вираженій перевазі стратегії самоконтролю можна спостерігати прагнення приховувати від оточуючих свої переживання і спонукання, викликані проблемною ситуацією.

*Пошук соціальної підтримки* - припускає спроби вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної і дієвої підтримки. Стратегія визначає

орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, розради та співчуття.

*Прийняття відповідальності* - передбачає визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми і відповідальності за її рішення, в ряді випадків з тенденцією до самокритики і самозвинувачення. При помірному використанні ця стратегія відображає прагнення особистості до розуміння залежності між власними діями і їх наслідками, готовність аналізувати свою поведінку, шукати причини актуальних труднощів в особистих недоліках і помилках. Виразність цієї стратегії призводить до відчуття провини і незадоволеності собою.

*Втеча-уникнення* - припускає спроби подолання негативних переживань за рахунок реагування за типом ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невиправданих очікувань, відволікання і т.д. При виразній перевазі уникнення можна спостерігати неконструктивні форми поведінки в стресових ситуаціях: заперечення або повне ігнорування проблеми; ухилення від відповідальності і дій щодо вирішення труднощів, що виникли; пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування, переїдання, вживання алкоголю тощо, з метою зниження емоційної напруги.

*Планування рішення проблеми* - припускає спроби цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, вироблення плану дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду і наявних ресурсів. Більшістю дослідників розглядається як адаптивна стратегія.

*Позитивна переоцінка* - припускає спроби подолання негативних переживань через проблеми за рахунок її позитивного переосмислення і розгляду як стимулу для особистісного зростання.

Раніше дослідники до конструктивного копінгу відносили стратегії самоконтролю, пошуку соціальної підтримки, прийняття відповідальності, планування вирішення проблеми і позитивної переоцінки, а до неконструктивного - дистанціювання, втеча-уникнення і конфронтацію. В даний час адекватність копінга розглядається з точки зору його релевантності

контексту стресовій ситуації. Таким чином, кожна з них може бути функціональна або дисфункціональна в залежності від об'єктивних характеристик стресової ситуації, в більшості випадків пасивність або уникнення будуть адаптивними способами подолання стресу, і навпаки, активні способи вирішення проблеми в разі неконтрольованої ситуації будуть неадекватними способами адаптації.

#### **2.1.4 Методика визначення показника якості життя за допомогою опитувальника EORTC-QLQ-C 30 (EORTC QualityofLifeGroup, 1995).**

Якість життя (ЯЖ) сьогодні розглядається як один з найбільш інформативних показників, що характеризують ступінь адаптованості людини до умов проживання та загальний стан його здоров'я та дозволяють визначити необхідність у медичній та психосоціальній адаптації. Останніми роками вивчення ЯЖ, що відноситься до здоров'я (health related quality of life, HRQL), розвивається як окрема медична наука, яка має свої методи дослідження, критерії оцінки, сферу застосування та ін.

Одним з найбільш популярних інструментів визначення ЯЖ в онкологічній практиці є опитувальник Європейської організації дослідження та лікування раку - EORTC QLQ-C30 - розроблений Групою оцінки якості життя Європейської організації дослідження та лікування раку (EORTC Quality of Life Study Group) [12]. Сучасна версія 3-го перегляду складається з 30 питань і включає 5 функціональних шкал (фізичне функціонування (PF), рольове функціонування (RF), когнітивне функціонування (CF), емоційне функціонування (EF) і соціальне функціонування (SF); 3 шкали симптоматики - слабкість (FA), нудота (NV) і біль (PA); а також 6 додаткових

критеріїв: порушення сну (SL), анорексія (AR), констипація (CO), діарея (DI), задишка (DY), фінансові труднощі (FI).

Опитувальник EORTC QLQ-C30 має певні переваги над іншими: фіксована кількість запитань загального характеру, яка дає змогу хворому швидко заповнити форму, використання опитувальника в інших клініках України, умовна географічна адаптованість (опитувальник розроблено для використання в країнах ЄС). Опитувальник перекладено на 81 мову.

Широко використовують в онкології. Величина  $\alpha$ -коефіцієнта Кронбаха по всіх шкалах становила Названий опитувальник відповідає критеріям, які висуваються для опитувальників якості життя, він простий у заповненні, має гарну відтворюваність результатів при повторному тестуванні, зручний в обробці та інтерпретації даних, а також має високу кореляцію з даними, отриманими за допомогою інших інструментів [3].

Методологічна основа, на якій базувався опитувальник, включав такі положення:

- 1) специфічність до раку;
- 2) багатовимірність у структурі (тобто наявність декількох шкал, що характеризують якість життя);
- 3) можливість заповнення опитувальника самим хворим

### **2.3. Характеристика груп респондентів.**

Дослідження проводилось на базі Чернігівського медичного центру сучасної онкології в умовах стаціонару.

У дослідженні взяли участь жінки хворі на рак молочної залози I, II стадії в післяопераційному періоді «із зовні видимим післяопераційним дефектом». Всього було досліджено 60 осіб, у віці від 40 до 60 років. При проведенні клініко-психологічного дослідження було виділено дві групи

респондентів. Першу групу (кількість - 22 особи) склали жінки репродуктивного віку (40-50 років), другу групу (кількість - 18 осіб) склали жінки у віці постменопаузи (51-60 років). Для порівняльного аналізу «здорової» особистості та особистості жінки хворої на рак молочної залози було введено контрольну групу респондентів кількістю 20 осіб, яку склали соматично здорові жінки у віці від 40 до 60 років.

Провівши клініко-генеалогічне дослідження серед хворих на РМЗ було встановлено, що 11 пацієток (спадковий рак) мають родичів I ступеня спорідненості, які зворіли на рак молочної залози, 17 пацієток (сімейний рак) – мають родичів, хворих на рак різних локалізацій: рак яєчників, рак шлунку, рак шийки матки, рак легень, та 12 (спорадичний рак) пацієток, які не мали родичів із онкологічними захворюваннями.

Крім того, проаналізували фактори ризику, які впливають на виникнення раку молочної залози отримали наступні дані (таб. 2.3.1)

**Таблиця 2.3.1.**

**Фактори ризику РМЗ**

Фактори ризику	Частота , %		
	Спадковий РМЗ	Сімейний РМЗ	Спорадичний РМЗ
Менархе до 12 років	27,3	29,4	66,7
Народження першої дитини після 30 років	9	23,5	25
Кількість абортів більше 2	18,2	35,3	75
Грудне годування першої дитини менше 3 міс.	18,2	47,1	75
Дратівливість, біль у молочних залозах та припливи під час третьої фази менструального	18,2	35,3	25

циклу			
паління	-	7,7	15

Фактори ризику відповідно віку пацієток у процентному співвідношенні показали такі результати (таб.2.3.2)

Таблиця 2.3.2.

### Фактори ризику РМЗ (вікове співвідношення)

Фактори ризику	Частота , %		
	Група 1	Група 2	Група 3
Менархе до 12 років	18,2	47,1	25
Народження першої дитини після 30 років	23,5	9	5
Кількість абортів більше 2	14,6	37,5	15
Грудне годування першої дитини менше 3 міс.	18,2	28,7	10
Дратівливість, біль у молочних залозах та припливи під час третьої фази менструального циклу	36,7	54,7	25
паління	4,5	9	5

Як бачимо більшість жінок, які мали аборти та початок менструального циклу до 12 років, складає друга вікова група (51-60 років). У практично здоровій групі цей показник складає відповідно 11,3% та 26,7%.

Із отриманих результатів, можна констатувати, що менархе, яке наступило у віці до 12 років або пізній клімакс (після 55 років) також є великим ризиком у розвитку РМЗ, оскільки залозиста тканина молочних залоз протягом більш тривалого періоду піддається впливу естрогенів.

