

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології**

Кафедра психології

Сєдова-Сирцова Ганна Вікторівна

УДК 159.9

Кваліфікаційна робота

Психологічна допомога у подоланні психологічної травми людям з онкологічними захворюваннями: психологічна готовність психологів

053 «Психологія»
«Психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ Г. В. Сєдова-Сирцова

Науковий керівник (консультант) Ткач Разіда Мугаллімовна,
кандидат психологічних наук

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ОСОБИСТОСТІ	10
1.1. Феноменологія психологічної травми особистості в психологічній науці.....	10
1.2. Особливості переживання психологічної травми людьми з онкологічними захворюваннями	18
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ПСИХОЛОГА ДО РОБОТИ З ПСИХОЛОГІЧНОЮ ТРАВМОЮ ЛЮДИНИ З ОНКОЛОГІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ.....	31
2.1. Організація та методики дослідження психологічної готовності психолога до роботи з людьми з онкологічними захворюваннями.....	31
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічної готовності психолога до роботи з психологічною травмою людини з онкозахворюванням.....	41
Висновки до розділу 2	55
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА У ПОДОЛАННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ЛЮДЯМ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	58
3.1. Психологічні передумови створення програми психологічного супроводу людей з онкологічними захворюваннями	58
3.2. Програма психологічного супроводу людей з онкологічними захворюваннями в процесі подолання психологічної травми	64
Висновки до розділу 3	81

ВИСНОВКИ	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	87
ДОДАТКИ	96

ВСТУП

Актуальність роботи.

До сучасного розуміння поняття психологічної травми як залишкових явищ афективних переживань особистості, викликаних зовнішніми подразниками, які породжують психічний дискомфорт і чинять патогенний вплив на особистість, дослідники використовували в своїх працях різні терміни, а саме: «недорозвиненість органу» (А. Адлер), «афект жаху» (Н. Баженов), «набута психічна інвалідність» (П. Ганушкін), «нейропсихічний травматизм» (Л. Брусилівський, Н. Бруханський, Т. Сегалов); «патологічне горе» (Е. Ліндеманн); «травматична епідемія» (Н. Пірогов); «велика стресова реакція» (П. Борн); «соціально-стресовий розлад» (Ю. Александровський) «психосоціальні наслідки катастроф» (В. Краснов).

В якості самостійного психологічного феномену дослідники почали розглядати психологічну травму лише наприкінці минулого століття. Так, особливу увагу розумінню сутності, причин, наслідків і динаміки феномену психологічної травми приділяють К. Фіглі, Е. Ліндеманн, М. Мурен-Сімеоні, А. Браун, А. Фернхем, С. Бочнер, К. Еріксон, Р. Урсано, Б. Ван дер Колк, Ю. Зінченко, Є. Калмикова, М. Кузнецов, І. Малкіна-Пих, М. Падун, А. Тхостов тощо. Психологічну травму як внутрішній конфлікт, як зіткнення протиріч у внутрішньому світі особистості розглядали К. Юнг, Д. Калшед, Ф. Василюк, І. Сингаївська, Р. Ткач тощо. Інші дослідники – В. Франкл, Дж. Мітчел, Ф. Шапіро, Р. Перес Ловелле, Б. Дейте, Л. Бергман, Т. Куїн, Е. Соколовата, Н. Тарабріна, Н. Гоцуляк, О. Туриніна, Т. Титаренко, Ф. Василюк, О. Донченко, Т. Дзюба, О. Коваленко тощо – вивчають внутрішні механізми протистояння деструктивному впливу психологічної травми на людину і шукають засоби психологічної допомоги. Власні уявлення про переживання внаслідок травматичних ситуацій викладено в роботах Л. Виготського, О. Леонтєва, С. Рубінштейна, Ф. Бассіна,

Ф. Василюка.

В останні роки внаслідок збройного конфлікту, що триває в Україні, проблема травматизації та її наслідків набула надзвичайної актуальності. В цьому напрямку працюють такі вітчизняні дослідники: О. Кокун, В. Осьодло, О. Хміляр, Н. Агаєв, В. Стасюк, О. Тімченко, Ю. Ширококов, О. Сиропятов та ін. Психологічну травму як наслідок важких соматичних захворювань, зокрема, онкологічних, також досліджують українські науковці: І. Мухаровська, С. Лукомська, Р. Ткач, Г. Хомич та ін.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я рак (онкологічні захворювання) є однією з провідних причин смерті, яка у 2020 р. забрала життя майже 10 млн. людей, або кожного шостого померлого у світі. При цьому рак «молодшає», тобто якщо раніше онкологічні захворювання вважалися притаманними лише людям похилого віку, ми стали свідками зростання захворюваності серед людей молодого віку і, навіть, дітей. Залишаючись дуже складною патологією, онкологічні захворювання наразі не є однозначним смертельним вироком. Завдяки стрімкому розвитку медицини багато видів раку доволі ретельно вивчені, успішно лікуються, з'являються нові препарати і методи лікування, дослідження нових способів боротьби із раком не припиняються у всьому світі.

Проте онкологічне захворювання є складною проблемою не тільки з медичної точки зору. В онкологічних хворих соматичне страждання поєднується з реакцією особистості, тобто стражданням морально-психологічним. Онкологічне захворювання призводить до виникнення набагато більш серйозних психосоціальних наслідків у порівнянні з будь-яким іншим захворюванням. Це пояснюється тим, що воно асоціюється з потужними множинними стресами (дистресом), які виникають з різних джерел і впливають на людину на різних етапах розвитку захворювання. У випадках тривалої дії стресу, безумовно, має місце психологічна травма.

Онкологічне захворювання клієнта є також викликом у практиці психотерапевта. Такий клієнт потребує особливої уваги і відповідної

психологічної готовності терапевта до роботи з психологічною травмою хворого на онкологічне захворювання. Тривалий час знаходячись у стані невизначеності та постійної загрози своєму фізичному існуванню, клієнт з онкологічним діагнозом вимагає від психолога достатньої стійкості у зіткненні з власним екзистанційним страхом смерті. Тому важливо, аби психолог, який працює з онкопацієнтом відповідав вимогам психологічної готовності, яка включає наступні основні компоненти:

1. Емоційна стійкість як здатність справлятися з сильними емоціями, які виникають як у клієнта, так й у самого психолога. Важливо вміти керувати власними емоціями та не заглиблюватися надто у чужий біль.

2. Емпатія як вміння відчувати і розуміти переживання клієнта. Це допомагає встановити довірливий контакт і створити підтримуючу атмосферу.

3. Знання специфіки захворювання, що сприяє розумінню особливостей онкологічних захворювань, їх впливу на психіку та поведінку людей. Це включає як медичні аспекти, так й емоційні та соціальні наслідки.

4. Навички ефективної комунікації як вміння коректно і делікатно спілкуватися на складні теми, підтримувати діалог про страхи, надії та почуття клієнта.

5. Готовність до навчання, що означає постійне вдосконалення своїх знань і навичок у галузі онкологічної психології, а також нових психотерапевтичних підходів.

6. Власна робота з психологічною травмою, яка передбачає, що психолог має піклуватися про своє психічне здоров'я та, за необхідності, проходити власну терапію або брати супервізію, щоб не переносити власні проблеми на клієнта.

7. Наявність професійної підтримки, наприклад, колег або супервізійної групи, що допомагає обмінюватися досвідом і впоратися з емоційним навантаженням.

Отже, означена проблема «Психологічна допомога у подоланні

психологічної травми людям з онкологічними захворюваннями: психологічна готовність психологів» не втрачає своєї актуальності в теоретичному аспекті – для продовження дослідження змісту і сутності феномену «психологічна травма» та має надважливе значення у практичному аспекті – для пошуку ефективних технік надання психоонкологічної допомоги, зокрема, у подоланні психологічної травми хворого на онкологічне захворювання.

Мета дипломної роботи – вивчити зміст, причини та динаміку переживання психологічної травми людьми з онкологічними захворюваннями та розробити програму психологічної допомоги з подолання ними психологічної травми.

Завдання дипломної роботи:

1. Охарактеризувати феномен «психологічна травма» у психологічній науці.
2. Розкрити особливості стадій прийняття хвороби і психологічні особливості людини на різних етапах лікування онкологічного захворювання.
3. Описати клініко-психологічні феномени, властиві людям з онкологічними захворюваннями, що відображають динаміку їх психологічного стану.
4. Здійснити емпіричне дослідження психологічної готовності психологів допомагати людям, які переживають онкологічне захворювання як психологічну травму.
5. Розробити програму психологічної допомоги з подолання психологічної травми людьми з онкологічними захворюваннями та протестувати її в групі практичних психологів.

Об'єкт дослідження – феномен психологічної травми.

Предмет дослідження – психологічна готовність психологів до надання психологічної допомоги людям з онкологічними захворюваннями у подоланні психологічної травми.

Методи дослідження.

Для досягнення поставленої мети та реалізації завдань було використано низку теоретичних та емпіричних методів: аналіз і синтез наукової літератури, узагальнення та порівняння медичного і психологічного підходів і позицій науковців щодо визначення змісту поняття «психологічна травма» і лікування онкологічного захворювання, структурування отриманої інформації, а також спостереження, анкетування, консультативна бесіда, психодіагностичні та психокорекційні методи, а саме, оцінка якості життя NAIF, шкала тривожності Ч. Спілбергера, шкала депресії А. Бека, проєктивний тест BASIC Ph М. Лахада, метафорично-асоціативні картки «Соре» О. Аялон, терапевтична метафора-казка «Шість незабутніх днів» Г. Сєдової-Сирцовой. Для кількісної обробки даних були використані методи: визначення середніх значень, відсоткових співвідношень, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена для виявлення кореляційних зв'язків між досліджуваними показниками, непараметричний критерій Манна-Уїтні для виявлення відмінностей між.

Обробка отриманих емпіричних даних здійснювалася за допомогою пакета статистичних програм SPSS 21.0 і пакета програм Microsoft Office для Windows.

Наукова новизна одержаних результатів:

- подальшого розвитку дістали теоретичні уявлення про застосування BASIC Ph (ресурсорієнтованої моделі стресодолання М. Лахада) з метою допомоги людям з онкозахворюваннями;
- підтверджено доцільність та ефективність використання програми психологічного супроводу людей з онкозахворюваннями в процесі подолання психологічної травми з використанням BASIC Ph (ресурсорієнтованої моделі стресодолання М. Лахада) і сучасних методів аналітичної психології (казкотерапія, метафорично-асоціативні картки тощо).

Теоретичне значення дослідження:

- вивчено та проаналізовано наукову літературу з проблеми дослідження;

- доведено ефективність використання методів аналітичної психології з метою підготовки онкопсихологів і допомоги людям з онкологічними захворюваннями.

Практичне значення дослідження:

- розроблено та проведено майстер-клас з написання терапевтичної казки «Шість незабутніх днів» під час виробничої переддипломної практики в Київському юнгіанському інституті;

- запропоновано програму психологічного супроводу людей з онкологічними захворюваннями в процесі подолання психологічної травми.

Апробація результатів дослідження.

Результати теоретичного дослідження представлено в наукових тезах у співавторстві з науковим керівником («Онкологічне захворювання як психологічна травма і ресурси для її подолання» до VI Міжнародної конференції «Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку», м Київ, 5 грудня 2024 р.).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (80 найменувань) і додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 131 сторінка, основний обсяг – 83 сторінки. Робота містить 3 таблиці, 10 рисунків, 10 додатків (на 36 сторінках).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Феноменологія психологічної травми особистості в психологічній науці

Термін «психічна травма» вперше увійшов до наукової літератури наприкінці ХІХ століття. Зокрема, З. Фройд, аналізуючи роботу доктора Д. Брейєра з однією з пацієток, яка страждала на істерію, звернув увагу на те, що майже всі симптоми її захворювання були результатом інтенсивних афективних переживань. Згодом такі переживання отримали назву психічних травм [36].

За визначенням психологічного словника психічна травма – це травма, що виникла в результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації і здатна через недостатність механізмів психологічного захисту та наявності певних рис особистості призвести до розвитку психічного захворювання [47, с. 311].

Слід зазначити, що в сучасній літературі терміни «психічна травма» і «психологічна травма (психотравма)» часто використовуються як синонімічні. Проте є цілий ряд досліджень, присвячений факторам виникнення психічної травми як складової посттравматичного стресового розладу, а також умовам їх одночасного існування, тому психічну і психологічну травми все ж таки слід диференціювати у змістовному сенсі. Отже, психологічна травма за визначенням Дж. Герман – це шкода, завдана психічному здоров'ю людини інтенсивною дією несприятливих факторів навколишнього середовища чи стресовими впливами інших людей [5, с. 365].

Провівши логіко-історичний аналіз, можна говорити про циклічність оживлення інтересу медичної та психологічної спільноти до змісту феномена «психічна/психологічна травма», що в подальшому призвело до уповільнення його диференціації та етиології [43].

У науковій літературі часто спостерігається понятійно-термінологічна непорядкованість і різноспрямованість, що є характерними для всіх психологічних підходів до вивчення підсвідомого рівня психічної активності. Зазвичай під терміном «психотравма» об'єднують досить різнорідні явища, а значні розбіжності у його трактуванні виявляються не лише між різними науковими школами, але й серед авторів, що належать до одного напрямку. З одного боку, це обумовлено фокусом на певному аспекті феномена, який дослідники вважали найбільш важливим відповідно до методології своєї школи чи підходу. З іншого боку, така непорядкованість пояснюється складністю й суб'єктивністю переживання травматичних подій, що ускладнює їх чітке узагальнення та систематизацію. Термінологія, яка використовується для опису змістовних аспектів поняття «психотравма», відображає належність автора до певного професійного напрямку (медицина, психологія) або наукових течій (психоаналіз, біхевіоризм, гуманістична чи екзистенційна психологія тощо). Це створює певну множинність підходів і понять, що нерідко ускладнює інтеграцію різних точок зору [36].

Суттєво розрізняються погляди дослідників не тільки на зміст феноменів психічної/психологічної травм, але також і на те, до якого класу понять вони відносяться. В різних дослідженнях психічну травму/психотравму розрізняють як подію (О. Черепанова), патогенний вплив (Д. Єнікеєва), зовнішній подразник (І. Мамайчук), переживання безпорадності (Е. Пінус), переживання, що пригнічують (Б. Ван дер Колк), нестерпні руйнівні переживання (Д. Калшед), психологічний стрес (А. Осипова), критичний стан (С. Соловйова), травму минулим (Л. Китаєв-Смик).

При оцінці стану виокремлення феномена «психотравма» в окреме психологічне поняття відмічаються дві, на перший погляд, взаємовиключні тенденції: медична і психологічна. Як показує аналіз літератури, проблема психотравматизації найбільшою мірою вивчалася у медицині, медичній психології, психіатрії, психотерапії, у прикладних психофізіологічних

дослідженнях, тому саме в зазначеному контексті найкраще розкрито зміст поняття «психічна травма» (О. Черепанова, Д. Єнікєєва, І. Мамайчук, С. Соловйова, О. Захаров, А. Осипова, Д. Ісаєв та ін.) [43].

Традиційне для нас визначення розуміння змісту і сутності поняття «психічна травма», що притаманне представникам медичного напрямку, було сформульовано О. Черепановою. Психічна травма трактується нею як «травматичний стрес» – подія, що сприймається людиною як загроза самому її існуванню, яка порушує її нормальну життєдіяльність, стає для неї подією травмівною, потрясінням, переживанням особливого роду.

Отже, за аналізом Ю. Семенової, медична природа психічної травми підтверджується, коли подія: 1) несподівано і явно знаходиться за межами звичайного досвіду людини; 2) регулярно переживається тим або іншим способом; 3) здатна викликати стійке уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, або зціпеніння загальної чутливості; 4) здатна стимулювати стійкі симптоми підвищеного збудження, не присутнього до травми. Тобто визначення психічної травми дається через наслідки події [43].

З психологічної точки зору психічна травма – це порушення цілісності функціонування психіки, спричинене такою ситуацією, яка суб'єктивно інтерпретується як непереборна та надзвичайна внаслідок недостатності захисних механізмів; викликає в подальшому глибокі емоційні переживання (Н. Тарабріна, Л. Трубіцина, Н. Саржвеладзе, І. Погодіна). У цьому контексті важливим критерієм виникнення травми є не сама травматична подія, а суб'єктивна її інтерпретація (Н. Пов'якель, Л. Пергаменщик, С. Гончарова, М. Яковчук). Тут вже можна провести розмежування між поняттями психічної та психологічної травми. Потенційно травматична подія може як спричинити, так і не спричинити психологічну травму, залежно від суб'єктивної значущості ситуації для конкретної особистості, а також від функціонування її механізмів психологічного захисту та способів інтерпретації цієї події. Попри певні відмінності у трактуванні психологічної травми з медичного та психологічного поглядів, об'єднувальною рисою цих

підходів є те, що травма завжди пов'язана з впливом надзвичайних подій та переживанням інтенсивних, переважно негативних емоцій, таких як страх, жах, безпорадність чи відчуття втрати контролю. Ці характеристики вказують на універсальність певних емоційних реакцій у процесі формування травматичного досвіду, незалежно від підходу до його вивчення [36].

Отже, за аналізом Ю. Семенової, психологічна природа психотравми характеризується такими особливостями: 1) психотравма відноситься до неусвідомлюваних форм психічної діяльності, тобто підсвідомого; 2) невизначеність і гнучкість (Н. Саржвеладзе, Л. Трубіцина, Н. Тарабріна, О. Бермант-Полякова та ін.); 3) наявність внутрішнього конфлікту як несумісності, зіткнення протиріч і відношень особистості (З. Фрейд, Д. Калшед, Ф. Василюк); 4) психологічна значущість психотравмуючої ситуації для особистості, тобто суб'єктність сприйняття (П. Левін, В. Ромек, В. Конторович, Є. Крукович та ін.); 5) психотравмуюча дія локалізується не поза індивідом, а всередині нього (В. М'ясищев, О. Красило та ін.) [43].

Представник юнгіанського психоаналізу Д. Калшед у своїй праці «Внутрішній світ травми» пише, що поняття «психотравма» використовується для позначення будь-якого переживання, що викликає величезні душевні страждання. [70, с. 5]. Д. Калшед констатував, що психічна травма виникає не тільки внаслідок зовнішніх травматичних подій, а і з причини внутрішньої роботи самої психіки. Психіка реагує на зовнішню травматичну подію за такою схемою: спочатку психіка трансформує зовнішню травму під внутрішню «самотравмуючу силу», а потім відбувається малігнізація, «злякисне переродження» психологічних захистів, які перетворюються із системи самозбереження психіки на систему її самознищення. Психічні захисти переходять на примітивний «архаїчний» рівень (відхід від реальності, розщеплення, аутизм, трансіві стани, виникнення множинних ідентичностей, стереотипних реакцій, втрата сенсу існування), психіка регресує. Тому звернення до раціональної частини виявляється дуже скрутним. Друга лінія захистів, тобто примітивні

«архаїчні» захисти, покликана відредагувати травму та запобігти руйнуванню особистості. Головний висновок, якого дійшов Д. Калшед, полягає в тому, що травмована психіка продовжує травмувати саму себе через синдром нав'язливого повторення. Так, травмовані люди починають постійно виявляти себе такими в життєвих ситуаціях, в яких вони піддаються повторній травматизації. З. Фройд так само писав про «невроз долі», який полягає в тому, що люди у своєму житті схильні постійно «наступати на одні й ті самі граблі», повторюючи таким чином свій травматичний досвід. Наприклад, людина з травмою приниження часто опиняється у ситуаціях приниження, ударів по самолюбству, людині з травмою зради постійно зраджують (З. Фройд «Тлумачення сновидінь», 1900).

Аналізуючи та узагальнюючи сучасні визначення психічної травми, можна стверджувати, що вона описується як стан глибокого переляку, який виникає у людини під час зіткнення з раптовою загрозливою подією. Така подія перевищує адаптаційні можливості індивіда, роблячи ситуацію неконтрольованою та позбавляючи можливості ефективно на неї відреагувати. Психічна травма постає як прорив захисного бар'єру, що зазвичай захищає людину від надмірного впливу зовнішніх факторів на психіку. Цей прорив супроводжується інтенсивним відчуттям тривоги, безпорадності, невизначеності, а також втратою здатності до саморегуляції та осмислення подальшого життя [36].

Т. Титаренко у словнику-довіднику подає таке трактування цього феномена: «Психологічна травма (психотравма, грец. «psyche» – душа, «trauma» – пошкодження, потрясіння) – це залишкові явища афективних переживань особистості, що зумовлені зовнішніми подразниками, спричиняють психічний дискомфорт і виявляють патогенний вплив на особистість. У метафоричному значенні психотравма – це будь-яке потрясіння психіки, що виявляє сильний вплив на функціонування особистості та її подальший розвиток» [6, с. 102]. Обидва наведені вище визначення ототожнюють поняття психологічної та психічної травми.

Спроба виокремлення поняття «психологічна травма» є відносно новою у психологічній науці, як зазначає Л. Заграй. Однак про існування таких травм було відомо давно. Авторка відзначає, що психологічна травма ґрунтується на суб'єктивній інтерпретації ситуації, що передбачає можливість контролювати/регулювати ситуацію і знижувати невизначеність і вразливість [13, с. 109]. Відповідно, психологічна травма – це реакція людини на життєві обставини, що викликає тривалі емоційні переживання негативного характеру. Однак коли йдеться про переживання, ми маємо на увазі інтерпретацію, рефлексію ситуації, події, яка зумовила травматизацію людини. Дослідники психологічного підходу (С. Гончарова, Н. Пов'якель, Л. Пергаменщик, М. Яковчук, D. Olweus) у трактуванні травми стверджують, що ситуація розглядається як взаємовплив особистості і середовища, у разі якого провідна роль відводиться суб'єктивним факторам: переживанню і розумінню ситуації людиною, ставленню до неї, інтерпретації подій. Основи такої методологічної позиції ґрунтуються на уявленнях К. Левіна про «суб'єктивну ситуацію», Л. Виготського «про психологічний життєвий простір», У. Томаса «про визначення ситуації як процесу її аналізу». При цьому провідна роль відводиться суб'єктивній картині ситуації, що складається в індивідуальній свідомості. Отже, ґрунтуючись на таких методологічних позиціях, можна вести мову про психологічну травму.

У багатьох сучасних працях «психологічна травма» визначається як стан сильного страху, що переживається людиною під час зіткнення з раптовою подією, яка є потенційно загрозливою для її життя. Такий страх перевершує можливості індивіда та не дозволяє йому контролювати та ефективно реагувати (П. Левін, 1998). Є цікавим і підхід у визначенні руйнівної сили травми, розроблений П. Левіном. Розвиваючи його, автор інтегрував відповідні знання не тільки психології та психотерапії, а й біології, психофізіології, а також нейропсихології. Травма розуміється ним як прорив у бар'єрі, що захищає людину від впливів, та супроводжується надзвичайно сильним відчуттям пригніченості та безпорадності.

Психологічна травма, як правило, виникає через відсутність індивідуальних ресурсів, необхідних для подолання травматичної події. З його точки зору руйнівна сила психічної травми безпосередньо є залежною від індивідуальної значущості травматичної події для людини, ступеня її психологічної захищеності і здатності до саморегуляції [74, с. 16].

Є. Мазур вважає, що «психологічну травму у самому загальному плані можна визначити як реакцію особистості на стресові життєві події. Такими подіями є війни, терористичні акти, стихійні лиха, нещасні випадки та аварії, фізичне, емоційне і сексуальне насилля, серйозні захворювання і медичні операції, ситуації втрати, горя, міжособистісні конфлікти тощо». Таким чином, він узагальнює всі життєві моменти, які можна вважати складними ситуаціями життя, зокрема, екстремальні, та як представник напрямку екзистенційної психології дає ідентичне визначення психологічній травмі та психічній травмі, що є характерним для більшості науковців.

Підтвердженням цієї думки може служити концепція сенсу, введена у контекст розуміння психотравми З. Фройдом і К. Юнгом. Вони наголошували, що джерелом психопатології є не стільки сама травмуюча подія, скільки той жахаючий сенс, який ця подія набуває в індивідуальному сприйнятті. Саме уявлення про подію та афективний відгук, що зачіпає глибинні структури психіки, є ключовими чинниками виникнення психотравматичних переживань. Така інтерпретація акцентує увагу на суб'єктивності травматичного досвіду, що визначає його вплив на психічний стан людини [36].

У 2007 р. окреслилась соціально-гуманістична концепція психологічних травм як узагальнююча для розуміння змісту і сутності поняття «психотравма» з точки зору представника психології О. Красило. Автор стверджує, що психотравма взагалі не може бути подією і дає визначення саме психологічної травми. На думку О. Красило, психологічна травма – це катастрофічне руйнування особистісної самооцінки внаслідок втрати або загрози недосяжності сенсоутворювальних соціальних цінностей.

Умовою зростання актуальності цих цінностей є особистісний розвиток у межах конкретної травмівної зони.

Як бачимо, в працях сучасних психологів і психіатрів відсутнє чітке розмежування вищезазначених понять – «психічна травма» і «психологічна травма». Автори описують процеси, що відбуваються в психіці людей, аналізують їх механізми, подають власне тлумачення, наводячи приклади з власного досвіду, дають їм пояснення. Все це створило чималий обсяг дослідницького матеріалу. Він, безумовно, є дуже корисним і важливим для глибшого розуміння психотравматизму, але є наявною очевидна відсутність єдиної теоретичної бази, яка б дозволила насамперед узгодити термінологію і сприяти глибшому розумінню проблематики, а це привносить чималий хаос у процес розвитку психологічної наукової думки. Звісно, велика кількість концепцій і напрямків сприяє науковому прогресу, збагачуючи науку новими теоріями, проте варто відзначити, що нові теорії мали б нести у собі свіжий погляд на явища і процеси, спираючись не на надто розрізнену наукову базу, а на чітко окреслений, узгоджений і єдиний понятійний апарат. Однак нам видається можливим побачити спільне в цих двох досліджуваних нами поняттях «психічна травма» і «психологічна травма», а саме, опис ними психотравмуючих ситуацій, їхньої руйнівної дії на психіку людини та шляхи їх подолання.

Отже, можна стверджувати, що для понять «психічна травма» і «психологічна травма» спільним є те, що їх виникнення пов'язане, перш за все, з обставинами життя і подіями, які виходять за межі досвіду індивіда, та болісними переживаннями – відчуттям безпорадності та жаху. І саме це спільне на практиці видається найважливішим, оскільки у разі дії на психіку людини травмуючих ситуацій варто зауважити, що справжнє нещастя настає тоді, коли вже закінчується дія стихії травмуючих подій. Тоді ж і починається надання допомоги потерпілим. Встановлено, що більш-менш успішно самостійно переборюють екстремальні ситуації близько 30% людей, а вчасно надана медико-психологічна допомога дозволяє знизити частку

розладів адаптації в осіб з 20 до 3–5% [7, с. 380].

У вітчизняній психології дослідження проблеми психотравми є недостатньо розвиненими і часто характеризуються фрагментарністю та розрізненістю. Це значною мірою зумовлено соціальними чинниками, які створюють умови, що не сприяють аналізу явищ, пов'язаних із сприйняттям людиною навколишньої дійсності як загрозливої та нестабільної. Такий стан у вивченні феномена «психотравма» також пояснюється логікою розвитку вітчизняної психологічної науки. У ній переважно акцентувалася увага на дослідженні емоцій, емоційних станів та переживань індивіда на психофізіологічному рівні, тоді як стійкі утворення емоційної сфери залишилися фактично поза належною увагою. Попри високу актуальність соціально-психологічного вивчення феноменів психічної травми і психологічної травми, стримуючим фактором для емпіричних досліджень є відсутність узгоджених теоретичних підходів, спільних концептуальних моделей та відповідних методичних інструментів. Це значно ускладнює повний і всебічний аналіз цих явищ, а також можливість порівняння результатів досліджень у цій галузі [43].

1.2. Особливості переживання психологічної травми людьми з онкологічними захворюваннями

Онкологічні захворювання (онкозахворювання) довгий час вважалися невиліковними, і цей стереотип досі існує серед широкого загалу, тому лише факт постановки онкодіагнозу може перетворитися у серйозну психологічну травму. Ця група хвороб характеризується набором специфічних особливостей, що зачіпають значущі для пацієнта сфери життя. Є певні параметри, на підставі яких оцінюється будь-яке захворювання і формується психологічне ставлення до нього – чим більше параметрів присутні, чим вища їх значущість для хворого, тим важчий його психологічний статус:

- вірогідність летального наслідку;
- вірогідність інвалідизації та хронічного перебігу хвороби;

- больова характеристика хвороби;
- необхідність радикального чи паліативного лікування;
- вплив хвороби на можливість підтримувати колишній рівень спілкування;
- соціальна значущість хвороби і традиційне ставлення до хворого з боку мікросоціуму;
- вплив хвороби на сімейну і сексуальну сфери;
- вплив хвороби на сферу розваг та інтересів [11].

Це своєрідна схема питань, на які хворий хотів би природньо отримати позитивні відповіді. Відсутність таких або хоча б однієї з відповідей стає причиною психологічних переживань, психічних розладів, що можуть проявлятися у формі хронічного стресу, тривожного розладу, депресії, які впливають на якість життя і перебіг онкологічного процесу.

Деякі сучасні дослідження зазначають, що медичний прогноз перебігу онкопатології зумовлюється якістю життя хворого і характером психологічної адаптації до хвороби, а також його психологічним статусом. Тому якість життя онкохворого має надзвичайно велику прогностичну значущість щодо ефективності лікувальних заходів поряд із загальновідомими чинниками – клінічні дані про стадію захворювання та первинна реакція пухлини на лікування [11].

Отже, онкологічне захворювання призводить до виникнення набагато серйозніших психосоціальних наслідків, аніж будь-яке інше захворювання. Це пояснюється тим, що воно пов'язане із потужними множинними стресами, які виникають з різних джерел, причому ці стреси впливають на людину на різних етапах розвитку захворювання.

До 1950-х рр. онкохворі традиційно лікувалися у лікарів загальної практики. Ця патологія розглядалася фахівцями як безперспективна з точки зору вивчення її в наукових дослідженнях, а пацієнти відчували себе значною мірою нехтуваними та безнадійними, оскільки лікарі проводили з ними менше часу, ніж із хворими інших нозологій, цуралися їх, уникали

спілкування, не обговорювали діагноз і прогноз. Дослідження психологічних реакцій на хворобу у пацієнтів з онкозахворюваннями вперше стали проводитися за кордоном в середині ХХ ст. і були спрямовані на вирішення суто етичного питання – чи варто повідомляти онкохворим правду про діагноз. У 1960-і рр. американський психіатр Е. Кюблер-Росс висловила протидію заборони обговорювати з хворими на рак прогнозований смертельний результат, рекомендувала лікарям і медсестрам не уникати спілкування з цими пацієнтами, звертати увагу на їх емоційні переживання. Завдяки широкому обговоренню цієї теми вже у 1970-і рр. в США було визнано право пацієнтів знати свій діагноз, прогноз і можливості одужання, але в Україні й понині «біла брехня» є дуже поширеним явищем [26].

Вище згадана Е. Кюблер-Росс, яка багато працювала в американських лікарнях зі смертельно хворими, зокрема, онкохворими, першою порушила питання про відповідальність лікаря не тільки за здоров'я «безнадійного» пацієнта, але й за те, щоб його останні дні були прожиті з гідністю, без страху і страждань. Вона була дослідницею навколосмертних переживань і авторкою концепції психологічної допомоги хворим, що помирають, яку виклала у своїй книзі «Про смерть і вмирання» (1969). Саме там було наведено п'ять стадій прийняття хворим смертельного діагнозу, які наразі стали відомі широкому загалу як стадії прийняття горя за аббревіатурою DABDA: Denial – заперечення, Anger – гнів, Bargaining – торг, Depression – депресія, Acceptance – прийняття.

Базуючись на численних спостереженнях і результатах наукових досліджень [64; 66] можна конкретизувати класичний підхід і виділити шість *стадій адаптації* людини до онкологічної хвороби:

1. Психотравматичний шок. Стан, який виникає у відповідь на отримання інформації про діагностування захворювання. У цей період людина втрачає відчуття безпеки, перебуваючи в стані розгубленості, відчаю та паніки. Вона може відчувати безвихідь і не здатна адекватно сприймати як пояснення лікаря, так і оточуючу реальність. Домінуючою емоцією є

інтенсивний, паралізуючий страх. Цей етап відіграє роль психологічного захисту від стресу. Важливо, щоб під час повідомлення діагнозу поруч із онкопацієнтом перебувала близька людина або хоча б чекала його у коридорі, оскільки соціальна підтримка є критично необхідною у цей момент.

2. Заперечення. На цьому етапі активуються психологічні захисні механізми, які спрямовані на зниження травматичного впливу інформації про захворювання. Онкопацієнт може повністю заперечувати факт хвороби або не визнавати її злоякісний характер. Зовнішньо людина виглядає спокійною та зосередженою, але часто шукає численні консультації у лікарів, прагнучи почути, що онкологічного захворювання в неї немає. Нерідко пацієнти звертаються до езотеричних практик, нетрадиційних методів лікування або пояснюють свій стан психосоматичними чинниками, сподіваючись на одужання без медикаментозного чи, особливо, хірургічного втручання. Ця стадія виконує функцію поступової адаптації до діагнозу та пошуку альтернативних шляхів лікування. Характерною є анозогностична реакція на хворобу.

3. Агресія. На цьому етапі онкопацієнт усвідомлює серйозність свого стану та намагається знайти причини виникнення хвороби. Часто це супроводжується пошуком винних серед оточення чи звинуваченням життєвих обставин. У багатьох випадках онкозахворювання сприймається як покарання за певні дії, спосіб життя чи моральні провини. Типовими реакціями на цьому етапі є висловлювання на кшталт: «Мене дратує все», «Я зриваюся на близьких – дітях, батьках, партнері», «Я винен(на) і маю це спокутувати». Пацієнти агресивно реагують на типові фрази, такі як «заспокойся», «все буде добре», «зберись із думками». Особливе роздратування викликають спроби здорових людей сказати: «Я тебе розумію». Попри те, що агресія може призводити до серйозних конфліктів у стосунках, її спрямування назовні є нормальним проявом емоцій. Набагато небезпечніше, якщо агресія спрямовується всередину, викликаючи

самообвинувачення та почуття провини. Функція цієї стадії полягає у мобілізації внутрішніх ресурсів і активізації діяльності. Людина визнає хворобу, але, відчуваючи безсилля, страх перед болем чи каліцтвами від лікування, виражає ці переживання через агресію. Соціальна підтримка на цьому етапі є надзвичайно важливою. Пацієнтові необхідно мати можливість висловити свої страхи, сумніви та переживання, при цьому важливо слухати його із розумінням та увагою.

4. Торг (самосугестія) або стадія магічного мислення. Цей етап характеризується спробами пацієнта «виторгувати» більше часу або шансів на одужання, звертаючись до різних інстанцій – лікарів, бога або інших сил. Людина починає діяти за принципом: «Якщо я зроблю це, чи допоможе це мені вижити?» або «Я готовий(а) на все, тільки б вилікуватися». Особливістю цієї стадії є здатність онкопацієнтів переносити сильні больові відчуття без скарг, що пояснюється їхньою надією на одужання через терпіння і готовність витримувати труднощі. Вперше з моменту діагностування пацієнт намагається взяти контроль над ситуацією, приймаючи обдумані й відповідальні рішення. Страх і агресія поступово змінюються надією. На цьому етапі важливо демонструвати онкопацієнту приклади успішного лікування людей з подібними діагнозами, забезпечувати спілкування за принципом «рівний рівному». Основною функцією цієї стадії є формування позитивного ставлення до процесу лікування і віри в одужання. Ключовим завданням стає пошук внутрішніх ресурсів, які слугуватимуть опорою в боротьбі з хворобою.

5. Депресія. Ця стадія часто розвивається після виписки зі стаціонару, коли онкопацієнт залишається наодинці зі своїми труднощами та переживаннями. Тригером зазвичай стає висловлювання лікаря: «Я зробив усе, що міг, тепер усе залежить від вас». У таких умовах пацієнт починає пов'язувати будь-яке погіршення самопочуття зі своїми помилками, розвивається гіперуважність до сигналів організму. Це може супроводжуватися бажанням вести «правильний» спосіб життя, наприклад,

повністю відмовитися від м'яса чи солодощів. До основних факторів ризику розвитку клінічної депресії належать: погано контрольований больовий синдром; наявність у пацієнта психопатологічних розладів в анамнезі, які не пов'язані з онкопатологією (наприклад, не менше двох депресивних епізодів, спроби самогубства, алкоголізм); супутні захворювання, що підвищують ризик депресії (інсульт, інфаркт міокарда тощо); сімейний анамнез депресій або суїцидальних спроб. У випадках, коли клінічна депресія не розвивається, онкопацієнт поступово переосмислює сенс життя, адаптується до змін у тілі після операції та приймає нові обмеження у способі життя, пов'язані з хворобою. Основною функцією цієї стадії є переосмислення життєвих цінностей та прийняття факту захворювання.

6. Прийняття або стадія посттравматичного зростання. Цей етап зазвичай супроводжується формуванням в онкопацієнта установки: «Я хворий(а), але це не заважає мені жити». Характерною ознакою посттравматичного зростання є прагнення знайти відповіді на важливі питання, такі як: «Що нового я дізнався(лася) про себе завдяки хворобі?», «Чому вона мене навчила?», «Який сенс цієї хвороби для мене особисто?». Основною функцією цієї стадії є інтеграція хвороби в особисту реальність і усвідомлення позитивних змін, що стали можливими завдяки переживанню онкологічного захворювання. Пацієнт починає сприймати хворобу не лише як виклик, а й як можливість для глибшого самопізнання та розвитку [26].

Окрім традиційних стадій прийняття хвороби визначають також *психологічні особливості* пацієнтів на різних етапах лікування онкозахворювання:

1. Поліклінічний (діагностичний) етап – починається з першого контакту пацієнта з онкологами і триває до моменту госпіталізації. Він є найбільш психотравматичним серед усіх етапів, оскільки у понад 70% пацієнтів спостерігається тривожно-депресивний синдром. Цей етап часто збігається зі стадією прийняття хвороби, що супроводжується «психологічним шоком». Для онкопацієнтів у цей період характерні сильна

тривога, відчуття безнадії, апатія та епізоди психомоторного збудження.

2. Госпітальний етап – охоплює перші 7 днів з моменту госпіталізації. Він характеризується поступовим зниженням інтенсивності емоційних переживань, оскільки онкопацієнт усвідомлює: «Я не сам(а), тут є люди з таким самим діагнозом» або «Я в лікарні, тут мені допоможуть». Важливу роль на цьому етапі відіграє активна участь пацієнта в медичних оглядах і діагностичних процедурах. Насиченість стаціонарного режиму подіями створює відчуття захищеності. Тривога, яка була домінуючою на попередньому етапі, трансформується і більше пов'язана не зі страхом смерті, а з бажанням якнайшвидше розпочати лікування, особливо оперативне втручання.

3. Передопераційний – розпочинається з моменту ухвалення рішення про хірургічне втручання і триває до моменту транспортування онкопацієнта до операційного блоку. У цей час спостерігається значне посилення інтенсивності психоемоційних переживань, які нерідко перевищують рівень тривоги, характерний для діагностичного етапу. Часто виникає бажання уникнути операції, надії на альтернативні, менш інвазивні методи лікування. Особливий негативний вплив на пацієнтів має контакт із людьми, які нещодавно перенесли хірургічне втручання, особливо якщо вони зазнали значних післяопераційних ускладнень і ще не усвідомили своїх подальших можливостей. Саме у цей період зростає роль ритуалів, стереотипних дій та активізується магічне мислення. Переконавання пацієнта у несуттєвості деталей, наприклад, як саме його доставлять до операційної, є малоефективним. Натомість набагато більш корисними виявляються психотерапевтичні методи, такі як техніки релаксації та візуалізації.