На теперішній час доведено, що гормональний аспект має найбільший відсоток, вказуючи на те, що естрогени – це початковий стимул для клітиної проліферації у молочних залозах. Прогестерон, який впливає одночасно є стимулом цієї проліферації.

Щодо шкідливих звичок найбільший відсоток знову є таки спостерігаємо у другій групі.

Оральні контрацептиви або гормональна замісна терапія, а особливо при тривалому застосуванні – теж збільшують ризик розвитку РМЗ у жінок.

Дослідивши ряд клінічних характеристик щодо розміру пухлини, її локалізації, наявності метастазів у хворих отримали наступні показники (таб. 2.3.3)

*Таблиці 2.3.3*

### **Клінічні характеристики хворих на рак**

Фактори ризику	Частота , %		
	Спадковий РМЗ	Сімейний РМЗ	Спорадичний РМЗ
Метастази у регіонарних лімфатичних вузлах	36,3	35,3	16,6
Найменший розмір пухлин	27,3	52,9	50
Розмір пухлин 1-2,5 см	54,5	23,5	26,8
Найбільший розмір пухлин	27,2	23,6	23,2

Також дослідили кількість супутніх хвороб, у хворих пацієнок на РМЗ за віковими показниками (таб.2.3.4)

Таблиця 2.3.4.

**Супутні захворювання у хворих на РМЗ (вікове співвідношення)**

Фактори ризику	Частота , %		
	Група 1	Група 2	Група 3
ожиріння	18,1	44,4	25
цукровий діабет	13,6	27,7	20
гіпертонічна хвороба	36,4	66,7	35
паління	4,5	9	5

Аналізуючі отримані дані, можна сказати, щонайбільше у групі ризику та з перевагою супутніх хворіб знову відноситься група 2, до складу якої входять жінки у віці постменопаузи.

Щодо ключового фактору ризику, на який звертають при дослідженнях (вік понад 40 років), то наші пацієнтки усі попадають у дану групу ризику.

## **РОЗДІЛ III АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ**

### **3.1 Результати клініко-психологічного дослідження**

Дізнаючись про свій діагноз, в даному випадку РМЗ, жінки часто впадають у розпач, починають невпевність у ставленні до життя; уникають певних зобов'язань і не бачать планів на майбутнє, на підсвідомому рівні починають чекати смерті, що сильно знижує якість її життя. Якщо жінка, не дивлячись на проблеми, що її спіткали зі станом здоров'я, продовжує радіти життю і бачить у своєму існуванні сенс, її воля до життя значно зростає, не дивлячись на загрозу та сприяє швидкому одужанню.

Метою дослідження було проведення аналізу наявності та інтенсивності втоми, порушень когнітивної функції, емоційного стану та сну у хворих на рак молочної залози на етапах протипухлинного лікування та оцінка впливу психологічної корекції, яка проводилася протягом променевого лікування, на прояви психосоматичних порушень у цієї категорії пацієнток.

У клініко-лабораторному обстеженні експериментальному дослідженні з визначення особливостей емоційного стану онкохворих жінок взяли участь 40 жінок у віці від 40 до 6 років, які були поділені на дві групи: перша – 22 пацієнтки репродуктивного віку від 40 до 50 років, друга група – 18 хворих на рак молочної залози з ознаками менопаузи у віці від 51 до 60 років. Найбільша частина хворих (45 %) була віком 50–60 років, 55 % – це хворі віком 40–49 років.

Були розроблені схеми медико-психологічної корекції психоемоційної сфери та поліпшення якості життя цього контингенту хворих на етапі мастектомії. Психологічна корекція проводилася шляхом:

- роз'яснення та надання інформації щодо впливу психологічного стану на соматичний та їх взаємозалежності (особливо на етапі оздоровлення);
- виявлення індивідуальних проблемних зон та їх часткової психологічної корекції;
- навчання навичкам позитивного тлумачення, контролюючої релаксації та оздоровчої візуалізації для супроводу лікувальних процедур та з метою самостійного саморегулювання пацієнтки при виникненні стресових ситуацій після завершення лікувального процесу.

Основою курсу короткострокової психологічної корекції було комплементарне використання різних методів: ознайомлення та настановчого інформування, психосоматичної діагностики, позитивної та когнітивно-біхевіоральної психотерапії, неопсихології, використання недерективного трансу та аутогенного тренування. Базовими принципами психологічної корекції були зворотній зв'язок та спільна робота лікаря і психолога протягом кожного модуля, а також самостійне виконання пацієнткою адаптованої тестової роботи, завдяки якій вона визначала свої проблеми, бажані аспекти подальшого життєвого шляху та інструменти їх досягнення.

Застосування розробленої схеми медико-психологічної корекції дозволило суттєво зменшити не тільки кількість хворих з низьким рівнем емоційного стану, але й кількість жінок з проявами порушень сну, когнітивної функції та втоми високої інтенсивності, таким чином була підтверджена їх висока ефективність [3,6].

Перший крок до одужання (як ми вже розглядали у попередніх пунктах) – це психологічна допомога онкохворим жінкам, яка полягає в зміцненні віри в ефективність лікування та здатність організму захищатися, а також в умінні ефективніше справлятися зі стресовими ситуаціями. Тому надзвичайно важливо, щоб пацієнтка змінила уявлення про саму себе, а також своє ставлення до оточуючого середовища та змогла подолати негативні емоційні стани.

На найбільшу увагу заслуговує стан внутрішнього напруження, який викликає певні протиріччя: особистісні прагнення та бажання жінки, що пов'язані з обмеженнями та заборонами, які виникають після операції. Напруження, що виникає починає посилюватись, якщо жінка не бачить реального виходу із важкої ситуації, з'являється стан фрустрації, коли жінка намагається “зірвати зло” на комусь або ж починає звинувачувати себе у тому, що сталось, таким чином виявляючи депресивні реакції, або ж навпаки: намагається зменшити значущість неприємностей або не помічати їх. Психологи та деякі лікарі онкологи схиляються до думки, що від ставлення до своєї хвороби значною мірою залежить мікроклімат в сім'ї: якщо жінка менше драматизує ситуацію, то у неї більше шансів на підтримку від сім'ї та близьких.

Для того, щоб визначити психологічні особливості щодо ставлення до захворювання хворих на рак молочної залози різних вікових груп на констатуючому етапі експериментального дослідження були застосовані наступні діагностичні методи: спостереження, клінічна бесіда, методика діагностики депресії, особистісний опитувальник діагностики типу ставлення до хвороби, методика вивчення якості життя.

Для психодіагностичного обстеження були використані дві методики: методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою (САН) та методика діагностики самооцінки рівня реактивної і особистісної тривожності Ч.Д. Спілберга, Ю.Л. Ханіна (*див.додаток А*).

За результатами психодіагностики, можна стверджувати, що всі жінки відчували низку негативних емоційних станів. На момент тестування в усіх жінок виявлено погане самопочуття: за шкалою активності у жінок репродуктивного віку цей показник складає 67%, а у другої групи пацієнток – 85% нижче середнього.