4. Післяопераційний – охоплює час від завершення хірургічного втручання до моменту, коли онкопацієнт відновлює здатність самостійно обслуговувати себе. На цьому етапі інтенсивність негативних емоцій значно зменшується: пацієнти відчують полегшення після успішної операції, радіють видаленню патології, проявляють активність, комунікабельність та

оптимістичне ставлення до свого майбутнього. Водночас варто зазначити, що такий психоемоційний стан значною мірою обумовлений дією заспокійливих та знеболювальних препаратів. У міру зменшення дози медикаментів в онкопацієнтів дедалі частіше можуть виникати астено-невротичні симптоми, зростати тривожність щодо результатів хірургічного втручання та подальшого життя.

5. Післягоспітальний – триває перші сім днів після виписки зі стаціонару, коли пацієнт адаптується до домашніх умов. Попри почуття полегшення і радості від повернення додому, часто спостерігається підвищена увага до соматичних відчуттів, яка супроводжується вираженою тривожністю щодо будь-яких сигналів з боку тіла, особливо в зоні проведення операції. Негативний емоційний фон посилюється усвідомленням необхідності подальшого лікування, зокрема постановки на облік до онколога, планування хіміотерапії, променевої терапії чи інших лікувальних заходів.

6. Катамнестичний – охоплює час перебування пацієнта вдома та проходження амбулаторного лікування. Для цього етапу характерне прагнення до самоізоляції, зниження інтересу до раніше звичних активностей, особливо тих, що пов'язані з інтенсивними фізичними або емоційними навантаженнями. Це часто негативно позначається на стосунках у родині, що проявляється у скаргах на нерозуміння з боку близьких, наприклад, фразами: «Ви мене не розумієте, мені погано». Важливо зазначити, що подібна поведінка не залежить від соматичного стану онкопацієнта і може спостерігатися навіть за умов задовільного фізичного самопочуття. Цей період є важливим етапом психосоціального переходу від статусу «хворого на рак» до «людини з досвідом онкохвороби». Завершення основних етапів лікування часто супроводжується не радістю від досягнутої ремісії, а відчуттям безпорадності та невизначеності щодо подальшого життя. Патерналістська модель медичної допомоги, що формує пасивність і повну залежність пацієнта від авторитету лікаря, після завершення лікування

спричиняє панічний страх і труднощі в адаптації до самостійного життя без постійного керівництва лікаря. У цей період пацієнти відчують значну потребу у спілкуванні з іншими людьми, які мають схожий онкологічний досвід, що допомагає їм знаходити підтримку та розуміння [66].

Протягом 2012-2016 рр. на базі Київського міського клінічного онкологічного центру лікарем-психологом І Мухаровською проводилося масштабне дослідження, а саме спостереження за психологічним станом онкохворих та його динамікою у процесі протипухлинної та паліативної терапії з наступним якісним аналізом отриманих даних. Було обстежено 454 пацієнти, серед яких: 187 осіб (Гп) – проходили протипухлинне лікування вперше, 155 осіб (Гв) – звернулися за лікуванням повторно внаслідок прогресування чи рецидиву захворювання, 112 осіб (Гпал) – знаходилися на етапі паліативної допомоги.

За результатами цього дослідження було встановлено, що для онкологічних хворих властивий ряд клініко-психологічних феноменів, які відображають особливості переживання перебігу хвороби та лікування: «поділу життя», «сортера», «нового початку», «маятника», «екстерналізації психічної напруги», «психологічної індукції», «децентралізації». Характерно, що ці феномени мають різний ступінь прояву в різних групах досліджуваних пацієнтів (табл. 1.1.). Тобто отримані дані вказують, що формування психологічного стану онкологічних пацієнтів відбувається у взаємозв'язку з особливостями кожного з етапів лікувального процесу [32].

Таблиця 1.1.

Клініко-психологічні феномени на етапах лікувального процесу, %

Феномени	Гп, n=187	Гв, n=155	Гпал, n=112
«Поділу життя»	100	-	-
«Сортера»	46,5±5,0	45,2±5,0	57,1±4,9
«Нового початку»	91,4±2,8	65,8±4,7	-
«Маятника»	27,8±4,5	35,5±4,8	73,2±4,4
«Екстерналізації»	15,5±3,6	17,4±3,8	53,6±5,0

«Індукції»	12,8±3,3	16,1±3,7	23,2±4,2
«Децентралізації»	9,1±2,9	13,5±3,4	50,9±5,0

Клініко-психологічний феномен *«поділу життя»* відображає різку зміну психологічного стану людини, що розділяє її життя на до і після встановлення онкологічного діагнозу. Соціальні уявлення щодо онкозахворювань, зокрема, їх невиліковність, страждання, які приносить хвороба, відсутність стовідсоткової гарантії виліковування сучасними медичними методами навіть на ранніх стадіях, викликають у хворих відчуття реальної загрози життю. Можливість смерті ставить перед пацієнтом важливі екзистенційні питання, що стосуються сенсу його життя, планів на майбутнє, уявлень про себе як про особистість і власних досягнень, переоцінки цінностей. Протипухлинна терапія виключає хворого зі звичного життєвого ритму та соціальної активності. Та навіть після проходження певного курсу лікування пацієнт не має змоги психологічно розслабитися, в нього постійно високий рівень настороженості, внаслідок того, що онкологічним захворюванням притаманні прогресуючий хронічний перебіг і рецидиви. Онкологія стає діагнозом на все життя і нагадує про себе потребою у періодичних оглядах, повторних курсах протипухлинної терапії.

Клініко-психологічний феномен *«сортера»* базується на селективності сприйняття інформації, пов'язаної з онкологічною хворобою. Потік психотравматичних стимулів (загрозливе для життя захворювання, складне і тривале лікування, наслідки та ускладнення патології) може призводити до відкидання фактів реальності, вибору більш психологічно привабливих варіантів інтерпретації дійсності з метою контролю негативної інформації, самозаспокоєння, пошуку внутрішніх ресурсів подолання ситуації. Вибірковість сприйняття має захисну функцію з однієї сторони, але вказує на схильність до прояву незрілих форм поведінки – з іншої.

Клініко-психологічний феномен *«нового початку»* полягає у різкому зростанні позитивних очікувань від лікування, надії на подолання чи тривале стримування хвороби. На фоні зіткнення з екзистенційними питаннями

пацієнти приймають внутрішнє рішення кардинально змінити власне життя, зробити його більш наповненим сенсом, втілити нереалізовані бажання, налагодити стосунки з близькими чи, навпаки, розірвати неприємні відносини. Цей феномен характеризує стан пристосування до стресової ситуації, формування ефективних способів її подолання.

Зміна у фізичному та психічному станах хворого викликає емоційний відгук, погіршення стану супроводжується негативними емоціями, покращення – позитивними. Враховуючи зазвичай прогресуючий перебіг онкологічної патології періодично виникають ситуації погіршення і покращення стану на фоні протипухлинного чи паліативного лікування, що формує *«ефект маятника»* – коливання психоемоційного стану від «полюсу надії» до «полюсу розпачу». Відсутність інших механізмів адаптації, окрім суто емоційного відреагування, спричиняє швидке виснаження, що є однією з ознак дезадаптації.

Клініко-психологічний феномен *«екстерналізації психічної напруги»* виникає внаслідок інтенсивного фізичного і психічного стресу, що переживають онкохворі впродовж лікування. Одним зі способів зниження внутрішньої напруги є винесення причини її виникнення за межі власного «Я», передача відповідальності комусь або чомусь сторонньому, наприклад, списання погіршення стану на побічну дію препаратів, невірно обрану тактику лікування, некоректно призначені лікарські засоби, халатність медперсоналу. Об'єктом зміщення уваги може стати будь-що, однак найчастіше ним є нещодавно призначені ліки та проведені процедури та, відповідно, медичний персонал, відповідальний за їх призначення чи виконання.

Суть *«психологічної індукції»* полягає у формуванні співзалежності психоемоційного стану в діаді «хворий-родич». Індуктором може виступати як пацієнт, так і член родини. Важливими умовами реалізації індукції є конформність, залежні стосунки і високий рівень переживання почуття провини у одного з учасників діади. Дезадаптивний характер індукування обумовлений

розмитістю персональної відповідальності за ситуацію, непрозорістю та складністю міжперсональних стосунків, зазвичай частими конфліктами з медичним персоналом. Слід зазначити, що феномени «екстерналізації» та «індукції» притаманні пацієнтам з певними особистісними характеристиками, а саме, з рисами психологічної незрілості, демонстративністю, слабкою волевою регуляцією, емоційною нестійкістю, а також зазвичай спостерігаються на фоні вираженої фізичної чи психічної астенії.

Клініко-психологічний феномен «*децентралізації*» являє собою концентрування уваги на вторинних, менш значущих ознаках. Прикладом застосування цього механізму у онкохворих може бути ситуація, коли на підставі послаблення лише одного з симптомів, несуттєвих змін лабораторних показників, незважаючи на картину в цілому, пацієнт робить висновок щодо суттєвого покращення свого стану, або ж появу нових чи посилення раніше присутніх симптомів захворювання він приписує не пов'язаним із хворобою чинникам (погода, застуда, порушення дієти, фізичне перевантаження, побічна дія препаратів чи їх передозування, інші хвороби). Таким чином, ознаки прогресування хвороби нівелюються та розривається причинний зв'язок із захворюванням. Чим більшу психоемоційну напругу переживає хворий, тим більшою є потреба у викривленні реальності. Позитивні зрушення у соматичному та психічному станах пацієнта викликають більший психологічний відгук, що проявляється перебільшенням їх значення, тоді як негативна (психотравмуюча інформація) трансформується у більш прийнятну форму (знецінення значущості симптому) або ігнорується [32].

Висновки до розділу 1

В результаті теоретичного аналізу досліджено поняття «психічна травма» і «психологічна травма». Власне, з терміну «психічна травма», який з'явився ще наприкінці XIX століття, походить термін «психологічна травма», який почав виокремлюватися у самостійний феномен відносно

недавно – у другій половині минулого століття. Отже, визначено, що у сучасному розумінні психологічна травма (грец. «psyche» – душа, «trauma» – пошкодження, потрясіння) – це залишкові явища афективних переживань особистості, що зумовлені зовнішніми подразниками, спричиняють психічний дискомфорт і виявляють патогенний вплив на особистість.

Встановлено основні критерії, що характеризують наявність психологічної травми, а саме: процеси відносяться до неусвідомлюваних форм психічної діяльності, тобто підсвідомого; невизначеність і гнучкість; внутрішній конфлікт як несумісність і зіткнення протиріч особистості; психологічна значущість психотравмуючої ситуації для особистості, тобто суб'єктивність сприйняття; локалізація психотравмуючої дії не поза індивідом, а всередині нього.

Визначено, що людина з онкологічним захворюванням зазвичай проходить шість стадій прийняття свого діагнозу, на кожній з яких змінюється її психоемоційний стан, набуваючи певних особливостей, які обумовлені, в першу чергу, захисними реакціями психіки, що адаптується до травматичної події: психотравматичний шок, заперечення, агресія, торг, депресія та прийняття (посттравматичне зростання).

Описано психологічні особливості онкопацієнтів на різних етапах лікування захворювання: діагностичному, госпітальному, передопераційному, післяопераційному, післягоспітальному і катамнестичному.

Вивчено результати масштабного дослідження (спостереження за психологічним станом онкохворих і його динамікою у процесі протипухлинної та паліативної терапії) лікаря-психолога І. Мухаровської. Зокрема, описано притаманні онкопацієнтам клініко-психологічні феномени («поділу життя», «сортера», «нового початку», «маятника», «екстерналізації психічної напруги», «психологічної індукції», «децентралізації»), що проявляються певною мірою залежно від власне особливостей організації психіки онкохворого, але значною мірою – від особливостей етапу лікувального процесу, на якому він знаходиться.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ПСИХОЛОГА ДО РОБОТИ З ПСИХОЛОГІЧНОЮ ТРАВМОЮ ЛЮДИНИ З ОНКОЛОГІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ

2.1. Організація та методика дослідження психологічної готовності психолога до роботи з людьми з онкологічними захворюваннями

Психологічна підтримка людей, які страждають на онкологічне захворювання, потребує не тільки глибоких знань психолога щодо хвороби та процесу лікування, а й його психологічної готовності до цієї специфічної роботи. Висока мотивація без належної підготовки (яка включає власну психотерапію, супервізію тощо) і знання методів роботи з онкопацієнтами може мати два негативні наслідки: з одного боку, це може призвести до швидкого професійного вигорання психолога, а з іншого – знизити ефективність наданої допомоги, оскільки недостатнє розуміння особливостей роботи з онкохворими не дозволить надати підтримку на належному рівні. Тому важливо, щоб психолог не лише був емоційно налаштований, а й мав відповідні особистісні якості, а також навички і стратегії для ефективної роботи з такими клієнтами.

Вважаємо, що психологічна готовність психолога до роботи з онкопацієнтами охоплює кілька важливих *компонентів*, а саме, психолог повинен:

- бути знайомим з основами онкології, що дозволяє зрозуміти фізичний стан пацієнта і його переживання. Це також допомагає ефективно адаптувати методи підтримки до конкретних етапів захворювання і лікування;
- бути внутрішньо вмотивованим, аби справлятися з труднощами професії. Це включає не лише бажання допомогти, а й готовність до професійного розвитку для того, щоб справлятися з новими викликами і бути ефективним у своїй роботі;

- бути емоційно стійким до напружених ситуацій, адже робота з людьми, які борються з важкими захворюваннями, може викликати сильні емоційні переживання. Важливо, щоб психолог був здатний підтримувати емоційну дистанцію, не дозволяючи особистим переживанням заважати професійному виконанню обов'язків;

- бути готовим до змін в емоційному стані клієнта. Його підтримка повинна бути адаптивною, здатною реагувати на нові потреби і ситуації, що змінюються.

- бути здатним до усвідомлення власних меж, страхів, тривог і реакцій на роботу з онкопацієнтами. Рефлексія і самопізнання допомагають уникнути емоційного вигорання і краще управляти стресом;

- мати добре розвинені навички стрес-менеджменту. Це дозволяє зберігати психологічну стабільність і надавати ефективну допомогу, не зважаючи на складні ситуації;

- мати можливість обмінюватися досвідом з колегами, брати участь у супервізіях або групових консультаціях. Це дозволяє знижувати емоційну напругу та отримувати додаткову підтримку в складних випадках.

З метою дослідження психологічної готовності психолога до роботи з психотравмою людини з онкологічним захворюванням було розроблено авторську анкету та відібрано чотири стандартизовані валідні психодіагностичні методики, які дозволили в комплексі розкрити досліджуване явище. Перевагу було надано наступним *методикам*:

1. Авторська анкета
2. BASIC Ph
3. Оцінка якості життя NAIF
4. Шкала тривожності Спілбергера
5. Шкала депресії Бека

Далі розглянемо авторську анкету та запропоновані методики більш детально.

Анкетування є методом збирання фактів на основі письмового самозвіту досліджуваних за спеціально розробленою програмою. В нашому дослідженні *анкета Г. Сєдової-Сирцової* є основним інструментом опитування, оскільки містить структурно-організований набір питань, кожне з яких пов'язане із завданнями проведеного дослідження (Додаток А). Цей зв'язок виражається в необхідності отримання інформації, що відображає погляд досліджуваних на власну психологічну практику і готовність працювати з клієнтами, які мають онкодіагноз. Під час проведення анкетування використано перелік питань, які сформульовані таким чином, щоб максимально розкрити уявлення про особливості роботи з онкопацієнтами та власний досвід роботи з цією категорією клієнтів.

Анкета містила 16 запитань, перелік можливих відповідей та/або поле для власної відповіді. Досліджуваним слід було обрати найбільш близьку для них відповідь та/або додати свою відповідь, якщо такої нема серед запропонованих. Всі питання анкети можна умовно поділити на три блоки. Перший блок – демографічний – включав загальні питання про гендер, вік, сімейний стан, рівень доходу (запитання № 1-4). Другий блок містив питання, що мають на меті з'ясувати практичний досвід психологів, а саме, тривалість практики, формат, вид і підхід психологічної допомоги, категорії та запити клієнтів, а також практики, які психологи використовують для підтримки власного ресурсного емоційного стану і профілактики професійного вигорання (запитання № 5-11). Третій блок питань – сутнісний – був спрямований безпосередньо на вивчення готовності психологів до роботи з онкохворими: досвід психологічної роботи та особистого спілкування, власний досвід онкозахворювання, готовність працювати з означеною проблемою в майбутній практиці та оцінка відповідних знань і навичок (запитання № 12-16). Серед питань, які стосувались власне готовності психолога працювати з онкопацієнтами були такі: «Чи працювали Ви з онкопацієнтами?», «Чи готові Ви працювати з онкопацієнтами у

майбутньому?», «Чи достатньо Вам знань і навичок для роботи з онкопацієнтами, аби відчувати себе впевнено і комфортно?» та ін.

Визначення стратегій, притаманних для застосування у травматичних, стресових і кризових ситуаціях, відбувалося за *методикою BASIC Ph*. М. Лахад, сучасний ізраїльський вчений і психолог-травматерапевт, тривалий час досліджував способи поведінки людей у стресових, кризових ситуаціях. Вчений довів, що кожна людина володіє своєю власною унікальною комбінацією ресурсів боротьби з несприятливими обставинами. Це твердження стало основою BASIC Ph Model. Розроблена М. Лахадом у 90-і рр. ХХ ст модель засновується на визнанні здатності особистості протистояти складним життєвим обставинам, зберігати своє психічне здоров'я у будь-яких екстремальних ситуаціях. У структурі моделі є шість основних параметрів, що складають ядро індивідуального стилю поведінки під час перебування у стресових умовах (кожна літера в назві моделі BASIC Ph означає якийсь ресурс):

1. Belief (Віра): життєва філософія, переконання та моральні цінності. Цей спосіб подолання кризи заснований на вірі (в бога, людей, самого себе, свою місію, сенс життя). Це система переконань, цінностей і сенсів, потреб у самореалізації та самовираженні. Переконання бувають різними, не лише релігійними чи політичними, важливий сам факт наявності віри.

2. Affect (Афект): емоції, переживання. Стратегія проявляється через емоції: плач, сміх, щирі розмови з кимось про свій досвід. Цей метод подолання кризи передбачає, перш за все, виявлення різних емоцій та їх ідентифікацію. Потім слідує спроба висловити емоції, що відчуються, прийнятним способом: усно, письмово (в оповіданні або листі), без слів – в танці, живописі, музиці, драматургії. Можна записати свої почуття в щоденник або намалювати їх.

3. Social (Соціум): приналежність, сім'я, друзі. Цей метод подолання кризи характеризується прагненням до спілкування. Ви можете звернутися за допомогою до сім'ї, друзів або психолога. Ви можете допомогти іншим

постраждалим і зануритися у волонтерську діяльність. Тобто важлива соціальна інклюзія – бажання бути серед людей, відчувати себе частиною системи, організації, щоб переконатися від інших у тому, що ти живий, корисний, можеш на щось вплинути.

4. Imagination (Уява): креативність, уява, інтуїція. Завдяки уяві ви можете мріяти, імпровізувати, уявляти майбутнє, розвивати інтуїцію, змінюватися, шукати розради в світі гри і фантазій. Уява і креативність – це спосіб відволіктися від жорстоких фактів реальності, здатність мріяти про майбутнє або ж повертатися спогадами у щасливі моменти минулого. До цього ж способу подолання кризи належать також почуття гумору, імпровізація, творчість і мистецтво.

5. Cognition (Когніція): логіка, знання, реальність, мислення. Стратегія реалізується через розумові здібності, вміння логічно і критично мислити, оцінювати ситуацію, засвоювати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати інформацію, аналізувати проблеми і раціонально вирішувати їх, рефлексувати і проводити роботу над помилками. Когнітивна стратегія включає аналітичну роботу, створення списків і планів.

6. Physiology (Фізіологія): фізична, чуттєва модальність і активність. Це спосіб подолання стресових ситуацій завдяки зосередженню на фізичній активності тіла. Цей метод пов'язаний зі здатністю відчувати себе через органи чуття: зір, нюх, слух, смак, дотик. Спосіб включає фізичні навантаження і тілесні практики, такі як спорт, фізична праця, прогулянки на природі та походи в гори, медитація, масаж. Також можна отримувати задоволення (релаксацію) від насичення органів чуття, наприклад, їжа, куріння, ароматерапія [37].

У процесі перевірки цієї концепції з'ясувалося, що люди в кризових ситуаціях можуть використовувати одразу кілька стратегій. Модель BASIC Ph допомагає швидко оцінити існуючі стратегії подолання кризових ситуацій і поточний емоційний стан клієнта.

Існує три способи використання моделі BASIC Ph. По-перше, це клінічний психо-лінгвістичний аналіз історії клієнта. Другий спосіб – створення історії з шести частин (шестисекторний малюнок). Третій – метрична оцінка BASIC Ph за допомогою Q-сортування тверджень за 7-бальною шкалою Лікерта. У нашому дослідженні ми застосували другий і третій способи використання моделі (у третьому та другому розділі кваліфікаційної роботи відповідно). Для проведення емпіричного дослідження ми надали перевагу саме третьому способу [73].

Опитувальник за методикою BASIC Ph М. Лахада містить 36 тверджень (по 6 – до кожного каналу стресодолання), кожне з яких необхідно оцінити за частотою використання: ніколи, рідко, іноді, періодично, часто, майже завжди, завжди (Додаток Б). Результат тесту показує, яку частину ресурсів, що є в наявності, слід ефективно використовувати у подоланні стресової ситуації, а до якої частини ресурсів, що не проявлені чи дуже слабкі, слід звернутися для того, щоб посилити адаптивні функції власної психіки. Отже, тест BASIC Ph дає розуміння, які канали розвинуті краще за інших, а які варто ще розвивати [41; 73].

Вивчення параметрів якості життя проводилося за допомогою *експрес-методики NAIF* (New Assessment and Information form to Measure Quality of Life), розробленої Ф. Хугенхольцем і Р. Ердманом у 1995 році. Ця методика дозволяє швидко виявити, як безпосередньо опитуваний оцінює різні боки свого життя, якою мірою наявні обмеження порушують його функціонування, пов'язане із різноманітними аспектами його життєдіяльності.

Поняття якості життя (ЯЖ) включає задоволеність людини своїм фізичним, психічним і соціальним благополуччям, це здатність індивіда функціонувати у суспільстві згідно із своїм положенням та оптимувати задоволення від життя у всіх його аспектах.

Медичні аспекти ЯЖ включають вплив безпосередньо захворювання (його симптомів і ознак) та обмеження функціональної здатності внаслідок

хвороби, а також вплив лікування на повсякденну життєдіяльність хворого. Власне, ЯЖ визначається, перш за все, скаргами хворого, його функціональними можливостями, сприйняттям хворим життєвих змін, пов'язаних із захворюванням, рівнем загального благополуччя, загальною задоволеністю життям. Показники ЯЖ можуть бути корисними для оцінки ефективності лікування.

Опитувальник NAIF складається з 24 тверджень (Додаток В). Кожне твердження необхідно оцінити за семибальною шкалою, де 1 означає «так, дуже», а 7 – «зовсім ні». Відповіді формують 6 показників, що характеризують параметри якості життя опитуваного, а також інтегральний показник ЯЖ:

1. фізична активність (ФА),
2. емоційний стан (ЕС),
3. сексуальна функція (СФ),
4. соціальна функція (СоцФ),
5. пізнавальна функція (ПФ),
6. економічне становище (ЕкС),
7. інтегральний показник (ІП) якості життя – за сумою балів анкети.

Вищий бал відповідає кращій якості життя. Для полегшення сприйняття отримані показники переведено у відсотки. Згідно з методикою NAIF у людини із збереженими функціями, задоволеної всіма аспектами свого життя, інтегральний показник ЯЖ дорівнює 100% або наближається до цього рівня. Рівень інтегрального показника до 75% розцінюється як незначне зниження якості життя, 50% – як помірне, до 25% – як значне, менше 25% – як різко виражене.

Шкала тривожності Спілберга (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) – інформативний метод самооцінки поточного рівня тривожності (реактивної тривожності як стану) та індивідуальної тривожності (як стійкої характеристики людини). Методика була розроблена у 1970 році, але досі

вона є єдина, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як її стан.

Стан тривожності, на думку Ч. Спілбергера, характеризується суб'єктивними, свідомо сприйнятими відчуттями загрози і напруги, що супроводжуються або пов'язані з активацією або збудженням автономної нервової системи. Тривожність як риса особи, очевидно, означає мотив або набуту поведінкову диспозицію, яка зобов'язує індивіда до сприйняття широкого кола об'єктивно безпечних обставин, як таких, що несуть загрозу, спонукаючи реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких не відповідає величині реальної небезпеки.

Завдяки своїй відносній простоті та обґрунтованості шкала Ч. Спілбергера широко використовується в клінічній практиці для різних цілей – визначення вираженості тривоги, динамічної оцінки стану пацієнта та ін. Клінічне значення методики: більшість відомих методів оцінки рівня тривожності дозволяють оцінити лише або індивідуальну тривожність, або поточні тривожні стани, або більш конкретні реакції. Єдиним методом, що дозволяє розділити тривогу на окремі ознаки і стани, є техніка, запропонована Ч. Спілбергом.

Тест включає дві підшкали, кожна з яких містить 20 тверджень (Додаток Г). Опитуваний має обрати одну з чотирьох відповідей, довго не задумуючись, в залежності від частоти виникнення відповідного стану в поточний момент.

Перша підшкала – це шкала стану тривоги (ситуаційна тривога), яка оцінює поточні стани тривоги шляхом вимірювання того, як респонденти почуваються «зараз», використовуючи суб'єктивні відчуття страху, нервозності, напруги, занепокоєння та порушення роботи вегетативної нервової системи. Ситуативна або реактивна тривога як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, тривогою, стурбованістю, нервозністю. Цей стан є емоційною реакцією на стресову ситуацію, що змінює інтенсивність і динаміку з часом.

Друга підшкала – особистісної тривожності – оцінює відносно стабільні сторони особистості, її схильність до занепокоєння, оцінює відчуття спокою, впевненості в собі, стан безпеки. Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, яка відображає тривожні тенденції суб'єкта, в тому числі схильність розглядати досить широкий спектр «фонових» ситуацій як загрози і відповідати на кожен з них певною відповіддю.

Особистісна тривожність є конституційним обмеженням, яке визначає схильність сприймати загрозу в різних ситуаціях. За високої особистісної тривожності кожна з цих ситуацій може бути стресом для індивіда і викликати у нього сильну тривогу. Особистісна тривожність як риса активізується, коли певні стимули сприймаються людиною як небезпечні (включаючи самооцінку). Люди, які підпадають під категорію високої тривожності, як правило, сприймають загрози своїй самооцінці та своєму життю в різних ситуаціях і реагують дуже вираженим станом тривоги.

Якщо STAI показав високий рівень особистісної тривожності серед респондентів, то розумно припустити, що тривожність виникає в різних звичайних ситуаціях. Дуже високий рівень особистісної тривожності безпосередньо пов'язаний з емоційними та нервовими розладами, а також психосоматичними захворюваннями.

За результатами STAI підсумкова оцінка за кожною підшкалою може коливатися від 20 до 80 балів. Чим вищий бал, тим вищий рівень тривожності, реактивної (РТ) чи особистісної (ОТ). Залежно від кінцевої кількості балів, розрахованих за формулою до кожної підшкали, можна оцінити рівень РТ і ОТ наступним чином:

- до 30 балів – низький рівень;
- 31-44 – середній рівень;
- вище 45 – високий рівень [20].

Шкала депресії Бека II (Beck Depression Inventory-II, BDI-II) – модернізована методика діагностики депресивних станів, вперше розроблена

групою науковців на чолі з американським психологом А. Беком у 1961 р. Це класичний опитувальник, що було складено на основі клінічних спостережень, які дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії та найпоширеніших скарг пацієнтів.

Анкета включає в себе 21 категорію симптомів і скарг (Додаток Д). Кожна категорія має 4 твердження, яким дорівнює значення від 0 (симптом відсутній або виражений мінімально) до 3 (максимальний прояв симптому). В сумі можна отримати від 0 до 62 балів – чим нижчий бал, тим кращий стан пацієнта. Потрібно прочитати одразу всі чотири твердження в категорії та обрати один варіант відповіді, який найкраще описує самопочуття протягом останнього тижня, включаючи сьогоднішній день.

Підрахунок загального результату проводиться шляхом простого підсумовування за всіма балами шкали:

- значення до 13 вказують на мінімальну депресію (відсутність або мінімальний прояв депресивних симптомів, психоемоційний стан у нормі);
- значення від 14 до 19 вказують на легку депресію (субдепресія – час приділити собі увагу і за потреби звернутися до спеціаліста по допомогу);
- значення від 20 до 28 вказують на помірну депресію (становить певні перешкоди для нормального життя і може швидко перейти у наступну стадію);
- значення вище 29 (з максимальних 63) вказують на важку депресію (значною мірою загрожує нормальному життю, найнебезпечніша стадія, з якою самотужки впоратися майже неможливо) [63].

Усі наведені методики слід застосовувати в комплексі, використовуючи перевагу однієї методики з метою компенсації недоліків іншої. Діагностика за методиками в комплексі дозволяє фахівцю уявити найточнішу картину.

Власне, емпіричне дослідження психологічної готовності психологів до роботи з онкопацієнтами проходило в кілька *етапів*:

- Етап I – підбір методик і діагностичного інструментарію.

- Етап II – організація та реалізація емпіричного дослідження.
- Етап III – опрацювання результатів емпіричного дослідження.
- Етап IV – аналіз результатів емпіричного дослідження.
- Етап V – рекомендації щодо підвищення психологічної готовності психологів до роботи з людьми з онкозахворюваннями.
- Етап VI – висвітлення висновків.

Відповідно до об'єкта, предмета і мети дослідження мала місце потреба у вирішенні наступних емпіричних завдань:

- Вивчити особливості досвіду роботи психологів з онкопацієнтами.
- Визначити методи боротьби зі стресом, рівень якості життя, тривожності та депресивності досліджуваних спеціалістів.
- Встановити особливості психологічної готовності психологів до роботи з онкотравмою в залежності від їх особистісних якостей.

Опитування було проведено онлайн за допомогою програмного продукту Google Forms, де і було створено опитування. Опитування через Google Forms дозволило протестувати велику кількість досліджуваних за короткий проміжок часу. Програмний продукт дозволяє користувачам створювати і редагувати опитування в Інтернеті, співпрацюючи з іншими користувачами в режимі реального часу. Зібрану інформацію можна автоматично внести в електронну таблицю.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічної готовності психолога до роботи з психологічною травмою людини з онкозахворюванням

В емпіричному дослідженні готовності до роботи з онкопацієнтами взяли участь 90 осіб, які працюють у сфері психології (психологи, психотерапевти, консультанти, коучі тощо). Серед досліджуваних були представники різних вікових категорій (рис. 2.1.).

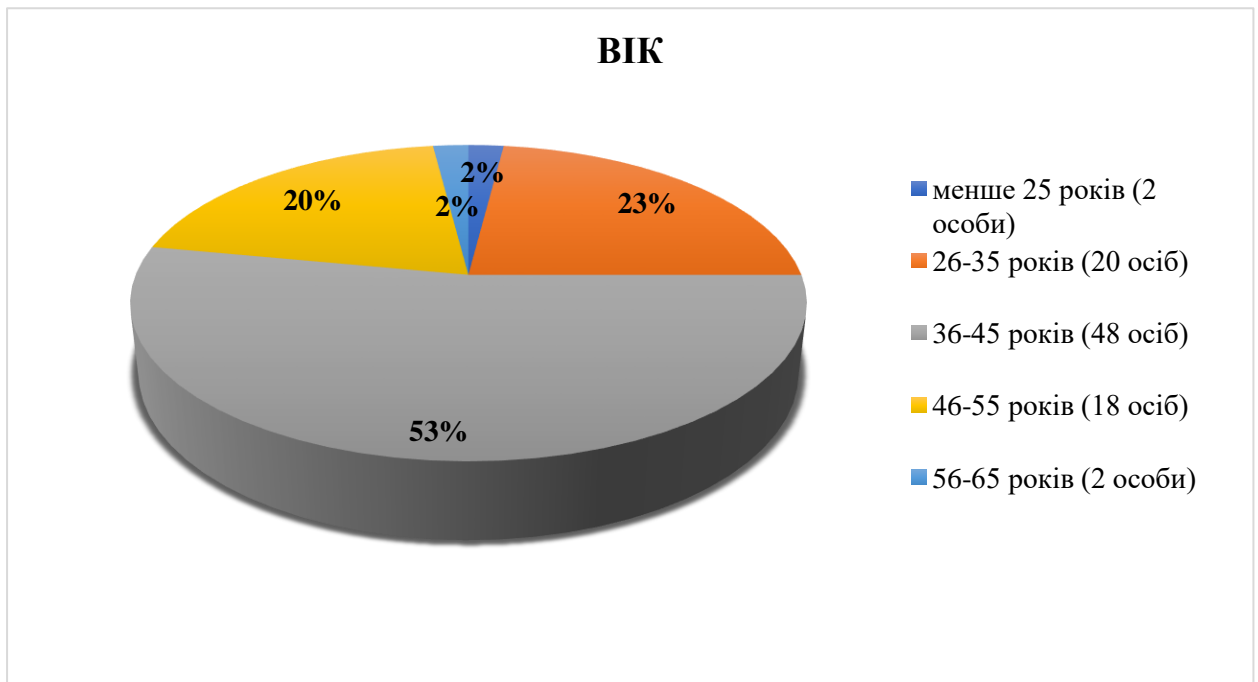


Рис. 2.1. Розподіл досліджуваних за віком, %

До вибірки увійшли досліджувані двох гендерів, проте жінки були в більшості – 74 особи (82%), проти 16 чоловіків (18%). За даними анкети більшість досліджуваних є одруженими (58%).

Аналізуючи дані анкетування було з'ясовано, що учасники дослідження мають різний практичний досвід (рис. 2.2.).



Рис. 2.2. Розподіл досліджуваних за терміном практичного досвіду, %

Згідно даних анкети серед опитаних, які мають власну психологічну практику, є такі, що надають короткострокову (психологічна консультація), середньострокову (психокорекція) та довгострокову (психотерапія) психологічну допомогу, а також ті, що займаються проблемами абілітації, розладів аутистичного спектру (РАС), розладу дефіциту уваги та гіперактивності (РДУГ), затримки психомовленнєвого розвитку (ЗПМР), розумової відсталості (РВ) і проводять тренінги.

Спеціалісти надають психологічну допомогу у найрізноманітнішому форматі: індивідуальні та групові, онлайн/офлайн консультації, парна терапія, у вигляді семінарів і відеокурсів.

Також завдяки зібраному анамнезу було з'ясовано, що досліджувані психологи у своїй практиці використовують різні підходи, серед яких: арт-терапія, звукотерапія, психосоматика, символ-драма, юнгіанство, гештальт-терапія, когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR), біодекодування, схема-терапія, травмафокусована терапія, екзистенційна терапія, сімейні розстановки, транзактний аналіз, гіпнотерапія, регрес, нейролінгвістичне програмування (НЛП), еріксоновський гіпноз, емоційно-образна терапія, нейрокоучинг, прикладний аналіз поведінки (біхевіоризм), психоаналіз.

Досліджуваним, з їх слів, доводилось працювати з різними категоріями клієнтів: дорослі, діти/підлітки, військові, пари, онкохворі, пацієнти з психосоматикою, хворобами шкіри, цукровим діабетом та ін.

Крім того, 66 респондентів серед досліджуваних взагалі не мають досвіду роботи з клієнтами з онкодіагнозом, інші 24 опитаних працюють наразі чи мали раніше досвід роботи з онкохворими (рис. 2.3).



Рис. 2.3. Розподіл досліджуваних за досвідом роботи з онкохворими, %

На запитання «Чи готові Ви працювати з онкопацієнтами у майбутньому?» досліджувані спеціалісти відповіли: «так» – 48 осіб (53%), «ні» – 8 осіб (9%), «не впевнені» – 34 особи (38%). Досліджуваним, які надали негативну відповідь на це питання, було запропоновано прокоментувати свій вибір. Серед пояснень власної позиції були наступні: «не володію достатньою кількістю знань і технік щодо підтримки онкопацієнтів на різних етапах»; «не впевнена в своїй емоційній стійкості»; «не впевнена, чи є зараз ресурс заглиблюватись у нову для мене тему, викликів достатньо і з тим, з чим я вже вмю працювати»; «з урахуванням того, що онкодіагноз набагато складніший за депресію та ПТСР, потребує багато ресурсу терапевта, а також додаткової спеціалізації, якої я не маю, тому не візьмуся за допомогу. А спецнавчання зараз теж не розглядаю, тому що не витягну стан онкохворого за власним ресурсом. І маю таку кількість клієнтів зараз, що працюю «на межі».

Лише 9% психологів вважають, що мають достатньо знань і навичок для роботи з онкопацієнтами і при цьому відчують себе впевнено та комфортно. Натомість, 29% опитаних вказали на обмеженість знань для роботи з онкохворими, але вони залюбки здобули б такі знання. Ще 22% опитаних не проти поновити/покращити такі знання і навички, хоча

вважають свій багаж достатнім. Проте було досить багато респондентів, які категорично не планують роботу з цією категорією клієнтів (18%), а також тих, що наразі не мають ресурсу для здобуття нових знань і навичок, аби працювати з онкохворими (22%).

Серед учасників дослідження були присутні ті, які мали особистий досвід підтримки родичів/друзів з онкодіагнозом, їх 64% (58 осіб), а також ті, які переживають досвід власного онкологічного захворювання – 4% (2 особи проходять активну стадію лікування та 2 особи знаходяться в ремісії).

Для досягнення мети дослідження та виявлення факторів, які впливають на готовність психологів працювати із певною категорією клієнтів, а саме, особами (дорослими) з онкологічним захворюванням на різних стадіях його лікування (діагностика, активна фаза лікування, реабілітація, паліативна стадія тощо), всі отримані в ході тестування дані були оброблені за допомогою ключів, запропонованих авторами методик, і зведені до таблиць, які продемонстровані в Додатках Е, Ж, И.

Результати досліджуваних за методикою BASIC Ph продемонстровані на рис. 2.4.

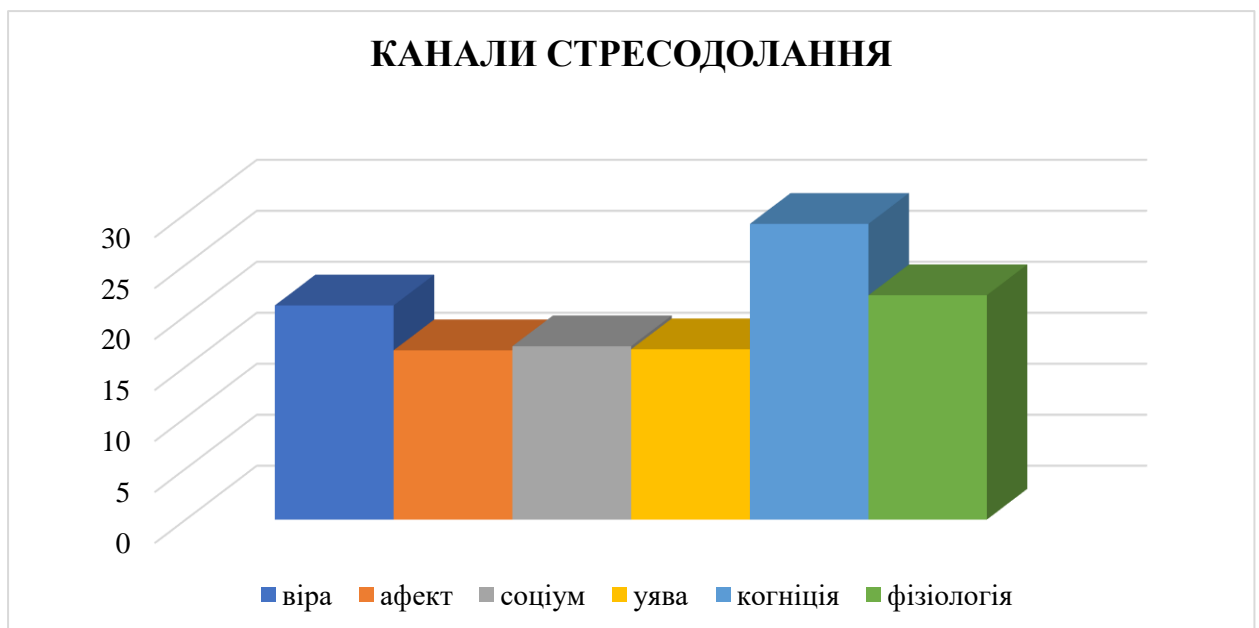


Рис.2.4. Вираженість каналів подолання стресу у досліджуваних, бали

Згідно з поглядом М. Лахада, автором методики, у кожної людини є своя «мова» (досвід) подолання кризи. Загалом є шість каналів подолання стресу, але тільки два з них є домінуючими. Для нашої вибірки такими каналами є когніція (розум) та фізіологія (діяльність).