За результатами дослідження у більшій половині жінок хворих на РМЗ показник за шкалою «почуття провини» склав 88%, тобто вони переконані, що відповідне ставлення до них, поведінка відносно себе і

оточуючих, пов'язана з тим, що вони погані люди, деś щось роблять не добре, зле, тому часто відчувають провину. За шкалою «образа» результати складають вище середнього рівня (72% респондентів), «підозрілість» (60,8% респондентів), «негативізм» (47,6%), «роздратування» (58,4%) – у респондентів негативні почуття проявляються при щонайменшому збудженні (запальність, грубість). 19% жінок показали високий рівень ворожості, 34 % пацієнок набрали середній рівень з тенденцією до високого та 32% – середній індекс ворожості. Апробувавши методики досліджень та зробивши аналіз, ми помітили, що для всіх жінок (91%) характерна помірна реактивна тривожність, яка супроводжується суб'єктивними емоціями, напругою, занепокоєнням, нервозністю. Для 9% обстежуваних – властива висока тривожність, яка часто провокує порушення уваги, інколи можна спостерігати у деяких пацієнтів порушення тонкої координації. Зазвичай, такі пацієнтки інтенсивніше сприймають ситуації або обставини, у яких потенційно можуть бути невдачі або загрози. Через хворобу та її наслідки 83% – склав показник особистісної тривожності у жінок хворих на РМЗ. Цю тривожність можна спостерігати через підвищену схильність занепокоєння в різних життєвих ситуаціях, навіть тоді, коли об'єктивні характеристики цих життєвих ситуацій до цього не призводять. Особливо це може стосуватись оцінки компетенції і престижу особистості. Для 8% жінок характерний дуже високий рівень тривожності, який корелює з наявним невротичним конфліктом, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями, а у 9% – відмічається особистісна тривожність.

На момент тестування тільки 65% жінок продемонстрували середній показник самооцінки емоційного стану, а 35% досліджуваних – нижчий середнього. Це пояснюється тим, що онкохворі жінки знаходилися у стані емоційної напруги, неспокою, переживання з приводу свого здоров'я.

Порівнюючи показник депресії хворих на рак молочної залози у різних вікових груп можна побачити, що в 40-50 років даний діагноз виставляється більшості жінок, які демонструють майже низький рівень депресії, тоді як в

55 і більше років цей показник знижується. Це говорить про те, що з віком людини міняють погляд на проблему, починають більш адекватно та об'єктивно ставитися до своєї хвороби, а іноді навіть перебільшувати її значення для нормального функціонування організму. А жінки в середньому віці ставляться до своєї хвороби більш оптимістично, оскільки мають більше фізичних сил та можливостей реалізації своєї особистості.

Показово те, що в 40-50 років та 56 і більше років переважна більшість жінок має легкий рівень депресії, а ось в 46-55 років переважає помірний рівень депресії, і при цьому діагностується високий показник вираженої депресії, що пов'язано з тим, що жінка в цьому віці має занадто багато обов'язків у сім'ї та на роботі, виконує багато соціальних ролей, які є важливими не тільки для її духовної реалізації, а й матеріальної, об'єктивно оцінює ситуацію розвитку хвороби та її наслідки безпосередньо для себе та близьких людей.

### **3.2 Результати дослідження за методикою симптоматичного опитувальника Леонарда Дерогатіса (SCL-90-R)**

Перший етап дослідження дозволив встановити характер проявів КПС, в результаті проведеного психодіагностичного інтерв'ю з використанням анамнестичних даних та даних медичної документації осіб з контингенту дослідження. В результаті були виявлені психопатогенетичні фактори та характер їх психопатологічні корелятив. Кореляти психопатогенетичних факторів, які присутні в контингенті дослідження, дозволили зробити вибір основної психодіагностичної методики – SCL-90-R та виділити структуру симптомів відповідно до структури діагностичного інструменту, а саме: соматичний дистрес (SOM), obsесивно-компульсивні симптоми (O-C), міжособистісна сенситивність (INT), депресія (DEP), тривога (ANX),

ворожість (HOS), фобічні симптоми (PHOB), паранояльність (PAR) та психотизм (PSY).

В результаті окреслені психогенні фактори (табл. 3.2.1) – наслідки сімейної дезадаптації, скрутного матеріального становища, патологічного соціального оточення, продовження трудової діяльності, та особисте життя, які забезпечують системний вплив на психосоціальне функціонування та самосприйняття. В контингенті дослідження фактори, що входять в дану групу призводять до виникнення тривожно-депресивних станів, які через вплив факторів із інших груп набувають специфічного депресивно-дисфоричного характеру.

**Таблиця 3.2.1**

**Психопатогенетичні фактори та їх психопатологічні кореляти в досліджуваних осіб**

<b>Фактор</b>	<b>Частота (n, %) Г1</b>	<b>Частота (n, %) Г2</b>	<b>Відомі психопатологічні кореляти</b>
Реакції на сімейну дезадаптацію	5%	10%	тривога <sup>ANX</sup> , порушення самосприйняття <sup>INT</sup>
Реакції на матеріальну дезадаптацію	26%	54%	гіпотимія <sup>DEP</sup> , демонстративність <sup>INT</sup> , маніпулятивна поведінка <sup>INT</sup>
Реакції на патологічне соціальне оточення	7%	9%	агресія <sup>HOS</sup> , імпульсивність <sup>PSY</sup> , фобічні стани <sup>PHOB</sup>
Реакції на	17%	3%	дратівливість <sup>HOS</sup> ,

продовження трудової діяльності			виснажливість <sup>SOM</sup> , сенситивність <sup>SOM</sup> , порушення самоприйняття <sup>INT</sup> , психовегетативні симптоми <sup>SOM</sup>
Реакції на сімейне життя	45%	24%	тривога <sup>ANX</sup> , порушення самоприйняття <sup>INT</sup>

Ми спостерігаємо у прояві симптомів різницю за окремими шкалами та загальному рівні прояву психопатологічних порушень серед жінок онкохворих на РМЗ із групи 1 та 2 (табл. 3.2.2).

У жінок з групи 1 інтенсивність психопатологічних симптомів була вищою порівняно з обстежуваними жінками групи 2 за всіма шкалами.

**Таблиця 3.2.2**

**Вираженість психопатологічної симптоматики за SCL-90r серед онкохворих жінок, сер. бал  $\pm$  m**

Шкали	Група 1, n = 22	Група 2, n = 18
SOM	1,04 $\pm$ 0,04	0,84 $\pm$ 0,06
ANX	1,08 $\pm$ 0,02	0,88 $\pm$ 0,04
O-C	1,00 $\pm$ 0,04	0,69 $\pm$ 0,06
Add	1,01 $\pm$ 0,06	0,72 $\pm$ 0,05
Dep	1,06 $\pm$ 0,02	0,70 $\pm$ 0,02
Int	0,88 $\pm$ 0,04	0,47 $\pm$ 0,04

Phob	0,54 ± 0,05	0,40 ± 0,04
Hos	0,42 ± 0,04	0,29 ± 0,04
Par	0,34 ± 0,04	0,26 ± 0,04
Psy	0,24 ± 0,04	0,12 ± 0,04
GSI	0,82 ± 0,04	0,63 ± 0,04
PST	45,2 ± 1,2	35,4 ± 1,6
PSDI	1,70 ± 0,04	1,50 ± 0,04

Add — додаткові скарги; GSI — загальний індекс тяжкості симптомів; PST — загальне число позитивних відповідей; PSDI — індекс поточного симптоматичного дистресу.

Отже, вивчивши психічний стан реципієнтів на етапах лікувального процесу, можна зробити такі висновки: — у жінок групи Г1 відносини характеризуються порушенням подружньої взаємодії, психічний дистрес має тенденцію до трансформації у клінічно окреслені психічні розлади афективного та невротичного регістру; — провідними психопатологічними проявами у жінок обох груп встановлені соматизація, тривожність, депресія, obsesivність-компульсивність та неспецифічні симптоми; — виявлено, що жінки і першої та другої групи мають великий ризик виникнення психічних порушень, що значною мірою обумовлено роллю матері у груп першої категорії, та матеріально не забезпечених осіб другої категорії. Крім того, результати щодо вивчення особливостей психоемоційної сфери онкохворих жінок дають підставу вважати, що наявність та вираженість усіх порушень залежать не стільки від самого психотравмуючого факту важкого захворювання, а від нормальних сімейних відносин, підтримки, розуміння. Деформація подружньої взаємодії та дисфункціональні сімейні відносини пов'язані з хворобою є ґрунтом для розвитку невротичних і афективних

розладів депресивного, тривожно-депресивного та тривожнофобічного спектра. В одночас, якщо у сім'ї гармонійні відносини, які забезпечує здатність її членів до адаптації щодо стресової ситуації, то у них фактор превенції розвитку порушень в психоемоційній сфері відсутній, адже є джерело психологічної підтримки, що підвищує адаптаційний ресурс у зазначеного контингенту.