Отже, учасники дослідження найчастіше вдаються до подолання кризи чи стресової ситуації, використовуючи розумові здібності, вміння логічно і критично мислити, оцінювати ситуацію, використовувати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати інформацію, аналізувати проблему і вирішувати її. Це також включає визначення пріоритетів, порядок вибору альтернатив і розмову із самим собою.

Другим найвикористовуванішим способом подолання кризи у досліджуваній вибірці є залучення тіла до фізичної активності. Цей метод пов'язаний із здібностями нашого організму: слухом, зором, нюхом, дотиком, смаком, відчуттям тепла і холоду, болю і радості, орієнтацією на місцевості, здатністю відчувати себе через внутрішнє напруження і розслаблення. Цей метод включає в себе різні види фізичної активності (спорт і релаксацію), виконання комплексу фізкультурних вправ, ходьбу, фізичне навантаження або роботу, прогулянки на природі, походи в гори, масаж та ін.

Слід також зазначити, що найрідше психологи обирають спосіб подолання через афект. Вони не намагаються яскраво виражати почуття та емоції в стресовій ситуації.

На рис. 2.5. проілюстровано вираженість показників якості життя за методикою NAIF. Згідно отриманих даних досліджувані психологи найбільш задоволені власним фізичним станом: станом здоров'я, фізичною витривалістю, якістю сну та ін. Також досліджувані отримали високий середній бал за шкалою «емоційний стан/сексуальна функції»: вони відчують емоційну підтримку оточуючих, у них відсутні надмірні тривожні переживання та депресивні роздуми, вони вказують на задоволеність власних сексуальних потреб.

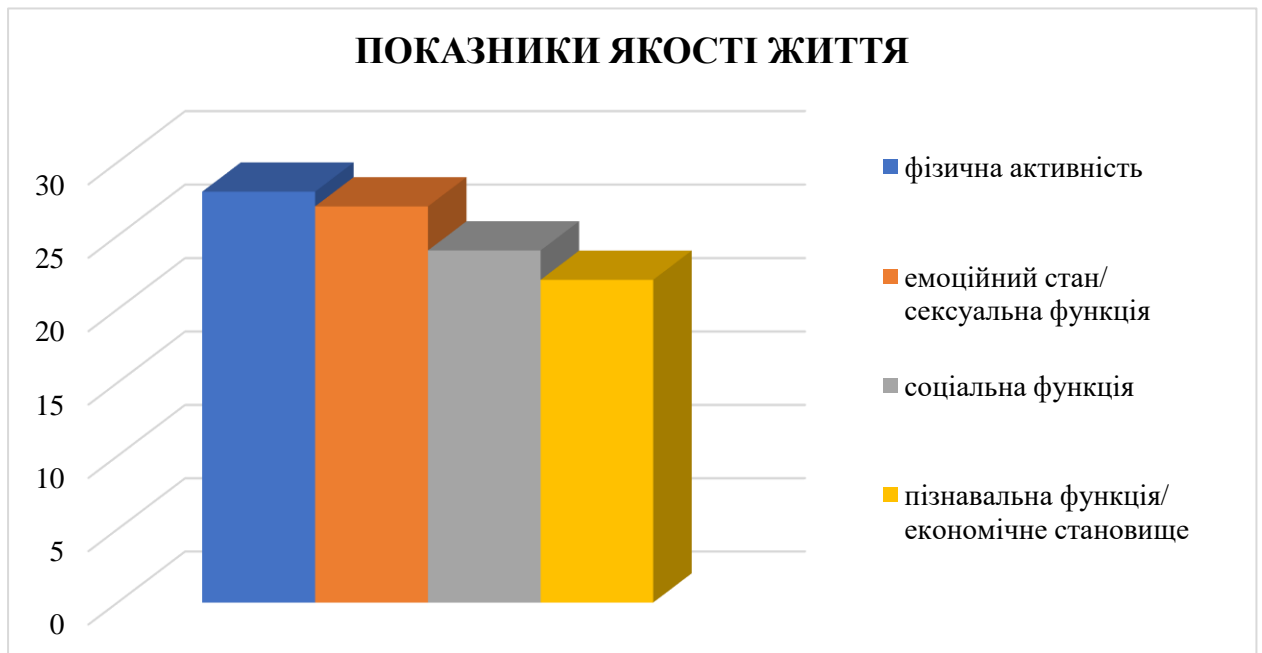


Рис. 2.5. Вираженість показників якості життя у досліджуваних, бали

На рис. 2.6 зображено криву, яка ілюструє розподіл інтегрального показника якості життя в досліджуваній вибірці. Керуючись нормами автора методики, значення, які дорівнюють 100 або близькі до нього, вказують на високий рівень якості життя.

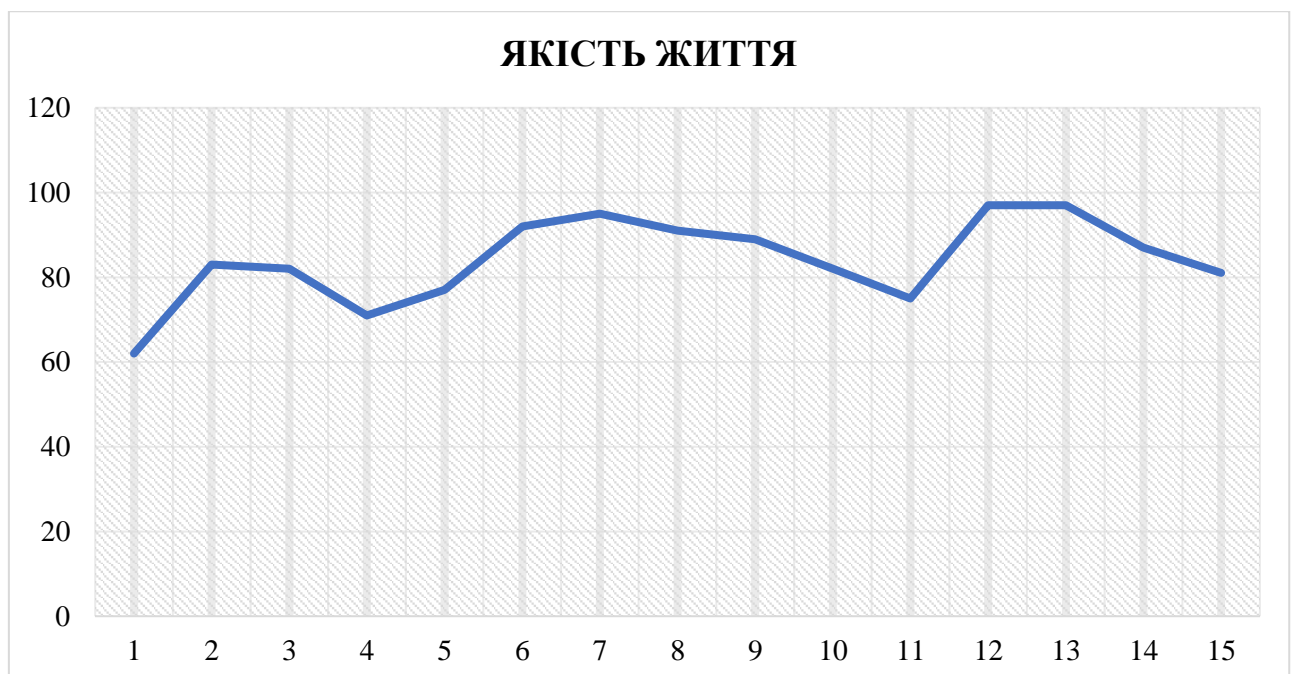


Рис. 2.6. Крива якості життя у досліджуваних, %

Більшість отриманих результатів інтегрального показника якості життя лежить у межах від 70% до 100%, що вказує на переважання високого і вищого за середній рівня якості життя досліджуваних психологів. Вони переважно задоволені власним життям, своїм місцем у житті загалом, у суспільстві та серед колег зокрема, їх задовольняє їх фінансовий стан, професійний ріст і сімейне положення.

Результати за шкалою реактивної тривожності (РТ) відображені на рис. 2.7.

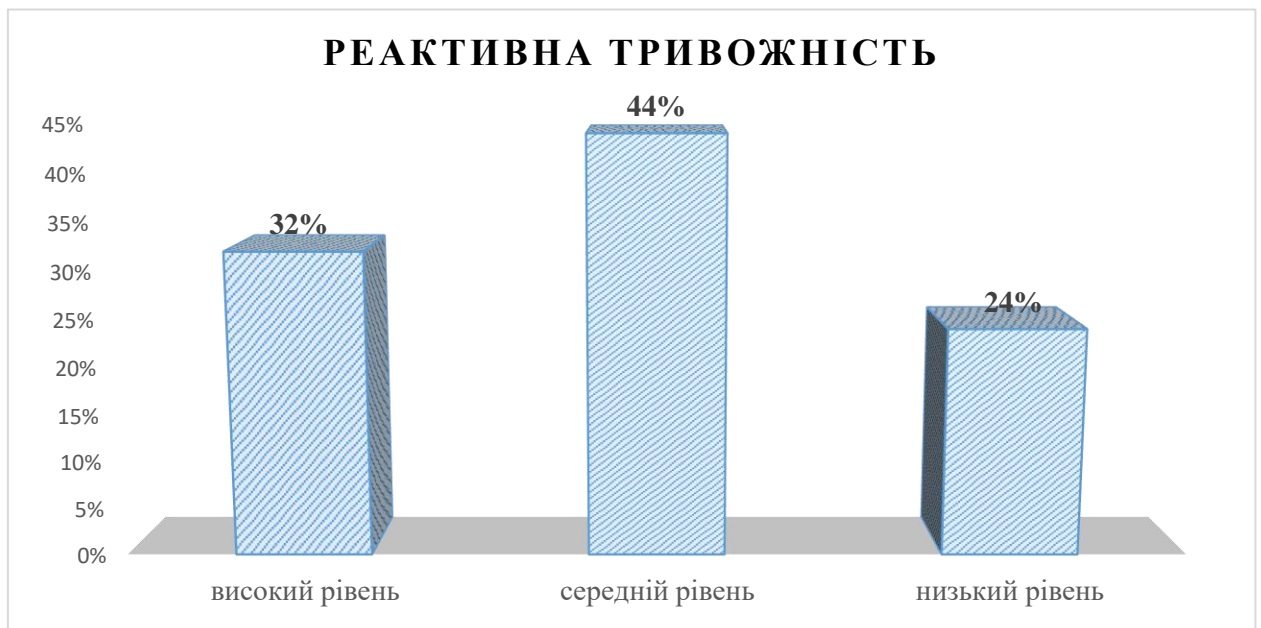


Рис. 2.7. Результати за шкалою реактивної тривожності (РТ), %

Як видно з результатів, представлених на рис. 2.7, у досліджуваній вибірці низький рівень реактивної (ситуативної) тривожності виявлено у 24% (22 осіб). Під час тестування респонденти відчували неспокій, хвилювання, вони були невпевнені в правильності власних відповідей та переживали за кінцевий результат діагностики.

Середній рівень ситуативної тривожності встановлений у 44% (40 осіб). Ці респонденти під час діагностики характеризувалися виваженістю відповідей, розсудливістю та впевненістю у своїй позиції щодо психологічної допомоги пацієнтам з онкодіагнозом.

Високий рівень ситуативної тривожності діагностовано в 32%

досліджуваних (28 осіб). Це вказує на те, що проблематика допомоги онкопацієнтам викликає у них тривогу та хвилювання, їх емоційний стан під час тестування був нестабільним.

Результати за шкалою особистісної тривожності проілюстровані на рис. 2.8.

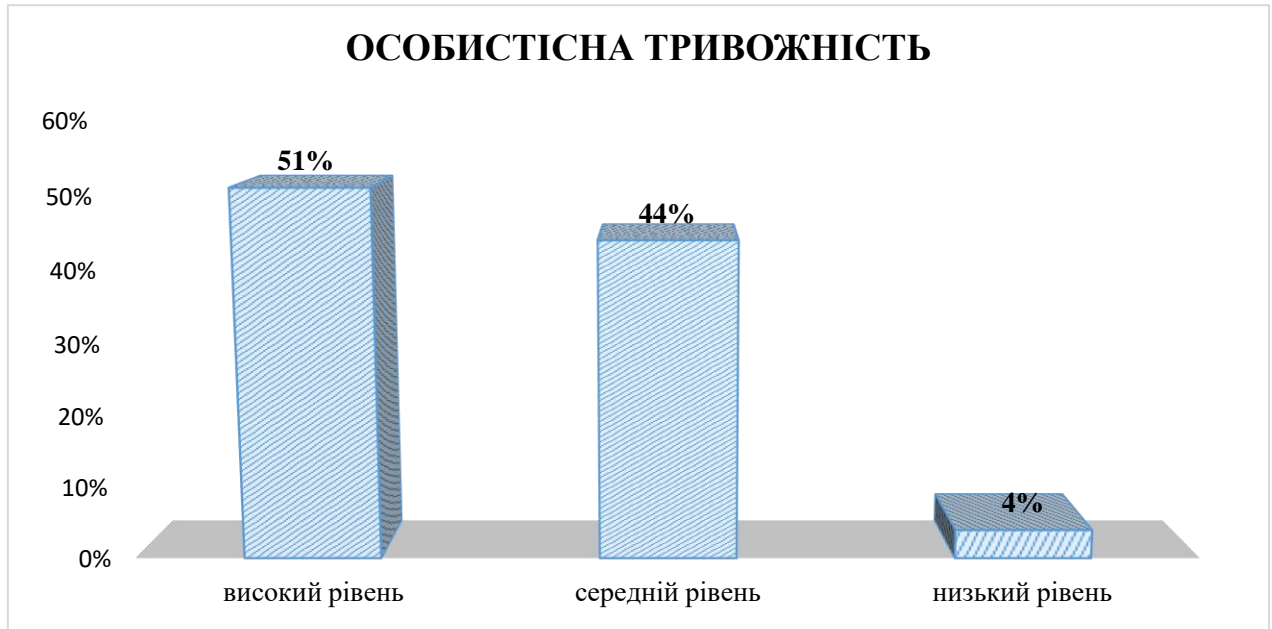


Рис. 2.8. Результати за шкалою особистісної тривожності (ОТ), %

Особистісна тривожність на високому рівні властива 46 досліджуваним, що складає 51% від загальної вибірки. Це свідчить про те, що особистісна тривожність є їх індивідуально-психологічною особливістю, яка проявляється у вигляді відчуття тривоги при очікуванні несприятливих подій і виступає чинником дезадаптації особистості в процесі комунікації. Така тривожність передбачає схильність до появи стану тривоги у респондента в ситуаціях оцінки його компетентності. Люди з високим рівнем тривожності знаходяться у постійному неспокої, турбуються через або з приводу будь-яких дрібниць. Вони чуттєвіші, ніж інші люди, перебувають у постійній напрузі. Особистісна тривожність характеризує стійку схильність респондентів сприймати будь-які ситуації як загрозові. Здебільшого на всі ситуації вони реагують станами тривоги.

Висока особистісна тривожність є показником недостатньої

сформованості гармонійно розвиненої особистості. Тривожність як риса характеру – це песимістична установка на життя, коли воно представляється сповненим загроз і небезпек. Невпевнена в собі, схильна до сумнівів і коливань, боязка, тривожна людина – нерішуча, несамостійна, нерідко інфантильна, надмірно конформна. Ці якості негативно позначаються на її діяльності, зокрема, на навчанні та роботі. У свою чергу, проблеми в діяльності посилюють психоемоційні проблеми, негативний емоційний досвід підвищує і породжує тривожність як рису особистості і тривожну, неспокійну поведінку. Тривожність розглядається як риса особистості, яка має й інші негативні наслідки. Вони полягають, зокрема, в гальмуванні активності людини, спрямованої на досягнення успіхів. Висока тривожність супроводжується зазвичай високорозвиненою потребою в уникненні невдач, що істотно перешкоджає прагненню до успіхів.

44% опитаних (40 осіб) продемонстрували середній рівень тривожності. Помірна тривожність характеризує людей, як таких, що тверезо оцінюють ситуацію, не нервуються через дрібниці, але у складніших ситуаціях вони не залишаються незворушливими. Досліджуваний з помірною тривожністю відчуває себе вільно, впевнений в собі, ніколи не дозволить емоціям керувати собою, здебільшого прагне досягти поставлених цілей, прагне бути щасливим і не зациклюється на невдачах. Проте у критичних ситуаціях людина з помірним рівнем вираженості особистісної тривожності схильна до переживань і розчарувань.

Натомість, низький рівень особистісної тривожності визначений у 4% досліджуваних (4 особи). Це може говорити про те, що цим респондентам притаманне позитивне сприйняття себе, відсутність прагнення до високих досягнень, задоволеність справжнім становищем у житті, почуття комфортності та безпеки навколишнього світу.

Таким чином, рівень тривожності по-різному проявляється у кожного респондента. Найчисельнішою виявилась група респондентів з високим

рівнем тривожності, а найменшою – з низьким рівнем переживання цього емоційного стану.

На рис. 2.9 проілюстровані результати діагностики психологів за шкалою депресії А. Бека.