Аналіз депресивної симптоматики ще результатами представлений проявами різного змісту та інтенсивності, до якого включені емоційні, когнітивні та соматичні порушення. Пацієнти, хворі на РМЗ відзначають пригніченість, зниження та коливання настрою, зниження інтересів, майже не відчують задоволення від дій та ситуацій, яким раніше раділи, скаржаться на втрату енергійності, підвищену втомлюваність, порушення концентрації уваги, появу відчуття безпомічності і безнадійності, невпевненість. Крім того, нами виявлено випадки, коли хворі звинувачують сами себе, особливо у випадках, коли онкологічне захворювання виявлено на пізніх стадіях, а також через низькі фінансові можливості, які б забезпечили повноцінне лікування та неможливість приділити достатньо часу збоку родини через роботу, навчання.

Соматизація характеризувала тілесне відображення психічного дистресу. Найбільш часто залученими до соматизації були кардіоваскулярна, гастроентерологічна, дихальна системи. Скаржилися пацієнти хворі на РМЗ в соновному на наявності больові відчуття, м'язовий дискомфорт. В даному випадку соматизація виступала ознакою психічного дистресу каналізованого через фізичну сферу. За даними клініко-психологічного інтерв'ю відзначалося погіршення фізичного стану пацієнтів у вигляді загострення хронічних захворювань, підвищення сприйнятливості до інфекційних хвороб, проявів алергії, що може бути пояснене зниженням опірності організму на фоні стресової ситуації.

Тривожна симптоматика відображала реакцію на невідомість та невизначеність ситуації, і в основному проявлялася у вигляді нервозності,

внутрішнього тремтіння, напруженості, відчуття сильного або прискореного серцебиття, кошмарних думок, рідше проявами у вигляді несподіваного і безпричинного страху та непосидючості. Додаткові неспецифічні симптоми представляли неоднорідну групу психічних проявів, які вказували на порушення психічної рівноваги. До них відносилися порушення сну (поверхневий, тривожний сон, ранні пробудження, безсоння), зміни апетиту (втрата чи переїдання), думки про смерть, почуття провини. Тобто, подібна симптоматика визначала внутрішні переживання, що ще не набули визначеної і конкретної форми розладу, але вже були наявні та представлені на внутрішньопсихічному та зовнішньому поведінковому рівнях.

Міжособистісна сенситивність симптоматично спостерігалась у хворих на РМЗ через самозвинувачення, занепокоєння, дискомфорт у процесі міжособистісного спілкування, що викликало появу почуттів неповноцінності, особистісної неадекватності, особливо при порівнянні з іншими, а також негативними очікуваннями щодо міжособистісної взаємодії з іншими людьми. Також пацієнтами було відмічено наявність почуття невдоволення іншими, підвищену чутливість до дій та висловлювань оточуючих, відчуття, що інші не розуміють чи не співчують або ставляться недружелюбно до них.

Ворожість проявлялась у вигляді думок, почуттів або дій, які, зазвичай, супроводжуються проявами афективного стану злості. Пацієнти жалілись, що у них легко виникає розпач, роздратування, безпричинні спалахи гніву, які інколи надзвичайно важко стримувати, а також часті суперечки. Вороже ставлення найчастіше проявлялось повідношенню до медичного персоналу як об'єкту агресії, що на психологічному рівні дозволяло знизити психічну напругу.

Психотизму характерна усамітненість, уникання, міжособистісна ізоляція. Скарги, специфічні для психотизму, концентруються навколо проявів міжособистісної ізоляції – почуття самотності при перебуванні поряд

з іншими людьми, думки про дану ситуацію як покарання за гріхи, думками про власну психічну адекватність.

Фобічна тривожність стосувалася необхідності уникати місць чи дій, що були пов'язані в відчуттям небезпеки, знервованість на самоті, страх знепритомніти на людях.

Отже, на поширеність психічних порушень та розладів серед жінок хворих РМЗ впливатиме хороша організація та проведення заходів, які спрямовані на підтримання та збереження психічного здоров'я жінок.

### **3.3. Результати дослідження за методикою особистісного тесту ММРІ**

Оцінюючи тривогу, емоційний стрес та труднощі адаптації застосували додаткову шкалиу з ММРІ «Афактор».

Нами була використана типологія психопатичних особистостей за Е. Крепеліном (*див. додаток Б*), яка лежить в основі ММРІ та виділяє такі відхилення як: іпохондрію, депресію, істерію, психопатію, психастенію, параною, шизофренію, гіпоманію [16].

Порівнюючи дві групи обстежуваних осіб, взявши за основу показники за шкалами «А-фактор» і «Корекція» (з ММРІ), ми не виявили достовірних відмінностей. Так, здорові особи за А-фактором в середньому отримали  $51,64 \pm 1,05$  Т-балів, за шкалою «Корекція» –  $51,13 \pm 1,03$  Т-балів, а у хворих за А-фактором виявлено наступні результати –  $47,82 \pm 2,8$  Т-балів, за шкалою «Корекція» –  $47,67 \pm 1,84$  Т-балів.

Стан психологічної дезадаптації онкохворих супроводжувався високим стерсом та поровогою опірністю стресу ( $58,3 \pm 8,01$  та  $49,05 \pm 10,17$  бала у першій групі та відповідно,  $p < 0,001$ ), середнім або високим рівнем психосоціального стресу ( $1,35 \pm 0,04$  бала у Г1 та  $1,0 \pm 0,05$  балау групі 2,  $p < 0,$

001), характеризувався високим рівнем психічного дистресу (GSI – 0, 81±0, 04 бала у Г1 та 0, 28±0,02 бала у групі 2,  $p<0, 001$ ) та його високою інтенсивністю (PSDI у групі 1 – 1,75±0, 05 бала, у групі 2 – 1, 33±0,03 бала,  $p<0,001$ ) з тенденцією до перебільшення значущості симптомів.

Як і в першій так і в другій групах виявлено значно вищі показники виразності психопатологічної симптоматики, обесивності – компульсивності, міжособистісної сенситивності, депресії, тривожності, ворожості, обічної тривожності, параноїдальних тенденцій, психоматизму ( $p<0, 001$ ).

Тому, щоб діагностувати внутрішньоособистісний конфлікт, як суперечливе поєднання особистісних рис ми поділили особистісні риси за їх приналежністю до невротичної триади чи психотичної тетради, згідно методики MMPI, застосували всі можливі варіанти такого конфліктного поєднання. Висновок щодо наявності тієї чи іншої особистісної риси було здійснено на основі нормативних показників.

### **3.4 Показники оцінювання якості життя за допомогою опитувальника EORTC-QLQ-C 30.**

Проаналізувавши вибірко картки стаціонарних хворих 40 пацієнток, було проведено дослідження.

Аналіз був стандартизований за віком, соціальними та клінічними параметрами. Знову ж таки досліджувалось дві групи: Г1 - віковий діапазон 45±5 року, а друга група (Г2) - 55±5. У першій групі в основному переважали пацієнтки 20 (91%) працездатного віку, у другій групі 5±5 (27,7%) тільки працездатного віку. Кінцевою метою дослідження взяли пухлинний резектабельний стан. Констатуючи даний факт та результати дослідження

пацієнтки буди залучені до програми планування оперативного втручання, а подальше опитування проводилося після мастекомії.

До вивчення ЯЖ онкохворих брались до уваги стандарти Міжнародного протоколу Європейської організації дослідження і лікування раку (European Organization for the Research and Treatment of Cancer). За основу взяли анкету для опитування EORTC QLQ-C30, яка була апробована в численних іноземних дослідженнях і відповідає критеріям надійності, обґрунтованості та результативності.

Анкета має протокольну форму та містить 30 стандартних запитань: загального характеру – ЯЖ та ЯЗ, за шкалами функціонального стану (*фізичного, емоційного, рольового, соціального та когнітивного*) та шкалами ключових симптомів: стомлюваність, біль, нудота, блювання.

Відійшовши від стандартів, які пропонують автори у оцінюванні результатів, нами застосована лінійна аналогова шкала з діапазоном від 1 до 100 балів. У функціональних шкалах найгірший показник оцінювали в 0 балів, найкращий – у 100 балів. У симптоматичних шкалах найслабший прояв оцінювали в 0 балів, найсильніший – у 100 балів.

Після збору інформації та опрацювання даних скористались стандартними статистичними функціями програми MS Excel. Щоб порівняти показники ЯЖ у групах дослідження застосували непараметричний показник – коефіцієнт  $Z^2$  Пірсона.

Формуючи загальний стан пацієнток на усіх етапах до уваги брались об'єктивні (наявність пухлинного новоутворення; інтоксикаційний, астеничний синдроми; локальні та системні прояви лізису пухлини, приєднання вторинного інфікування скомпрометованих тканин) та суб'єктивні (психологічний, емоційний дискомфорт через фізичний стан, соціальна дезадаптація через онкологічну стигматизацію та непрацездатність) фактори.

Аналізуючи показник ЯЖ ми не виявили статистично значущі відмінності: для першої групи середнє значення склало  $(56 \pm 11,3)$  бала, а в другій –  $(58 \pm 4,2)$  бала.

На нашу думку негативний результат зумовлений тим, що недостатньо налагоджений комплаєнс з пацієнтками та відсутні роз'яснення суті лікування: персистенція синдрому інтоксикації, дисонанс між очікуваними та фактичними змінами розмірів пухлини, панічний страх від невдало отриманого лікування та відсутність хорошого самопочуття.

У першоджерелі Index Medicus (1977) ЯЖ автори визначають як фізичне, емоційне, фінансове і духовне благополуччя людини [9]. Показник ЯЖ американським товариством клінічної онкології (ASCO) визнається за своєю значущістю для оцінки результатів протипухлинної терапії важливішим за показник безрецидивної виживаності [10]. Головний плюс показника ЯЖ це його інтегративна здатність: ідеальний індекс ЯЖ є об'єктивною оцінкою суб'єктивних даних. Застосувавши цей метод ми змогли об'єднати та координувати непараметричні адитивні характеристики, такі як загальний стан організму, емоційний, психологічний стан, когнітивні функції та соціальна адаптація, тобто реалізувати поставлену мету - оцінити стан організму пацієнток.

Основний недолік показника ЯЖ є ідемпотентність його синтетичної природи та відсутність іманентних параметрів, через що створюються передумови для апроксимативності будь-якої математичної функції для його моделювання та кількісно-якісного перерахунку.

Взявши до уваги сучасні анкети комплексної оцінки ЯЖ, ми змогли розкрити вказані позитивні та негативні аспекти, які дають змогу «порівнювати те, що можна порівняти». Для онкологічного дослідження досить часто застосовують стандартизовані форми опитування як рутинного та регулярного проведення масштабних мета-аналізів.

Для досягнення вказаних міркувань, ми застосували опитувальник EORTC QLQ–С30 як один із найбільш розповсюджених форм у рамках нашого дослідження.

Порівняльна таблиця оцінки якості життя у групах хворих в після операційний період та контрольній група за даними загального опитувальника TORTC QLQ – С30 V.3 (див. табл.3.4.1 )

**Таблиця 3.4.1**

	Г1 n=22	Г2 n=18	Г3 n=20	P*
GHS/QI Глобальний статус здоров'я	70,525	62,85	87,5	0,3234
Функціональні шкали				
PF2 Фізичне функціонування	69,4	59,725	72,5	0,1415
RF2 Рольове функціонування	79,7	68,15	81,2	0,1742
EF Емоційне функціонування	76,03	71,3125	90,075	0,4171
CF Когнітивне функціонування	84,075	76,4875	85,6	0,2561
SF Соціальне функціонування	84,9125	68,9	83,132	0,4346
Симптоматичні шкали та окремі показники				

FA	Втома	22,875	29,125	7,126	0,6574
(10,12,18)/3					
NV	Нудота та	13,1625	29,8125	0	0,5132
рвота	(14,15)/3				
PA	Біль	18,7125	30,5125	2,73	0,6035
(9,19)/3					
DY	Задишка	14,5625	22,8875	3,125	0,0968
(8)/3					
SL	Безсоння	18,7125	35,3625	25,45	0,1657
(11)/3					
AP	Зниження	18,7125	41,6125	13,62	0,657
апетиту	(13)/3				
CO	Закреп	16,625	24,95	7,162	0,2533
(16)/3					
DI	Діарея	16,6375	39,5375	5,812	0,0976
(17)/3					
FI	Фінансові	47,8625	14,55	5,8	0,7758
труднощі	(28)/3				

За результатами показників максимальна різниця спостерігалася в функціональних шкалах емоційного функціонування: 90,075 для третьої групи і 71,3125 - для другої ( $P < 0,05$ ), та 76, 03 – для першої групи. Та в шкалі соціального функціонування відповідно - 83,132, 68,9, 84,9125 ( $P < 0,05$ ), що відображає не тільки незначний прояв дискомфорту або незручностей в групі досліджуваних в порівнянні із контрольною групою (ГЗ). Усі такі дані нами співвідносилися з показниками симптоматичних шкал і за окремими показниками.

Так, оцінюючи шкали болю для хворих, які перенесли мастекومیю отримали такі результати: 2,73 – для контрольної групи, 30,5125 – для другої групи, 18,7125 – перша група ( $P < 0,05$ ). Аналіз шкал окремих показників ми

простежили через відображення прогресування екзокринної недостатності у післяопераційний період: так показник шкали «діарея» склав - 39,5375, для пацієток другої групи вікової категорії 51-60 років, 16,6375 – для першої категорії, що говорить про те, що пацієтки молодшої вікової групи краще переносять результати операції.

Оцінка даних шкали зниження апетиту визначала вищий показник в групі пацієнтів старшого віку - 41,6125, а для першої групи цей показник склав - 17,6125 ( $P < 0,05$ ), однак і в контрольній групі 13,62, було виявлення зниження апетиту, що мабуть пов'язано із віковими потребами організму.

За результатами наукових даних, загальна втома розглядається як один із найважливіших критеріїв, якщо вона наявна в житті пацієнтів, то має вагомий вплив на якість життя. Втома - це найчастіший симптом, який можна спостерігати в пацієнтів із злоякісними новоутвореннями молочної залози, але точна причина її виникнення не відома [1].

Доведено, що цей симптом часто спостерігається у поєднанні задишкою, нестійким сном, депресією, болем. Будь-яка кореляційна залежність від стадії захворювання, наявності метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах, опромінення не виявлено. Втома в більшій мірі визначається як поточний фізичний і психологічний стан, ніж наявний симптом у анамнезі раку молочної залози та видом лікування. Впливаючи на диспное, безсоння, депресію можна змінити рівень втоми. Аналізуючи інші симптоматичні показники достовірних змін не виявлено, однак спостерігалася позитивна тенденція до їх поліпшення.