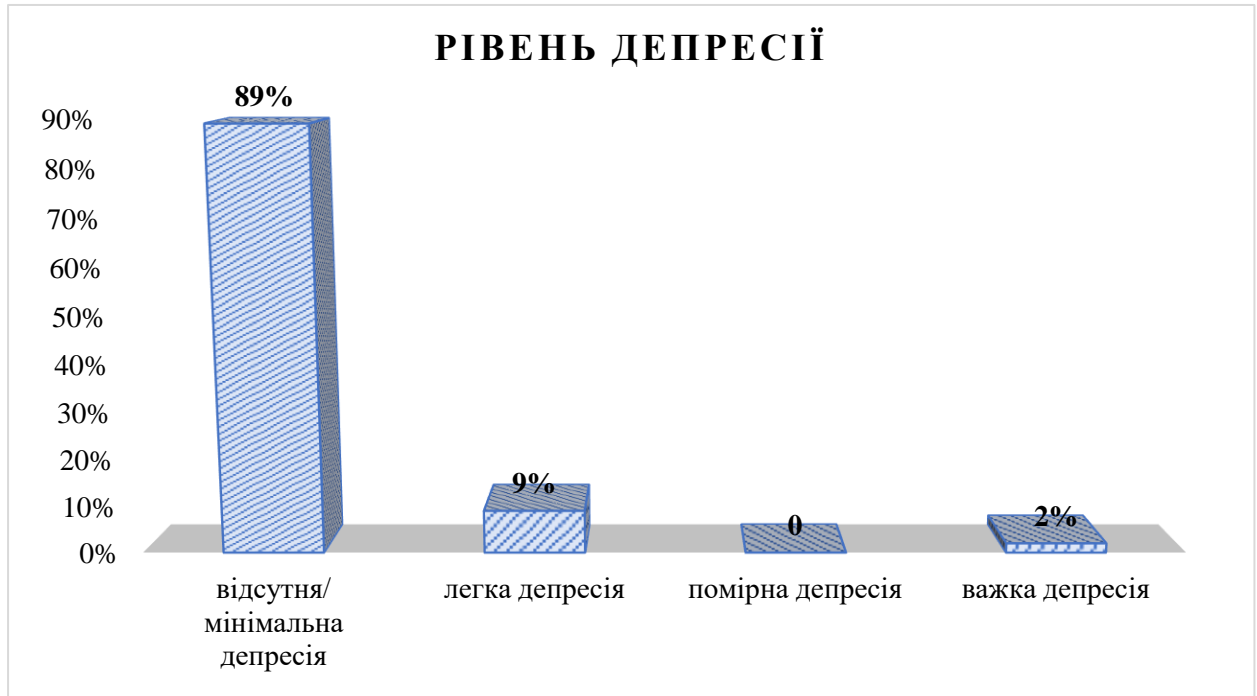


Рис. 2.9. Розподіл досліджуваних за рівнем депресії, %

Отримані дані свідчать про те, що у 89% досліджуваних відсутні будь-які симптоми депресії або вони проявлені мінімально. У 9% опитаних є ознаки легкої депресії або, як її ще називають, субдепресії. Субдепресія має легке чи приховане протікання, людина відчуває апатію, присутні періоди незадоволення життям, поганого настрою, характерна швидка стомлюваність; втрата концентрації; знижений енергетичний потенціал, відсутність мотивації. У такому стані людина продовжує працювати, навчатися, займатися домашніми справами, проте все це не приносить їй задоволення в повній мірі. Клінічна картина присутня, проте вона слабо виражена, переважно проблеми можуть приховуватися за фізичним нездужанням (соматичні прояви: проблеми з кишківником, головні болі та мігрені, тяжкість у грудній клітці), практично не визиваючи психологічних ознак.

В ході діагностики було виявлено 2 особи, які мають ознаки важкої депресії. Важка депресія – це патологічний стан, який щодня погіршує самопочуття людини. Найпоширеніші симптоми тяжкої депресії: безсоння чи надмірний сон, дратівливість, втрата інтересу до занять, які раніше приносили задоволення, постійне почуття безнадійності, нав'язливі думки про щось погане, думки про смерть, самогубство чи спроби самогубства, у дуже важких випадках – психотичні симптоми (галюцинації чи марення), нездатність доглядати за собою (додержуватися гігієни, виконувати сімейні та робочі обов'язки). Депресія також може виявлятися і фізичними симптомами. Приклади фізичних наслідків тяжкої депресії: порушення сну, зміна апетиту, погіршення концентрації уваги, проблеми із пам'яттю, втрата інтересу до сексу. Деякі люди також можуть мати соматичні ознаки тяжкої депресії: відчувати хронічний біль, проблеми із шлунково-кишковим трактом або мати підвищений рівень втоми. Досліджуваним із діагностованим високим рівнем депресії було рекомендовано звернутися за допомогою до фахівця-психіатра, адже такий стан є досить небезпечним для людини.

Наступним кроком дослідження було виявлення тих психологічних чинників, які впливають на готовність психологів до роботи з онкопацієнтами. Для цього ми скористалися статистичними методами обрахунку даних. Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою спеціалізованих пакетів прикладних програм (SPSS 21.0), що забезпечують виконання загальноприйнятих одномірних статистик і багатомірних математично-статистичних методів. Найбільш влучним в цьому випадку, на нашу думку, буде критерій Спірмена. Він є непараметричним, а отже, є менш чутливим до відхилень від стандартних умов і може використовуватися в широкому діапазоні реальних умов. Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена використовується з метою статистичного вивчення зв'язку між явищами. Завдяки критерію можна визначити фактичну ступінь паралелізму між двома кількісними рядами досліджуваних ознак і дати оцінку встановленої тісноти з допомогою кількісно вираженого коефіцієнта.

Спочатку до програми було внесено всі змінні, що були розглянуті в ході психодіагностики. Наступним етапом до програми було внесено індивідуальні показники. Далі для виконання емпіричного завдання та знаходження зв'язку між готовністю психологів до роботи з онкопацієнтами та психологічними чинниками ми обрали необхідну функцію та критерій для обробки індивідуальних показників респондентів.

Отримані кореляції проілюстровано на рис. 2.10 (Додаток К).

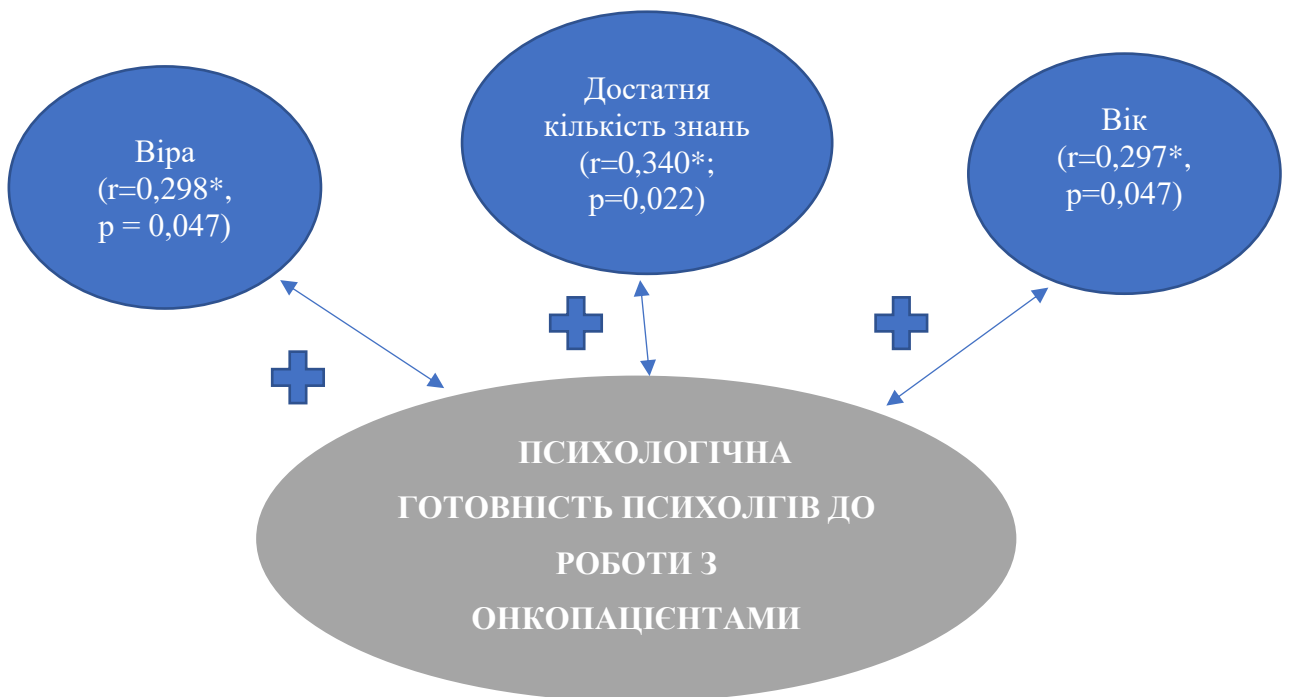


Рис. 2.10. Статистично значимі кореляційні зв'язки (критерій Спірмена)

Таким чином, бачимо, що готовність психологів до роботи з онкопацієнтами має прямий статистичний зв'язок з вірою як способом подолання стресу, віком спеціаліста та багажем накопичених знань і практичних навичок. Кореляції значущі на рівні 0,05.

Далі ми встановили ступінь психологічної готовності психологів до роботи з онкопацієнтами в залежності від характеристики чинника (віра, наявність знань і вік спеціаліста). В цьому випадку ми скористалися непараметричним критерієм Манна-Уїтні. Результати внесено до табл. 2.1 (Додаток Л).

Таблиця 2.1

**Готовність психологів до роботи з онкопацієнтами
в залежності від віку та наявності необхідних знань**

Група	Середнє значення	Значимість
Готовність психологів до роботи з онкопацієнтами в залежності від віку		
До 35 років	19,93	0,049
36-65 років	25,69	
Готовність психологів до роботи з онкопацієнтами в залежності від наявності необхідних знань		
Нема необхідних знань і підготовки	19,21	0,024
Є необхідні знання та є бажання вчитися далі	26,31	

З даних таблиці 2.1 можна зробити висновок, що спеціалісти більш зрілого віку демонструють вищу готовність до взаємодії з важкими переживаннями клієнтів, які мають онкодіагноз, ніж їхні молодші колеги.

Також до роботи з онкопацієнтами більш готові ті психологи, які впевнені у своїх знаннях і вміннях або раніше мали практичний досвід консультування/терапії з цією категорією клієнтів. Цей аспект вказує на професіоналізм досліджуваних, які увійшли до вибірки, оскільки респонденти розуміють, що маючи недостатній багаж знань, можна нашкодити клієнту, що неприпустимо для психолога.

У таблиці 2.2 відображено готовність психологів до роботи з онкопацієнтами в залежності від їх домінуючого способу подолання криз.

**Готовність психологів до роботи з онкопацієнтами
в залежності від їх домінуючого способу подолання криз**

Група	Середнє значення	Значимість
Віра не є домінуючим способом подолання	18,88	0,048
Віра є домінуючим способом подолання	26,60	

В ході статистичного аналізу було встановлено, що найбільш готовими до роботи з онкопацієнтами є ті спеціалісти, в яких домінуючим способом подолання криз є віра. Віра надає впевненості в собі, в своїй місії та силі. Віра у внутрішні можливості людини подолати життєві випробування, здатність до порозуміння, не дивлячись на хворобу, дозволяють психологу бути більш відкритим і готовим зустрітися з переживаннями та стражданнями людей, які зіткнулися з важкою хворобою.

Висновки до розділу 2

Розглянуто компоненти психологічної готовності психологів підтримувати людей, які переживають онкологічне захворювання. Вказано на аспекти, які дозволяють психологу не тільки надавати необхідну допомогу онкопацієнтам, але й зберігати власну психологічну стійкість і професіоналізм у довгостроковій перспективі. Зокрема, виокремлено емоційну стійкість психолога та його гнучкість до змін в емоційному стані пацієнта, готовність до самопізнання, рефлексії та необхідність обмінюватися досвідом з колегами, брати участь у супервізіях та/або групових консультаціях.

Для досягнення мети дослідження щодо вивчення психологічної готовності психологів до роботи з онкопацієнтами опитано 90 осіб, які є спеціалістами в сфері психології (психологи, психотерапевти, консультанти, коучі тощо). Серед них лише 27% мають досвід роботи з клієнтами, які

переживали онкологічне захворювання, проте 64% – мають особистий досвід підтримки родичів/друзів з онкодіагнозом, а також 4% опитаних переживають власний досвід онкозахворювання.

Серед опитаних психологів 53% готові працювати з онкопацієнтами у майбутньому, проте лише 9% з них вважають, що мають достатньо знань і навичок для роботи з цією категорією клієнтів і відчують себе впевнено і комфортно при цьому. Ще 22% і 29% психологів вважають свої знання та навички, відповідно, достатніми чи недостатніми, але охоче б вдосконалили існуючі або здобули нові – для роботи з онкохворими.

Встановлено, що учасники дослідження найчастіше вдаються до подолання стресової ситуації, використовуючи розумові здібності та різні види фізичної активності (спорт і релаксацію). Найрідше психологи обирають спосіб подолання кризи через афект (вивільнення емоцій і почуттів).

Отримано дані про те, що інтегральний показник якості життя досліджуваних знаходиться у межах 70-100%, що вказує на переважання високого і вищого за середній рівня якості життя.

Виявлено рівні реактивної та особистісної тривожності досліджуваних. Зокрема, низький рівень реактивної тривожності виявлено лише у 24% осіб, у 44% респондентів встановлений середній рівень ситуативної тривожності, а у 32% – високий. Особистісна тривожність на високому рівні характерна 51% опитаних, на середньому – 44%, а на низькому – лише 4% респондентів.

Отримано дані, які свідчать про те, що у 89% досліджуваних психологів відсутні будь-які симптоми депресії. У 9% опитаних є ознаки легкої депресії, 2% – мають ознаки важкої депресії.

Встановлено, що готовність психологів до роботи з онкопацієнтами має прямий статистичний зв'язок з: *вірою як способом подолання стресу* ($r=0,298^*$, $p=0,047$), найбільш готовими до роботи з онкопацієнтами є ті спеціалісти, в яких домінуючим способом подолання є віра, яка надає впевненості в собі, своїй місії та силі; *віком спеціаліста* ($r=0,297^*$, $p=0,047$),

психологи більш зрілого віку демонструють вищу готовність до взаємодії з важкими клієнтами, які мають онкодіагноз, ніж їхні молодші колеги; *суб'єктивним відчуттям достатності та якості знань і практичних навичок* ($r=0,340^*$; $p=0,022$), до роботи з онкопацієнтами більш готові ті психологи, які впевнені у своїх знаннях і вміннях та/або раніше мали практичний досвід взаємодії з цією категорією клієнтів.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА У ПОДОЛАННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ЛЮДЯМ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

3.1. Психологічні передумови створення програми психологічного супроводу людей з онкологічними захворюваннями

Стрімкий науковий розвиток у сфері діагностики і терапії онкологічних захворювань, починаючи з 1980-х рр., все частіше з рівняння «рак = смерть» прибирав «смерть», замінюючи її на «хронічне страждання» або «довготривала ремісія». Однак частина пацієнтів від початку має поганий прогноз, їм залишається небагато часу на життя. Якщо узагальнювати, то онкопацієнти стикаються з тривалим процесом лікування, буттям з хворобою, екзистенційною невпевненістю. Теми смерті та кінечності життя людини стають все більше присутніми у публічному просторі, оскільки у суспільстві, що стрімко старіє, зростає кількість онкологічних захворювань.

Сьогодні суспільство уважно слідкує за медичним прогресом, відповідна інформація розповсюджується багатьма організаціями – від міжнародних установ охорони здоров'я до пацієнтських груп взаємодопомоги. Одночасно створюється дистанція до страждань евфемістичними виразами нахшталт: «Смерть – частина життя» або «Кожен має померти». Такі вирази звучать спустошуюче, зверхньо або навіть недружньо для пацієнтів перед лицем їх тілесних страждань і психічних «катастроф».

Багато психологів і психотерапевтів, навіть досить досвідчених, не наважуються працювати з онкохворими через внутрішню тривогу. Тема раку і пов'язаної з ним смерті здається зовнішньо добре знайомою, але внутрішньо – дуже далекою. Така роздвоєність між теоретичними знаннями та афективними реакціями уникнення, витіснення і заперечення призводить до того, що спеціаліст, часто переживаючи інтенсивні почуття, відмовляється

від роботи зі «складним» клієнтом через страх теми смерті, страх власних реакцій, страх не витримати і не пройти шлях разом із онкопацієнтом до кінця.

«Розвага людини, як каже Паскаль, – в її повсякденній діяльності та в її веселощах – це відчайдушна спроба заперечення екзистенційного страху. Те саме стосується й спроби філософів для реальності, що проходить, спорудити в якості основи автономну, постійну систему, яка була б діючою завжди. Або ж спроби мистецтва побудувати поряд із реальною, кінцевою дійсністю якусь більш високу, безсмертну дійсність. Сартр, Хайдегер, а також Фройд підкреслюють, що лише постійне утримання смерті в свідомості надає людині здібності проживати своє життя на повну».

Наведена вище цитата нагадує про середньовічний вислів «memento mori» (лат. «пам'ятай про смерть») як про постійну усвідомлену конфронтацію та внутрішню боротьбу з цим екзистенційним фактом.

Так, онкопацієнти вчать нас тому, наскільки порожніми до неможливості формулами є вислови про те, що смерть належить життю. Ні, смерть – це для пацієнта, для нас усіх – це кінець життя. Усвідомлення цього факту та внутрішня конфронтація з ним – це надважка психічна праця. У найкращому випадку ця праця приводить до відповідей, які можуть виводити зі спіралі страху та заперечення і, таким чином – до наповненого життя. Одночасно, немов за спиною будь-якого усвідомлення, виникає змова проти цих фактів. Смерть перманентно заперечується підсвідомо, а власне існування розглядається як безсмертне, неруйнівне [65].

При онкологічному захворюванні відбувається злиття тілесних змін з екзистенційною загрозою, що переживається психічно. Основні обтяжуючі моменти нашого існування – непередбачуваність, підступність, безсилля та безпорадність – внаслідок онкозахворювання фокусуються травматичним чином. Цілісність тіла, душі та духу переживається і розпізнається у вимірі загрози і знищення [58].

Отже, психотерапевтична робота з онкологічними, важкохворими або помираючими пацієнтами представляє собою наближення до цього нестерпного факту, до екзистенційного скандалу, і вона пов'язана з можливістю найкращого психічного рішення – як індивідуально для клієнта, так і для терапевта. У цьому сенсі надважливо знайти і використовувати внутрішні ресурси для подолання психологічної травми, відновлення і посттравматичного зростання. Універсальна багатовимірна модель «Зустрічі зі світом» ізраїльського професора психології, травмотерапевта М. Лахада – дієвий практичний інструмент для пошуку внутрішньої стабільності та подолання стресу.

Знайомство М. Лахада з концепцією стійкості розпочалося задовго до вибору психології як своєї професійної сфери. До 20 років він служив у військово-повітряних силах Ізраїлю, брав участь у бойових діях, втрачав друзів, підтримував родини військовополонених. Його досвід включав службу під керівництвом командира, який, попри значні втрати літаків і пілотів, мав залишатися прикладом емоційної стійкості та надії, а також проведення вихідних у центрі ідентифікації військовополонених і участь у реабілітації ветеранів. Усе це дало М. Лахаду практичне розуміння механізмів копінгу та стійкості ще до початку професійного вивчення цих понять. Після завершення служби М. Лахад вирішив здобути психологічну освіту і в 1975 році приєднався до першого в Ізраїлі проекту допомоги родинам загиблих на війні. У рамках цього проекту він спостерігав різноманітність реакцій людей на горе і втрату.

У 1979 році М. Лахад разом із дружиною переїхали на північ Ізраїлю, де вони волонтерили у зоні, що перебувала під постійними обстрілами з боку Лівану. Він очікував масового звернення місцевих жителів за психологічною допомогою через травматичний досвід. Проте, на його подив, більшість дорослих і дітей, незважаючи на багаторічну реальність війни, обстрілів і терористичних атак, мали ознаки травматизації, але продовжували жити більш-менш звичайним життям.

М. Лахад вирішив дослідити, як саме людям вдається справлятися з довготривалим стресом у зоні постійних бойових дій. Разом із колегами він провів опитування 300 дітей і 400 дорослих, зібравши сотні відповідей про стратегії подолання стресу в цій надскладній ситуації. У сільській місцевості, де здійснювалося дослідження, не було комп'ютерів, тому, як зазначав сам М. Лахад, довелося покладатися на «найстаріший комп'ютер, створений богом, – мозок», годинами класифікуючи відповіді вручну. У результаті дослідники змогли систематизувати зібрані дані та виділити шість основних способів, за допомогою яких люди долають тривалий стрес. Ці способи стали основою моделі BASIC Ph.

На той час дослідження психологічної стійкості, або резильєнтності, були практично відсутні. Основна увага наукової спільноти зосереджувалася на патологіях і відхиленнях від норми, тоді як дані про те, як люди виживають і адаптуються до довготривалого стресу, не існували. Модель BASIC Ph, запропонована М. Лахадом, виявилася новаторською та спочатку викликала певне здивування і скепсис серед колег-науковців. Проте, десятиліття подальших досліджень і практичного застосування цієї моделі в Ізраїлі та інших країнах переконали автора в її цінності. М. Лахад стверджує, що орієнтація на розвиток психологічної стійкості як ключового чинника процвітання, а не лише відсутність патологій, є правильним і перспективним підходом.