*Таблиця 3.4.2*

### **Зміна симптоматичних показників за опитувальником EORTC QLQ-BR23**

Показник	Г1	Г2	p
Побічні ефекти терапії (BRST)	21,57 ± 2,219	29,74 ± 2,324	> 0,05
Місцеві порушення в ділянці хворої молочної залози (BRBS)	21,93 ± 3,579	32,70 ± 3,254	> 0,05
Порушення роботи руки (BRAS)	31,80 ± 2,319	45,47 ± 2,745	> 0,01
Стривоженність щодо втрати волосся (BRHL)	16,50 ± 3,858	13,20 ± 3,808	<0,05

За результатами оцінювання симптоматичних показників (таб. 3.4.2) були виявлені наявні скарги у пацієток на побічні ефекти терапії (біль в очах, сухість у роті, головні болі), що становило  $29,74 \pm 2,324$  бала з максимальних 100, однак після реабілітації відзначалося достовірне зниження цього показника на 23% ( $p < 0,05$ ). При вивченні даних анкет специфічного опитувальника EORTC QLQ-BR 23 для хворих на рак молочної залози з усіх симптомів хотілося б виділити показник, що характеризує обмеження рухливості руки на стороні ураженої молочної залози у хворих на РМЗ після модифікованих мастектомій. Больовий синдром і обмеження рухливості в плечовому суглобі був відзначений у 92% жінок різного ступеня вираженості і склав такий показник з  $44,37 \pm 2,835$  до  $30,90 \pm 2,419$  бала.

Аналогічна тенденція відзначалася із змінами скарг щодо шкіри в ділянці ураженої молочної залози й дискомфортних відчуттів у ділянці післяопераційного рубця.

### 3.5 Факторний аналіз отриманих даних (SPSS)

Таблиця 3.5.1

Частота поширення конфліктного поєднання особистісних рис у досліджуваних вибірках

Особистісні риси, спрямовані на психологічний спосіб адаптації	Особистісні риси, спрямовані на соціальний спосіб адаптації					
	Асоціальні риси		Параноїдні риси		Шизоїдні риси	
	контроль на група, n (%)	основн а група, n (%)	контроль на група, n (%)	основн а група, n (%)	контроль на група, n (%)	основн а група, n (%)
обсесивнокомпульсивні риси	10 (25)	2 (10)	2 (10)	6 (15)	1 (5)	10 (25)
вірогідність	p = 0,638		p = 0,032		p = 0,039	
депресивні риси	13 (32,5)	3 (15)	4 (20)	20 (50)	10 (50)	12 (30)
вірогідність	p = 0,827		p = 0,045		p = 0,120	
театральні риси	17 (42,5)	15 (7,5)	14 (70)	14 (35)	9 (45)	18 (45)
вірогідність	p = 0,760		p = 0,046		p = 0,761	

Як впливає з таблиці 3.3.1, серед онкохворих частіше, ніж серед членів контрольної групи, були наявні суперечливі поєднання таких особистісних рис: параноїдних із обсесивно-компульсивними (25 % у онкохворих та 1 % у практично здорових осіб), обсесивнокомпульсивних із

шизоїдними (15 % та 10 % відповідно); депресивних із параноїдними 50 % та 20 % відповідно); театральних із параноїдними (35 % та 70 % відповідно).

Застосувавши класифікацію, в основі якої лежить методологія Ф. Александера, нами виявлено ще 4 типи суперечливого поєднання особистісних властивостей, які характерні для онкохворих жінок на РМЗ:

1. Депресивні та театральні риси часто поєднуються на рівні статистичної тенденції та спостерігаються в онкохворих пацієнтів, ніж у представників контрольної групи (19,2 % та 6,7 % відповідно).
2. Шизоїдні та параноїдні риси в онкохворих на рак молочної залози проявляються теж частіше (16 %), ніж у практично здорових осіб (2,9 %).
3. Поєднання травми прив'язаності та асоціальних рис на рівні статистичної тенденції наявне частіше серед онкохворих (14 %), ніж серед преставників контрольної групи (2,6 %).
4. На рівні статистичної тенденції у хворих частіше трапляється поєднання травми прив'язаності та параноїдних рис (у 22,7% проти 8 % відповідно).

Отже, за отриманими результати можна зробити висновок, що окремі види суперечливого поєднання особистісних рис можна зустріти серед онкохворих на рак молочної залози частіше ніж серед практично здорових осіб. Отримані нами дані дозволяють також порівняти дві вибірки за кількістю осіб, у яких присутнє хоча б одне конфлітне поєднання за двома використаними методологіями

На основі даних аналізу за методикою ММРІ у обох групах виявлено виразне підвищення «невротичної тріади», яка є домінуючим інтрапсихічним механізмом боротьба з «фрустраційною тривогою», психастенічні риси, схильність до соматизації тривоги.

Таблиця 3.5.2

**Зміна показників функціональних симптомів за опитувальником  
EORTC QLQ-BR23**

<b>Показник</b>	<b>Г1</b>	<b>Г2</b>	<b>P</b>
<b>Сприйняття тіла (BRBI)</b>	56,40 ± 2,651	54,20 ± 2,561	<0,05
<b>Сексуальне функціонування (BRSEF)</b>	8,14 ± 2,407	5,63 ± 2,136	> 0,05
<b>Сексуальна насолода (BRSEE)</b>	3,50 ± 2,118	3,70 ± 2,82	> 0,05
<b>Майбутні перспективи (BRFU)</b>	67,00 ± 4,257	53,77 ± 4,450	> 0,05

Опрацювавши результати опитування та застосувавши специфічний модуль, який було розроблено спеціально для оцінювання якості життя жінок, хворих на рак молочної залози, не побачили істотних змін у сприйнятті свого тіла в жінок. Відповідно Г1 - 17,7%, з 56,40 ± 2,651 та Г2 54,20 ± 2,561 (p<0,05), а також не відчули позитивного налаштування стосовно свого майбутнього, тобто в пацієток спостерігається занижений відсоток підстави турбуватися про своє здоров'я в майбутньому.

Особливості психологічного стану хворих на рак молочної залози обумовлені тим, що поряд із наявністю потенційно смертельного захворювання є проблеми косметичного характеру, оскільки молочна залоза – це є символом жіночності і краси. Психологічні проблеми, пов'язані з відчуттям втрати привабливості, жіночої сексуальності, нерідко призводять до депресивних реакцій, які посилюються усвідомленням небезпеки для життя. Усе це створює у хворих стан постійного емоційного напруження, що спричиняє психосоціальну дезорієнтацію. Щодо сексуального функціонування й отримання задоволення достовірних змін не було виявлено.

## ВИСНОВКИ

Отже, під час дослідження ми констатували, що онкологічне захворювання чинить суттєвий вплив на психічний стан пацієнтів, а це в подальшому відображається на особистісному, поведінковому та психосоціальному рівнях функціонування хворих.

Встановили, що медико-психологічна допомога залежить від етапу лікувального процесу, статі, потреб та установок хворих щодо психологічних інтервенцій.

Потреби онкологічних пацієнтів на різних етапах лікування щодо психологічної допомоги відрізняються і це відображається на пріоритетності вибору форм, умов, тривалості та інтенсивності медико-психологічних заходів.

Важливе практичне завдання, яке стояло перед нами - сформувані позитивне відношення та доступність психологічної допомоги, яка б мотивувала пацієнтів на участь у медико-психологічних заходах.

Використавши під час дослідження симптоматичний опитувальник дистресу SCL-90-R, аналізуючи результати, зафіксували низку психологічних симптомів дистресу: соматизацію, obsесивно-компульсивний розлад, міжособистісну сенситивність, депресію, тривожність, ворожість, фобійну тривожність, параноїдальні ідеї та психоз.

Багатофакторний опитувальник особистості MMPI під час дослідження допоміг у визначенні процентного співвідношення індивідуально-психологічних особливостей особистості, типових способів поведінки і змісту переживань у значущих ситуаціях, адаптивних і компенсаторних можливостей в умовах стресу.

У ході дослідження ми вияснили ЯЖ пацієток хворих на РМЗ, адже визначення стану їх ЯЖ - це надійний, інформативний і економічний метод оцінювання здоров'я хворого як на груповому, так і на індивідуальному рівні.

результати застосованих методик у дослідженні психо-емоційного стану хворих доводять, що діагноз раку молочної залози, а пізніше і проведене лікування провокують болісні переживання, які можуть тривати роками та мають руйнівний характер щодо психічного здоров'я жінки. Усі ці фактори перешкоджають її адаптації до нових умов життя і тим самим знижують якість життя. Також ми врахували варіативність ускладнень, які виникають після проведеного лікування, що ставить важливе питання щодо розробки індивідуальних програм фізичної реабілітації, які б поліпшили якість життя у жінок, хворих на рак молочної залози.

Нами встановлено, що лікарями вікові особливості онкологічних хворих в практиці здебільшого не враховуються. Однак в процесі дослідження та апробації результатів нами доведено, що вони визначають специфічні особливості сприймання захворювання, виокреслюють ставлення до хвороби. Вікові особливості впливають на рівень депресії та якість життя не тільки у онкохворих жінок, але ці особливості бели присутні і серед жінок контрольної групи, а також на характер страхів, дослідження яких дозволяє більш досконало вивчити особистість хворої на рак молочної залози. Все це дозволяє більш цілеспрямовано і продуктивно розробити та впровадити психолого-дидактичні засоби реабілітації.

Отже, для кожної вікової групи хворих на рак молочної залози властиві свої специфічні особливості ставлення до хвороби та психологічні прояви особистісних проблем. Для 40-45 річних жінок характерний переважно легкий рівень депресії, однак результати констатують, що у більшості жінок цієї групи, вона взагалі відсутня. Низький рівень якості життя в цій групі нами не виявлений через великий показник середнього рівня. Також ми побачили, що ергопатичний тип ставлення до хвороби у цій групі проявляється найчастіше, ніж в інших вікових групах.

Для жінок 51-60 років характерний помірний рівень депресії, і результати теж доводять високий показник вираженої депресії; низький рівень якості життя проявляється досить часто, та спостерігаємо перевагу тривожного та obsесивно-фобічного типів у ставленні до хвороби.

В 56 і більше років переважна більшість жінок має високий рівень депресії, а якості життя має низький рівень. Це пов'язано в першу чергу із відсутністю роботи, низьке фінансове становище, страх залишитись самотньою. Результати вказують, що в цьому віці частіше, ніж в інших вікових групах, присутній іпохондричний тип ставлення до хвороби.

Жінок від 40 до 45 років найбільше хвилює майбутній зовнішній вигляд та можливі порушення стосунків з чоловіком (особистісних та сексуальних). Жінки від 46 до 55 років частіше концентрують свою увагу на втраті працездатності, атакож зміні стосунків з людьми та боязнь стати тягарем для близьких; для хворих від 56 і більше років характерний страх самотності, смерті, а також страх бути тягарем для інших.

Можна констатувати, що проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів досліджуваної проблеми. Більшого дослідження потребують наступні питання: розробка психологічних програм попередження виникнення раку молочної залози, циклу тренінгів для психологів з метою оволодіння уміннями та навичками роботи з онкологічними хворими, вивчення та визначення психологічних особливостей хворих на інші форми раку, які, як і рак молочної залози, є на даний час пріоритетними напрямками онкологічної медицини, та розробка специфічних для таких хворих психолого-дидактичних засобів реабілітації.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Артюхова, В. В. Особливості формування терапевтичного альянсу у лікарів-неврологів з пацієнтами [Текст] / В. В. Артюхова // Наукові записки Харківського університету Повітряних Сил. Соціальна філософія, психологія. – 2009. – Т. 2, № 33. – С. 209–214.
2. Асеев А. В. Синдром истощения адаптационных возможностей при раке молочной железы и злокачественной меланоме кожи / А. В. Асеев, Л. Н. Бала // Маммология. – 1996. – № 2. – С. 39–43.
3. Березанцев А. Ю., Стражев С. В. Роль психотерапии в комплексной реабилитации пациентов с онкологической патологией. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 2017. № 4. С. 47–51.
4. Бехер О. А. Уровень тревоги у женщин, страдающих раком молочной железы / О. А. Бехер, Е. М. Слонимская, И. Е. Куприянова // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – Т. 3. – С. 26–27.
5. Блинов Н. Н, Чулкова В. А. *Вопросы онкологии*. 1996. № 5. С. 86–89.
6. Бочаров В. В., Карпова Э. Б. Психодинамика профессионального взаимодействия при оказании помощи в кризисных и экстремальных ситуациях / В. В. Бочаров, Э. Б. Карпова // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: Ананьевские чтения 2004: матер. научно-практ. конф. – СПб.: СПбГУ, 2004. – С. 54–59
7. Братусь Г. А. Инвалидность и профессиональная реабилитация женщин после радикального лечения рака молочной железы / Г. А. Братусь // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. 15. – № 3. – С. 51.
8. Бурашов В. С., Мусинов Д. Р., Владимиров Б. С. *Вопросы онкологии*. 2002. № 6. С. 718–720.

9. Ивашкина М. Г. Психологические особенности личности онкологических больных: автореф. дисс... канд. психол. наук : 19.00.11 / Ивашкина М. Г. ; Институт человека РАН. – М., 1998. – 166 с
10. Ионова Т. И. Понятие качества жизни больных онкологического профиля / Т. И. Ионова, А. А. Новик, Ю. А. Сухонос // Онкология. – 2000. – Т. 2, № 1/2. – С. 25–28.
11. Ковальчук А. П. Ранні та пізні післяопераційні ускладнення при лікуванні раку молочної залози (огляд літератури) / А. П. Ковальчук, І. Ф. Хурані // Вісник морфології . – Т. 15 (2). – 2009. – С. 484–486.
12. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: учеб. пособие / В. Д. Менделевич. – М. : «МедПресс», 2009. – С. 155-156.
13. Мусаева Н. Э. Качество жизни больных при раке молочной железы / Н. Э. Мусаева, Ю. А. Дыхно, Е. М. Слонимская // Сибирский онкологический журнал. – 2005. – № 2. – С. 50–55.
14. Мухаровська І. Р. Медико-психологічна допомога для онкохворих на різних етапах лікувального процесу. *Science Rise. Medical science*. 2017. № 1(9). С. 15–19.
15. Нейштадт Э. Л. Патология молочной железы / Э. Л. Нейштадт, О. А. Воробьева. – СПб: Фолиант, 2003. – 197 с.
16. Павлова Ю. О. Структура якості життя населення / Ю. О. Павлова // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2015. – № 5 (49). – С. 90–94.
17. Павлова Ю. Якість життя літньої людини: значення здоров'я та рухової активності / Юлія Павлова // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2014. – № 1 (15) – С. 54–61.
18. Рак в Україні 2015–2016 / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович [та ін.] // Бюлетень національного канцер-реєстру України. – 2017. – № 18. – 127 с.

19. Русина Н. А. Психосоциальный подход к диагностике и коррекции онкологических заболеваний / Н. А. Русина // Социальная психология: Практика. Теория. – Ярославль, 2000. – С. 88.
20. Сидоров П. И. Медико-социальная реабилитация в онкологии / П. И. Сидоров, А. Н. Великолуг. – Архангельск: изд-во СГМУ, 2006. – 361 с.
21. Смулевич А. Б. Депрессии в онкологической практике (клиника, типологическая дифференциация). *Психические расстройства в общей медицине*. 2013. Т. 3. С. 4–8.
22. Сухотерин И. В. «Социально–психологический портрет» больных раком молочной железы и проблема их психологической реабилитации / И. В. Сухотерин, Н. В. Павлова // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2011. – № 1. – С. 32–37.
23. Трифонова, Н. Ю. Влияние социальной поддержки на эффективность лечения онкологических больных [Текст] / Н. Ю. Трифонова, В. И. Бутрина, В. В. Люцко // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 4. – С. 371–374
24. Федоренко, З. П. Рак в Україні 2013–2014 [Текст] / З. П. Федоренко, Л. О. Гулак, Ю. Й. Михайлович та ін.; ред. О. О. Колеснік. – К.: Національний інститут раку, 2015. – Режим доступу: [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_16/index.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm)
25. Хомич, Г. О. Психологічна допомога онкохворим у процесі консультування [Текст] / Г. О. Хомич // Проблеми сучасної психології. – 2011. – № 13. – С. 596–605.
26. Шестопалова, И. М. Прогностическое влияние тревоги и депрессии на исход хирургического лечения онкологических больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца [Текст] / И. М. Шестопалова, Г. А. Ткаченко // Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2008. – Т. 19, № 3. – С. 75–79.