Отже, BASIC Ph – модель, яка фокусується на природніх механізмах подолання стресу. Вона складається із шести елементів стійкості, комбінація яких формує унікальний для кожної людини стиль подолання труднощів: В (Belief & values) – віра, переконання, цінності, філософія життя; А (Affect) – розуміння та вираження емоцій і почуттів; S (Socialization) – соціальні зв'язки, соціальна підтримка, соціальна приналежність, спілкування); I (Imagination) – уява, мрії, спогади, творчість, почуття гумору, мистецтво та ремесла; C (Cognition, thought) – розум, пізнання, когнітивні стратегії, логічне, критичне й аналітичне мислення, саморефлексія; Ph

(Physical) – фізична активність, тілесні практики, тілесні відчуття: слух, зір, смак, нюх і дотик.

У статті «Від жертви до переможця: розроблення моделі копіngu та стійкості BASIC Ph» М. Лахад пише, що кожен із нас має особливий механізм копіngu – індивідуальний спосіб «зустрічатися зі світом». Він формується під впливом нашого виховання, життєвого досвіду й генетичних факторів. Але важливо знати, що більшість людей використовує більше, ніж один елемент моделі, і багато хто має добре розвинені три-чотири елементи. Для пояснення того, як саме ми користуємося різними елементами моделі для подолання життєвих труднощів, автор вживає метафору мов. У кожного з нас є:

- Проявлена мова (apparent language) – ті елементи моделі, які ми усвідомлено використовуємо для подолання труднощів.
- Забута мова (forgotten language) – елементи, які нам наразі не доступні, але їх можна розвинути.
- Побічна мова (adjacent language) – елементи, які ми використовуємо, але не усвідомлюємо [72].

Наприклад, якщо ви товариська людина, і у складні періоди життя вам необхідно бути поруч з іншими людьми, це вказує на те, що «проявлена мова» – це елемент S (Social). Водночас ваша «забута мова» може бути представлена елементом C (Cognitive). У такому разі, коли потрібно самостійно оцінити ситуацію та знайти рішення, ви можете відчувати розгубленість і не знати, як діяти.

Інший приклад – коли людина ділиться жахливими історіями, які викликають сильні емоції, але на вашу реакцію, наприклад, «це дуже сумно», відповідає: «Сумно? Не знаю. Я думаю, що...». У цьому випадку її «проявленою мовою» є елемент C (Cognitive), що демонструє схильність до аналізу й раціонального мислення. Емоційний аспект A (Affect), який для вас є природнім, може бути для неї «забутою мовою».

«Побічна мова» – це те, що людина використовує несвідомо, не помічаючи цього. Наприклад, якщо людина описує свій досвід за допомогою яскравих метафор, це свідчить про активне використання елемента І (Imagination). Проте вона може навіть не усвідомлювати, що її творчість і багата уява є важливим ресурсом. Усвідомлення та розвиток цієї мови може значно посилити здатність людини до подолання стресу та сприяти формуванню стійкості.

Кожен із нас може використовувати всі шість елементів. Їх можна розвивати як в терапії, так і в профілактичній роботі, і це не змінить вашу особистість, лише розширить діапазон способів долати стрес і бути стійкими.

Невдовзі після створення та презентації моделі BASIC Ph М. Лахад розробив першу в Ізраїлі програму профілактичної допомоги для вчителів і дітей, які перебували під тривалими атаками. Він став співавтором трьох ключових книг ізраїльської системи психічного здоров'я та освіти, які присвячені подоланню стресу і криз. Ці видання, відомі як «книги життя», містять практичні рекомендації щодо подолання травматичних подій, стихійних лих і техногенних катастроф на рівні окремих осіб, родин, груп та організацій.

У 1980 році, на запрошення Міністерства освіти Ізраїлю, М. Лахад очолив проєкт із впровадження практик розвитку стійкості в освітню систему Північного Ізраїлю. Згодом цей проєкт перетворився на незалежну організацію «Громадський центр профілактики стресу», яка працює вже понад 40 років.

Окрім моделі BASIC Ph, М. Лахад розробив протокол лікування психотравми SEE FAR CBT, який активно використовують психіатри та психотерапевти по всьому світу. Його методики викладаються в університетах Європи, США та Японії. Він є автором 35 книг і лауреатом міжнародних премій, зокрема, нагороди від ВООЗ за гуманітарну діяльність у зонах стихійних лих. З початком повномасштабного вторгнення в Україну М. Лахад долучився до навчання українських фахівців у сфері ментального

здоров'я, передаючи свій багаторічний досвід роботи з травматичними подіями та стійкістю.

М. Лахад зазначає, що не може стверджувати, чи ці риси характерні для всіх українців, але в українських психологах, з якими він працював як тренер, він побачив кілька ключових ознак стійкості:

- Щедрість, яка є важливим механізмом подолання стресу. Щедрість виявляється не лише у ставленні до інших, а й у вмінні бути щедрим до себе. Це означає здатність дати собі те, що допоможе зберегти життєву енергію та відчуття себе живим.

- Розрада, яку українці знаходять у традиційних піснях і музиці. М. Лахад підкреслює, що ця особливість є далеко не в кожній культурі, але українські пісні, які співають у гурті, справили на нього глибоке враження. Навіть не розуміючи української мови, він відчув у цих мелодіях щось дуже знайоме – спогади про рідну землю, народну пам'ять. Їхній спокійний, подекуди сумний тон і стабільний ритм дають відчуття плину життя та заспокоєння.

- Уважність і відкритість до інших. Українські психологи, за його словами, дійсно хочуть допомагати. У своїй роботі з представниками інших пострадянських країн М. Лахад зазвичай помічав повільність у сприйнятті його творчих методів та втрату природньої здатності до творчості й уяви. Проте українські фахівці вразили його відкритістю до нового та здатністю швидко адаптуватися до інновацій.

- 4. Чітке відчуття сенсу у своїй роботі. Українські психологи мають глибоке внутрішнє переконання та відчуття відповідальності за творення добра для інших, що надає їхній діяльності особливу значущість і силу [37].

3.2. Програма психологічного супроводу людей з онкологічними захворюваннями в процесі подолання психологічної травми

Психологічна допомога людям із онкозахворюваннями полягає, насамперед, у супроводі в подоланні ними психологічної травми. Тобто психолог має допомогти онкохворому пройти всіма етапами – від психотравматичного шоку до прийняття і посттравматичного зростання. Крім того, можливе повторне переживання всіх етапів прийняття на кожній новій стадії лікування або новий цикл – через рецидив онкозахворювання. У цьому сенсі перед психологом постає дуже важливе завдання – навчити клієнта розрізняти свої психологічні стани і надавати самопомогу завдяки власним внутрішнім ресурсам.

Тому в основу авторської корекційної програми «Пошук ресурсів для людей з онкологічними захворюваннями» покладено саме ресурсорієнтовану модель стресодолання BASIC Ph, яку створив всесвітньо відомий фахівець із вивчення психологічної травми М. Лахад, що фокусується на внутрішніх механізмах людини у подоланні стресу, криз і будь-яких життєвих труднощів.

Більшість людей використовує три-чотири з шести елементів моделі BASIC Ph. Але що більше з цих елементів ми здатні використовувати, то більшу стійкість можемо розвинути. Отже, кожен з нас може використовувати всі шість елементів стресостійкості. Власне, розвинути раніше не використовувані елементи можна за допомогою терапії, зокрема, групової, коли учасники, об'єднані загальним запитом, переймають досвід один одного і, таким чином, мають змогу розширити діапазон власних способів долати стрес і бути стійкими.

Програма «Пошук ресурсів для людей з онкологічними захворюваннями» передбачає груповий формат терапевтичної роботи з онкохворими (10-12 людей) впродовж 10 зустрічей (1-2 рази на тиждень), в результаті якої кожен з учасників має визначити ті внутрішні ресурси, що активно використовуються ним для проживання травматичного досвіду, а

також ті ресурси, що він досі не використовував або використовував недостатньо, віднайти варіанти розширення власного арсеналу способів подолання стресу з досвіду інших учасників.

План зустрічей у рамках корекційної програми «Пошук ресурсів для людей з онкологічними захворюваннями» наступний:

1. Ресурсорієнтовна модель стресодолання BASIC Ph і метафоричні асоціативні картки (МАК) «Соре».
2. Вправа «Двері, що обертаються» («Перепони і ресурси») із МАК «Соре».
3. Елемент моделі «В» як ресурс «Віра».
4. Елемент моделі «А» як ресурс «Почуття».
5. Елемент моделі «S» як ресурс «Соціум».
6. Елемент моделі «I» як ресурс «Уява».
7. Елемент моделі «C» як ресурс «Розум».
8. Елемент моделі «Ph» як ресурс «Діяльність».
9. Вправа «Казкотерапія за моделлю BASIC Ph» (шестисекторний малюнок за принципом безперервності).
10. Підсумки і зворотній зв'язок.

На *першій зустрічі* психолог знайомить учасників з планом корекційної програми, розповідає про модель BASIC Ph та історію її виникнення, проводить тестування для виявлення основних і другорядних стратегій стресодолання кожного учасника.

Так, у кожної людини є шість каналів подолання стресу, при цьому домінуючими є лише декілька з них. Тест BASIC Ph дає розуміння, які канали розвинуті краще за інших, а які варто ще розвивати. Він містить 36 тверджень (по 6 – до кожного каналу стресодолання), кожне з яких необхідно оцінити за частотою використання. Результат тесту показує, яку частину ресурсів, що є в наявності, слід ефективно використовувати у подоланні стресової ситуації, а до якої частини ресурсів, що не проявлені чи дуже

слабкі, слід звернутися для того, щоб посилити адаптивні функції власної психіки.

Для того, щоб активізувати підсвідоме учасників і в легкій ігровій формі ближче познайомити їх із наявними ресурсами стресодолання, *друга зустріч* корекційної програми присвячено роботі з метафорично-асоціативними картками (МАК) «Соре». Вправа «Двері, що обертаються» (авторка: О. Аялон) дозволяє сконцентрувати увагу на факторах, що заважають учасникам при вирішенні проблеми, а також на таких, що сприяють мобілізації сил для подолання кризи.

МАК «Соре» («Подолання») використовують для подолання кризових ситуацій та зцілення їх наслідків. Життя постійно вимагає від людини вміння справлятися з різними кризовими ситуаціями. Зазвичай для цього вистачає звичних життєвих навичок, але в екстремальних умовах (таких, що є загрозливими для життя, здоров'я та особистої цілісності), зокрема, в умовах боротьби із онкозахворюванням, виникає необхідність у пошуках нових способів подолання кризи. Будь-яка кризова ситуація несе в собі не лише загрозу стабільності особистості, але й потенційні можливості для зцілення та духовного росту. Використання карт МАК «Соре» у терапевтичній роботі може допомогти виробленню навичок подолання таких ситуацій.

Авторка МАК «Соре» – доктор О. Аялон, ізраїльська психологиня, яка здобула міжнародне визнання в області зцілення душевних травм. Вона створила колоду, що поєднала культурну спадщину різних народів світу, в історії яких впродовж останнього століття відбулося багато травмуючих подій, таких як війни, стихійні лиха, техногенні катастрофи. Але авторка свідомо не використовує на картках жахливі газетні зображення терактів, насилля і катастроф. Такі зображення, що постійно миготять на екранах телебачення і на газетних сторінках, міцно вкорінилися у нашій колективній свідомості, та будь-яке нагадування про них могло б лише посилити травму. Тому картки зображують травматичні події та емоційні реакції на них у символічному і метафоричному вигляді, хоча деякі з них мають реальні

прототипи. Наприклад, одна картка змальована з фотографії знесиленої жінки в оточенні своїх дітей, які жили у часи Великої Депресії в США, а інша – з картини Пабло Пікасо, яка зображує події в іспанському місті Герніка під час бомбардування нацистською Германією. Разом з тим картки колоди пропонують символи та образи полегшення, заспокоєння, впевненості та зцілення.

Серед 88 карток «Соре» є 6 особливих – ресурсних карток – із зображеннями рук, які символізують життєві стратегії подолання криз. Ці стратегії цілком співпадають із елементами стресодолення в моделі BASIC Ph і мають свою назву – «ЧУДО И ВЫ»:

1. Ч (рос. «Чувства» – почуття) = А (Affect)
2. У (рос. «Ум» – розум) = С (Cognition)
3. Д (рос. «Деятельность» – діяльність) = Ph (Physical)
4. О (рос. «Общество» – суспільство) = S (Socialization)
5. И (рос. «Игра воображения» – уява) = I (Imagination)
6. Вы (рос. «Вера» – віра) = В (Belief)

До початку виконання вправи з картками «Соре» важливо ознайомити учасників з правилами групової терапевтичної роботи загалом і правилами роботи з МАК, зокрема:

- Дотримуйтеся конфіденційності. Не розповсюджуйте особисту інформацію учасників, яку ви можете дізнатися у процесі обміну травматичним досвідом.
- Реагуйте на обрану картку спонтанно, використовуючи більше фантазію, ніж логіку. Намагайтеся уникати довгих монологів, аби надати можливість всім прийняти участь.
- Поважайте інших учасників, дбайте про їх комфорт і безпеку. Учасник має право відмовитися від обраної картки, показуючи її або ні, а також обрати іншу картку без жодних пояснень.

- Цінують інтелект та уяву іншого. Утримуються від інтерпретації та реінтерпретації карток іншого учасника. Немає «неправильних» відповідей або історій.

- Поважайте і цінують точку зору іншого. Не сперечайтесь із інтерпретацією іншого, але ви можете задавати питання для прояснення. Намагайтесь краще зрозуміти один одного і підтримати за можливості.

- Цінують індивідуальність іншого і відмінності один одного. Пам'ятайте, що ви можете бачити і відчувати не те, що бачить і відчуває інший.

Власне процес виконання вправи «Двері, що обертаються» («Перепони і ресурси») наступний. Основні 82 картки колоди «Соре» відкриваються зображеннями догори. Учаснику пропонується обрати шість карток і розкласти їх у наступному порядку:

1. Картка, яка зображує проблему, екстремальний стан або травмуючу подію в його житті, з якими він успішно впорався.
2. Картка, яка зображує, що заважало йому віднайти рішення проблеми.
3. Картка, яка зображує, що допомагало йому віднайти рішення проблеми.
4. Картка, яка зображує, хто заважав йому віднайти рішення проблеми.
5. Картка, яка зображує, хто допомагав йому віднайти рішення проблеми.
6. Картка, яка зображує успішне вирішення проблеми.

За допомогою цих карток учасник розповідає свою історію. А потім, не дивлячись на зображення, розкладає шість карток «ЧУДО И ВЫ» «сорочкою» догори на свої картки у довільному порядку. Перевертаючи по черзі кожну ресурсну картку учасник знову розповідає свою історію, але вже пов'язуючи її частини із певними стратегіями подолання криз (ресурсами стресодолавання) [21].

Корекційну програму, як вже було зазначено, побудовано на вивченні наявних внутрішніх ресурсів стресостійкості та знайомстві з потенційно

можливими елементами, яких ще нема у власному арсеналі за якихось причин. Основну частину цієї програми (*треть-восьма зустрічі*) складає групова робота над написанням терапевтичної метафори, а саме, казки «Шість незабутніх днів». Ідея казки полягає в тому, що психолог «задає тон», а учасники продовжують писати історію про жінку, яка захворіла і шукала в собі внутрішні ресурси для боротьби з хворобою за допомогою мудреця, з яким провела шість днів, виконуючи його завдання на активізацію відповідних ресурсів.

Вступне слово психолога, яке передує написанню терапевтичної метафори: «Уявіть, що одного разу вам до рук потрапив рукопис. Чи то казка, чи то реальна історія... Про жінку, яка важко захворіла, але одужала завдяки лікуванню і ще дечому... Назвемо це «напівмагічними ритуалами». Але, нажаль, деякі сторінки цього рукопису було загублено, і ви, натхненні історією дивовижного одужання, захотіли відтворити втрачені фрагменти і дописати історію повністю».

Далі психолог продовжує: «Жила собі у великому місті жінка. Звичайна жінка на ім'я Надія. Вона мала щасливу родину: люблячого чоловіка, кмітливу доньку, яка навчалася у молодшій школі, та великого лінивого kota, якого всі обожнювали просто за те, що він є. Надія любила свою роботу вчительки англійської мови, тому вранці із задоволенням поспішала до своїх учнів, а ввечері – додому, бо вона також любила затишні сімейні посиденьки за чаюванням, читанням книжок або настільними іграми. Вихідними днями Надія приділяла час своїм хобі – вишукувала нові рецепти приготування смаколиків і втілювала їх у вишукані страви, а також доглядала за домашніми екзотичними рослинами. І все в її житті було добре, аж раптом жінка відчула себе зле. Кожного дня їй ставало гірше, але вона не розуміла причин свого поганого самопочуття, слабкості, запаморочень...

Отже, вона звернулася до свого сімейного лікаря. Лікар призначив аналізи та обстеження. Надія цілий тиждень виконувала інструкції лікаря, а коли всі результати були готові, вона повернулася до нього і почула

невтішний діагноз. Лікар сказав, що хвороба доволі серйозна, тому жінку чекає довтогривале лікування, та він пообіцяв супроводжувати її на цьому шляху, давати необхідні лікарські поради, але успіх лікування буде залежати й від самої жінки – вона має знайти ресурси на боротьбу із хворобою. Жінка здивувалася: «Де ж я їх знайду?». Лікар відповів так: «Ресурси є всередині кожного з нас, але не завжди ми про них знаємо, у складних життєвих ситуаціях часто ми потребуємо сторонньої допомоги. Я знаю, до кого ви можете звернутися за пошуком ресурсів. Це старий професор, який багато років працював у нашій клініці, а коли він почав слабшати і втомлюватися від роботи, він став жити усамітнено у мальовничому місці – на березі лісового озера. Там він безупинно вивчає різні науки і мудрість пращурів. З усіх цих знань у нього склалася власна уява про надзвичайні можливості кожної людини у подоланні тружнощів, тобто про її внутрішні ресурси. І він допомагає тим, хто до нього звертається, віднайти їх. Хтось називає його лікарем, хтось – мольфаром, хтось – найліпшим психологом, а хтось – просто чарівником. До кожного він має свій унікальний підхід». Надія щиро зраділа тому, що почула від лікаря, не зважаючи на сумну звістку про хворобу, і наступного ж дня вирішила їхати на зустріч до старого професора-чарівника».

У продовження психолог пропонує учасникам долучитися до створення казки і написати, як жінка дісталася до професора-чарівника, як виглядало місце, де він жив, як виглядав сам професор, як його звали тощо.

Пряма мова психолога: «Професор уважно вислухав розповідь жінки і сказав: «Я візьмусь навчити тебе, як віднайти власні ресурси, але для цього ти маєш бути наполегливою і дуже уважною до власних відчуттів. Ми проведемо разом шість днів, кожного дня ти отримуватимеш від мене завдання. Якщо ти будеш сумлінно виконувати всі завдання, дослухатися моїх настанов і запам'ятовувати все те, чому я тебе навчатиму, твої внутрішні ресурси обов'язково віднайдуться і не просто назавжди залишаться із тобою, але ти навчишся розшукувати нові та вдосконалювати

існуючі. Повертайся додому, збери необхідні речі, завтра о восьмій ранку я чекатиму тебе біля озера – там почнеться наш перший незабутній день».

Отже, наступного дня жінка і старий професор зустрілися біля озера. Він повів її на прогулянку озером і лісом навкруги свого будинку. Шляхом він розповідав жінці, як працював лікарем, допомагав людям долати фізичні недуги, як потім він усамітнися і почав вивчати, як влаштований внутрішній світ людини, як познайомився із науками філософія та психологія, як дізнався про усі релігії світу та про атеїзм, як із захопленням читав історії чудесних зцілень і людської сили жити попри все. Надія була вражена і захоплена розповіддю настільки, що не помітила як на ліс опустилися сутінки. Професор запропонував повернутися додому, повечеряти і за їжею попросив жінку розповісти, у кого або що вона вірить, яким вбачає для себе сенс життя, пригадати відомих людей, які мали життєву місію, художні твори про надзвичайно трагічні події та їх подолання завдяки силі людського духу».