27. Шушпанова О. В. Психические расстройства у больных раком молочной железы / О. В. Шушпанова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – № 3. – С. 87–91.
28. Barone J.E. Resident work hours: the five stages of grief / J.E. Barone, M.E. Ivy // Academic Medicine. – 2004. – Vol. 79. – №5. – P. 379–380.
29. Cadmium mimics the in vivo effects of estrogen in the uterus and mammary gland / [M. D. Johnson, N. Kenney, A. Stoica at all.]. // Nat Med. – 2003. – №9. – P. 1081-1084.
30. Coldsen R.K. Some factors related to patients delay in seeking diagnosis for cancer symptoms / R.K. Coldsen, R.K. Gerhardt, V.H. Handy // Cancer. – 1957. – Vol. 10. – P. 1–7
31. EORTC QLQ–C30 (Quality of Life Questionnaire – Core 30 of European Organisation for research and Treatment of Cancer) questionnaire to assess the quality of life of cancer patients [Electronic resource]. – Access mode: [http://www.groups.eortc.be/qol/questionnaires\\_qlqc30.htm](http://www.groups.eortc.be/qol/questionnaires_qlqc30.htm) (дата звернення: 22.02.2017)
32. Dietary Fat Intake and Development of Specific Breast Cancer Subtypes / [S. Sieri, P. Chiodini, C. Agnoli at all.]. // J Natl Cancer Inst. – 2014. – №5. – P. 1–6.
33. Gobb B. Emotional problem of adult patient / B. Gobb // W. J. Amer. Geriatric Society. – 1959. – Vol. 59. – P. 274–285
34. FACT-B (Functional Assessment of Cancer Therapy) questionnaires for patients with Breast cancer [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.facit.org>. (дата звернення: 05.01.2016).
35. Intake of fruits, and vegetables in relation to breast cancer risk by hormone receptor status / [J. Lissowska, M. M. Gaudet, L.A. Brinton at all.]. // Breast Cancer Res Treat. – 2008. – №1. – P. 113-117.
36. John E. M. Radiation and other environmental exposures and breast cancer / E. M. John, J. L. Kelsey. // Epidemiologic Reviews. – 1993. – V.15. – P. 157-162.
- 155 41. Parkin D. M. Use of statistics to assess the global burden of breast

- cancer / D. M. Parkin, L. M. Fernandez. // *Breast Journal*. – 2006. – V.12 (1). – P. 70-80.
37. Kershaw E. E. Adipose tissue as an endocrine organ / E. E. Kershaw, J. S. Flier. // *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. – 2004. – №6. – P. 2548-2556.
38. Litin E.H. Should be cancer patient told? / E.H. Litin // *Postgrad. Med.* – 1960. – Vol. 28. – P. 70–75.
39. O’Toole D.M. Evaluating cancer patients for rehabilitation potential / D.M. O’Toole, A.M. Golden // *West J. Med.* – 1991. – Vol. 155. – P. 384–387.
40. Physical exercise and quality of life in breast cancer survivors / M. Valenti, G. Porzio, F. Aielli [et al.] // *Int. J. Med. Sci.* – 2008. – Vol. 5 (1). – P. 24–28.
41. *Psycho-Oncology* [Text] / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, R. McCorkle, P. N. Butow (Eds.). – Oxford University press, 2015. – 772 p. doi: 10.1093/med/9780199363315.001.0001
42. Quality of Life Differences between Younger and Older Breast Cancer Patients / B. W. Park, S. Lee, A. R. Lee [et al.] // *J. Breast Cancer*. – 2011. – Vol.14 (2). – P. 112–118
43. Sangha O., Stucki G., Liang M.H. et al. (2013) The Self-Administered Comorbidity Questionnaire: A new method to assess comorbidity for clinical and health services research. *Arthritis Rheum.*, 49(2): 156–163.
44. Sasco A. J. Epidemiology of breast cancer: an environmental disease? / A. J. Sasco. // *Endocrinology*. – 2001. – №10. – P. 3595-602.
45. Stoica A. Effects of arsenite on estrogen receptor-alpha expression and activity in MCF-7 breast cancer cells / A. Stoica, E. Pentecost, M. B. Martin. // *Endocrinology*. – 2000. – №10. – P. 3595-602.
46. Stoica A. Activation of estrogen receptor-alpha by the heavy metal cadmium. / A. Stoica, B. S. Katzenellenbogen, M. B. Martin. // *Mol Endocrinol*. – 2006. – V.14. – P. 545-553.
47. Wu Y. Physical activity and risk of breast cancer: a meta-analysis of prospective studies / Y. Wu, D. Zhang, S. Kang. // *Breast Cancer Res Treat.* –

2013. – №137. – P. 869-882. 20. Gudmundsdottir K. The roles of BRCA1 and BRCA2 and associated proteins in the maintenance of genomic stability / K. Gudmundsdottir, A. Ashworth. // *Oncogene*. – 2006. – №25. – P. 5864-5874.

## ДОДАТКИ

*Додаток А*

### Опитувальний бланк ситуативної тривожності (Спілбергера-Ханіна)

	Ситуація	Ні, це не так	Напевно ,так	вірно	Дійсно вірно
1.	Я спокійний				
2.	Мені нічого не загрожує				
3.	Я почуваю себе напружено				
4.	Я відчуваю жаль				
5.	Я почуваю себе вільно				
6.	Я розчарований				
7.	Мене хвилюють можливі невдачі				
8.	Я відчуваю себе відпочилим				
9.	Я стурбований				
10.	Я маю відчуття внутрішнього задоволення				
11.	Я впевнений у собі				
12.	Я нервую				
13.	Я не знаходжу собі місця				
14.	Я напружений				

15.	Я не відчуваю скованості				
16.	Я задоволений				
17.	Я заклопотаний				
18.	Я надто збуджений і мені не по собі				
19.	Мені радісно				
20.	Мені приємно				

Показник ситуативної (реактивною) тривожності розраховується за формулою:

$$PT = \sum 1 - \sum 2 + 35,$$

де  $\sum 1$  – сума закреслених цифр по пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13,14, 17,18;

$\sum 2$  – сума закреслених цифр по пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Якщо РТ не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше - тривожність висока. Дуже висока тривожність (> 46) прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Низька тривожність (<12), навпаки характеризує стан як депресивний, ареаактивний,знизьким рівнем мотивацій. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особою високої тривоги з метою показати себе в «кращому світлі».

## Зіставлення психоаналітичної та медичних класифікацій особистості

<b>Типи особистості за різними класифікаціями</b>		
<b>Психоаналітична класифікація особистостей</b>	<b>Класифікація розладів особистості за Е. Крепеліном</b>	<b>Класифікація акцентуацій К. Леонгарда</b>
психопатична (асоціальна)	Психопатія	збудлива
Нарцисична		
Шизоїдна	шизофренія	інтровертована
Параноїдна	параноя	застрягаюча
депресивно-маніакальна	депресія	дистимічна
Мазохістична		
обсесивно-компульсивна	іпохондрія	педантична
Театральна	істерія	демонстративна
Дисоціативна		