Психолог пропонує учасникам поділитися з іншими, які вони мають вірування, переконання, цінності, можливо, у когось є власні або девіз, або афоризм, або цитата, які допомагають орієнтуватися у складних життєвих ситуаціях, яким вони впевнено слідують. В продовження казки кожен учасник записує 2-3 твердження (своїх або почутих від інших учасників), які їм найбільше відгукнулися.

Пряма мова психолога: «Після сніданку другого дня професор запросив Надію до свого кабінету. Це була невеличка кімната, заповнена дрібничками: кольорові книжки і журнали на столі, фотографії професора з різними людьми на стінах, витончені порцелянові фігурки і кришталеві вази на полицях. Два глибокі крісли стояли навпроти один одного. Опустившись в одне з них, на яке вказав професор, Надія відчула, яке воно затишне, як м'яко огортає її тіло і запрошує розслабитися в його обіймах. Старець розпочав бесіду своїм спокійним і лагідним голосом, він цікавився, як жінка почувалася в його домі, що її хвилює, чи тривожиться вона, чи вражена

чимось. Надія охоче і щиро відповідала, відчуваючи спокій і безпеку. Професор уважно вислухав, а тоді спитав, чи знає вона, які шість емоцій є базовими, і чи може Надія їх розрізняти і проживати. «Шість базових емоцій: радість, здивування, сум, гнів, страх і огида. Вони притаманні майже всім живим істотам і проявляються певними фізичними ознаками. Почуття – триваліші та глибші за емоції, зазвичай вони мають конкретний живий об'єкт, на який спрямовані, і притаманні лише людині. Кожна людина здатна переживати безліч почуттів, але не кожна вміє це робити правильно». Ці слова звучали для Надії незрозуміло і дивно, вона не мала, що відповісти... Але професор якимось ненав'язливо залучив її до діалогу, в якому з'ясувалося, що деякі почуття жінка насправді не вміє проживати безпечно для себе та оточуючих, деякі – поглинають і перемагають її, а деякі – вона взагалі не дозволяє собі переживати. На цих висновках професор зауважив, що приблизно так, в обговореннях складних почуттів, і відбувається довготривала наполеглива психотерапевтична робота».

Психолог запрошує учасників групи познайомитися із різними емоціями у вигляді гри. Кожному з учасників по черзі психолог пошепки називає одну з емоцій, а учасник має показати її іншим як пантоміму, сценку або будь-яким іншим чином, головне – не називати її вголос. Інші учасники мають вгадувати, про яку саме емоцію йдеться. В ході виконання вправи психолог пояснює, чим відрізняються емоції від почуттів, а також наголошує, що будь-яка емоція є природньою реакцією психіки на певні життєві обставини, а почуття – результатом емоційного досвіду. Отже, не існує добрих чи поганих, нормальних чи ненормальних емоцій і почуттів. Не варто пригнічувати будь-які свої емоції та почуття, набагато краще навчитися розпізнавати їх та виражати і проживати у здоровий спосіб.

Пряма мова психолога: «Третього незабутнього дня після сніданку професор-чарівник запросив Надію приєднатися до групи чоловіків і жінок, які також мешкали в домі, і, як помітила Надія, регулярно проводили з професором час, так само, як і вона. Всі зібралися у великій світлій кімнаті,

де, окрім стільців, які стояли колом, були лише живі квіти, які прикрашали приміщення і створювали затишну атмосферу. Професор запросив усіх сідати і сказав: «Сьогодні ми познайомимося і попрацюємо у груповому форматі. Хтось із вас вже був зі мною на сеансі індивідуальної психотерапії, хтось потрапить пізніше, а зараз – саме час відкрити неймовірну силу групової терапії, дізнатися, як вона допомагає відчутти підтримку і не залишатися наодинці зі своїми проблемами, бути причетним до певної спільноти, в якій всі взаємопов'язані та не байдужі один одному».

Тоді професор запропонував кожному присутньому в колі поділитися своєю історією. Виявилось, що у таких різних зовні мешканців цього дивовижного дому було дуже багато спільного. Всі вони стикнулися із тією ж важкою хворобою, що й Надія, вирішили не складати рук і зробити все можливе для одужання – не тільки лікуватися за настановами лікарів, але й також максимально розкрити свій потенціал внутрішніх ресурсів».

Психолог запитує учасників про їх оточення – родину, друзів, колег на роботі, приятелів, з якими вони займаються приємними чи корисними справами, членів психологічних терапевтичних груп тощо. Після цього психолог просить кожного з учасників записати перелік усіх спільнот, до яких він вважає себе належним (родина, робочий колектив, церква, профспілка та ін.), причетність до яких додає наснаги і відчуття залученості, причетності, єдності та взаємопідтримки.

Пряма мова психолога: «Четвертий день був надзвичайний! До мешканців дому завітали дуже різні, яскраві та надцікаві люди. Кожен з них займався якимось видом творчої діяльності: малював, грав у театрі, писав вірші, танцював тощо. Вони зібрали всіх мешканців дому, розповіли про себе, презентували свої творчі доробки та запросили на майстер-класи всіх охочих. Надії найбільше відгукнулось малювання пастельними фарбами, отже, вона завітала до майстер-класу молодої дівчини, яка сама ніби зійшла з полотна імпресіоніста – такою красивою та ніжною вона була. Майстриня розпочала з того, що показала репродукції картин видатних митців, деякі з

них були досить абстрактними, деякі зображували людей у дивних образах. Картини викликали цікавість і збуджували уяву. В групі відбулася жвава дискусія щодо того, яким був задум художника, яке послання він прагнув залишити прийдешнім поколінням. Надія була здивована тим, яким різним є сприйняття того самого витвору мистецтва у різних людей. Все це так захопило жінку, що отримавши нарешті інструменти для малювання, вона залюбки поринула у власний внутрішній світ і почала переносити на полотно свої приємні спогади з минулого та мрії про щасливе майбутнє. Вийшла дуже яскрава багатошарова фантазійна картина, яка дуже сподобалася самій Надії, молода майстриня відмітила талант жінки, а мешканці будинку ще довго обговорювали глибокі сенси, зображені на полотні, між собою та з професором-чарівником».

Психолог просить учасників розповісти, якою творчістю вони займаються, які хобі мають, які види мистецтва їм подобаються, що допомагає їм поринути уявою в майбутнє, де всі мрії здійснилися, а спогади про минуле – лише приємні. Після обговорення психолог пропонує кожному учаснику записати 2-3 маленькі мрії серед тих, що можна здійснити найближчим часом, наприклад, подивитися прем'єру в театрі, або вдягнути яскраву сукню і прогулятися центром міста, або відвідати нове місто, або навчитися їздити велосипедом.

Пряма мова психолога: «Передостаннього дня одразу після сніданку професор зустрів Надію словами: «Сьогодні ви маєте звернутися по допомогу до свого розуму». Це було доречне зауваження, тому що Надія отримала письмове завдання на декількох аркушах, з яким мала впоратися до вечора. Це були арифметичні рівняння, геометричні задачі, логічні загадки, ребуси, кросворди та багато іншого. Спочатку розв'язання завдань давалося жінці дуже важко, але поступово вона згадувала шкільну програму, підглядаючи деякі теми в інтернеті або питаючи поради в сусідів. Ті завдання, які спочатку здавалися невіршальними, виявилися досить простими. Надія була задоволена собою і відчувала, що добре «розім'яла

мізки». Таким чином сплинув день, настав вечір, і професор-чарівник запросив жінку до розмови. Вони довго спілкувалися, мудрий старець з'ясовував хід роздумів Надії щодо вирішення деяких завдань, зауважував, яким би міг бути інший шлях вирішення того самого завдання. Це була дуже цікава розмова, яка ще більше розширила межі ерудиції Надії. Стомлена, але натхненна, жінка заснула в очікуванні наступного – останнього незабутнього дня».

Психолог пропонує групі інтелектуальну гру: один з учасників отримує папірець із написаним на ньому словом-визначенням, прізвиськом видатної особистості, назвою художнього твору або кінострічки (наприклад, «рефлексія», «академік Володимир Філатов», картина «Поцілунок» Густава Клімта). Не називаючи безпосередньо те, що написано, учасник має описати, пояснити та навести відомі йому факти про об'єкт/суб'єкт таким чином, аби інші учасники його вгадали. Гра продовжується доти, доки всі бажаючі не спробують свої сили хоча б один раз. Потім учасники можуть обмінятися іншими не названими фактами про загадані об'єкти/суб'єкти. Кожен записує собі щось цікаве, про що він хотів би дізнатися більше, дослідивши тему ретельніше.

Пряма мова психолога: «Вранці шостого дня Надію очікували фізичні вправи і тілесні практики. Спочатку була йога на березі озера – було досить незвично застигати у дивних позах, довго сидіти мовчки, зосереджуючись на своєму диханні. Після цього Надія плавала у лагідній воді озера, навіть змагалася у швидкості з чоловіками, виявилось, що жінка досить вправна плавчиня. Потім Надія приєдналася до групи жінок, які повторювали однакові танцювальні рухи, використовуючи спортивне знаряддя у вигляді невисокої платформи. Це було досить важко – встигати за енергійною музикою, не забуваючи послідовність рухів. Але це також було дуже весело! Надії сподобався такий спосіб фізичного навантаження, вона вирішила, що повернувшись додому, буде регулярно відвідувати подібні групові заняття, що поєднують аеробіку і танці. Сповнена позитивною енергією, жінка

відвідала сеанс розслаблюючого масажу і, нарешті, мала змогу перепочити. А після цього на неї та інших мешканців будинку чекала святкова вечера на галявині з чудовим видом на захід сонця. Їжа та напої, якими професор-чарівник частував своїх гостей, були надзвичайними! Здається, Надія ніколи в житті не ласувала такими стравами, поєднання смаків були дуже незвичними, і додали найяскравіших вражень наприкінці цих шести незабутніх днів».

Психолог запрошує учасників групи дослідити тілесний аспект своєї стресостійкості. Група розподіляється на пари, в яких учасники пробують взаємодіяти на тілесному рівні, обмінюючись реакціями. Наприклад, роблять один одному масаж шийно-комірцевої зони, змінюючи інтенсивність рухів і тиск, потискають і погладжують руки, обіймаються. Після вправи учасники обмінюються почуттями, які викликала в них ця взаємодія, а також власними способами знімати психічну напругу за допомогою фізичної активності.

Пряма мова психолога: «От і добігли кінця шість незабутніх днів разом із мудрим професором-чарівником... Жінка відчувала сум, але разом з тим із подивом помічала якусь внутрішню, досі не відому їй силу, цікавість до майбутнього і впевненість у тому, що вона впорається із будь-якими негараздами.

На прощання старий професор сказав жінці мудрі слова, які вона запам'ятала на все подальше життя, як і всі ці шість дивовижних днів: «Життя бентежне. Воно часто підкидає несподівані випробування та неприємні події. Але водночас воно – надзвичайне! Яскраве, радісне, цікаве, дивовижне. Для того, щоб жити своє найкраще життя і не зламатися від його «сюрпризів», саме воно подарувало тобі необхідну силу – внутрішні ресурси, аби опиратися негативним подіям і повною мірою відчувати позитивні. Отже, щоб віднайти власні ресурси, не треба шукати їх «у тридев'ятому царстві, у тридесятому государстві» – треба шукати в собі!».

Натхненна і сповнена ресурсів жінка щиро подякувала мудрому старцю, повернулася додому, а наступного дня пішла до свого лікаря, аби

розпочати лікування. Лікар помітив зміни на краще у поведінці та настрої жінки, йому здалося навіть, що вона змінилася зовні – стала ще красивішою, молодшою, ніби світилася зсередини. Це дійсно була корисна порада – провести шість незабутніх днів із професором-чарівником! Лікар був задоволений і впевнений в успішному лікуванні своєї пацієнтки».

Наприкінці восьмої зустрічі, яка завершує цикл занять із вивчення ресурсів стресодолання, психолог пропонує учасникам пофантазувати, що відбулося далі, як проходило лікування жінки, як змінилося її життя, як вона скористалася настановами старого мудрого професора-чарівника.

Дев'яту зустріч корекційної програми присвячено вправі, яка узагальнює отриманні знання про модель стресодолання BASIC Ph і поєднує їх з навичками сказкотерапії, запрошуючи учасників подивитися на стресові ситуації життя з точки зору принципу безперервності.

Пряма мова психолога: «Життя людини постійно змінюється: ми змінюємо місце проживання, вступаємо до навчальних закладів, створюємо сім'ї, народжуємо дітей. Проте у більшості таких змін ми зберігаємо відчуття контролю, очікуючи, що сьогоднішній день логічно вплине на завтрашній. Ця передбачуваність дозволяє нам створювати різні види безперервностей: соціальну, рольову, історичну, когнітивну та інші.

Безперервність є своєрідною рутиною, яка слугує опорою у складні часи, під час стресу чи травматичних подій. Чим більше у нас таких опор, тим краще ми справляємося зі складнощами. Тому важливо не лише усвідомлювати їхню роль, але й свідомо розвивати та підтримувати ці безперервності. Коли у житті відбувається травматична подія чи сильний стрес, одна або кілька з наших безперервностей можуть перерватися. Наприклад, через війну ми можемо переїхати в інше місто, втрачаючи сімейну безперервність (якщо більше не живемо разом із рідними) чи рольову безперервність (втрата звичної роботи). У такій ситуації можна спробувати відновити ці безперервності, але це часто залежить не тільки від нас і може зайняти багато часу. Що ж робити? Важливо визначити, які

безперервності залишаються стійкими, і спиратися на них. Вони стають тими основами, які допомагають зберігати стабільність і рухатися вперед, навіть у найскладніші періоди життя.

Соціальна безперервність – це наші зв'язки та стосунки з оточенням: родина, одногрупники, колеги, друзі, з якими ми спілкуємося і проводимо час. Вона забезпечує відчуття приналежності, підтримки та стабільності. Однак, якщо ця безперервність порушується, наприклад, через переїзд, втрату роботи чи розрив стосунків, людина може відчувати самотність і безпорадність. Відсутність звичного соціального кола підсилює тривогу і знижує здатність ефективно адаптуватися до нових обставин.

Рольова безперервність пов'язана з нашими життєвими ролями: ми виступаємо дітьми, братами, сестрами, друзями, студентами, подружжям, батьками чи професіоналами у певній сфері. Кожна роль має свої очікування та обов'язки, які формують структуру нашого життя. Якщо рольова безперервність порушується, наприклад, через втрату роботи, розлуку з родиною чи зміну соціального статусу, людина може не знати, що тепер очікується від неї. У таких ситуаціях виникає збентеженість, розгубленість і роздратування. Людина втрачає контроль над ситуацією, не розуміє, що їй робити сьогодні і що очікувати від завтрашнього дня. Це може посилювати відчуття невизначеності, тривоги і навіть спричиняти кризу ідентичності.

Історична безперервність – це наші уявлення про себе, свої цінності та переконання, сформовані протягом життя. Вона ґрунтується на тому, що ми знаємо про себе: наші сильні сторони, здібності, моральні принципи. Наприклад, якщо людина завжди вважала себе сильною і здатною долати труднощі, а внаслідок травматичної події вона раптом втрачає контроль над собою, починає плакати чи злитися, це може зруйнувати її відчуття власної ідентичності. Такий розрив історичної безперервності викликає сумніви у власних силах і нездатність довіряти собі. Людина починає відчувати, все, що вона знала про себе, більше не відповідає реальності, що посилює внутрішню розгубленість.

Когнітивна безперервність або безперервність реальності пов'язана з нашими базовими переконаннями про те, як працює світ. З раннього віку ми засвоюємо правила, які створюють уявлення про те, що світ є логічним і передбачуваним. Наприклад, якщо я поведуся чесно, не порушую законів, то світ має бути справедливим до мене. Однак, коли відбувається подія, яка суперечить цим правилам, наприклад, вторгнення у дім, конфіскація майна чи війна, це руйнує звичне уявлення про весь світ. Людина відчуває, що світ став хаотичним, непередбачуваним і незрозумілим. Відсутність пояснень щодо того, як таке могло трапитися, викликає почуття розгубленості й безсилля.

Сенс вправи «Шестисекторний малюнок» полягає в тому, аби дослідити безперервності в своєму житті, віднайти порушення та спробувати їх відновити. Поділіть аркуш паперу А4 на шість рівних секторів/частин:

1. Перший сектор – це герой вашої історії. Історію можна розпочати словами «жила-була/жив-був...». Героєм може бути будь-хто – людина чи тварина, вигаданий чи існуючий персонаж. Намалуйте його у першому секторі, це і буде першою частиною вашої історії.

2. Другий сектор – місія або задача, яку виконує герой. Намалуйте, яка задача вашого персонажу. Для чого герой живе, що він робить? Наприклад, якщо це єдиноріг – він пече рожеві кекси, якщо супермен – рятує людей, вчений – розробляє щось важливе.

3. Третій сектор – це суперсила вашого героя. Намалуйте, що або хто допомагає персонажу. Це має бути те, завдяки чому/кому герой може виконувати дії, зображені у другому секторі.

4. Четвертий сектор – перешкода на шляху героя. Що/хто заважає персонажу та з чим/ким він бореться? Це можуть бути, наприклад, люди або обставини.

5. П'ятий сектор – як герой долає перешкоду. У персонажа є завдання та навички, але «одного разу щось трапилось». Намалуйте, як він із цим впорався.

6. Шостий сектор – чим закінчується ваша історія. Намалюйте, що відбулося потім, чи закінчується ланцюжок подій, чи продовжується.

Такими є шість частин вашої історії. Розкажіть її за допомогою ліній, форм, символів і зображень. А потім поясніть, що відбувається на папері».

Психологу варто звернути увагу на те, чи є логіка в цій історії. Якщо один сектор не виходить з попереднього або не пов'язаний з наступним, це говорить про те, що є розірвана безперервність. Тоді треба звернути увагу учасника, яка саме, і пошукати способи, як відновити цю безперервність [18].

Авторська корекційна програма психологічного супроводу людей з онкозахворюваннями, спрямована на активізацію внутрішніх ресурсів у подоланні психологічної травми, завершується **десятою зустріччю** – підбиттям підсумків, узагальненням отриманої інформації, зворотнім зв'язком від учасників, обміном почуттями, думками, рефлексіями.

Висновки до розділу 3

Розглянуто виклики, які постають перед онкопацієнтами, зокрема, тривалий процес лікування, екзистенційна невизначеність і тілесні зміни, що провокують глибокі психоемоційні травми, а також важливість подолання внутрішніх страхів, пов'язаних із темою смерті, для психологів, які працюють із онкохворими. Констатовано, що усвідомлення екзистенційної загрози та постійної присутності цієї теми допомагає клієнтам знаходити сенс і внутрішні ресурси для зростання. Окремо акцентовано увагу на тому, що багато психологів і психотерапевтів не наважуються працювати з онкохворими через внутрішню тривогу та інтенсивні почуття.

Зазначено, що в психотерапевтичній роботі з онкологічними, важкохворими або паліативними пацієнтами надважливо знайти і використовувати внутрішні ресурси клієнта для подолання психологічної травми, відновлення і посттравматичного зростання. Наголошено, що важливе завдання психолога – навчити клієнта розрізняти свої психологічні стани і надавати самодопомогу завдяки власним внутрішнім ресурсам.

Розроблено корекційну програму «Пошук ресурсів для людей з онкологічним захворюваннями». В її основу покладено ресурсоорієнтовну модель ізраїльського психолога-травмотерапевта М. Лахада BASIC Ph, яка є результатом багаторічних досліджень стресу і його впливу на психіку та поведінку людей, а також способів, за допомогою яких вони долають наслідки тривалого стресу і пов'язаної з ним психологічної травми. В авторській програмі застосовано наступні психокорекційні інструменти: тест BASIC Ph, вправа «Перепони і ресурси» із метафорично-асоціативними картками «Соре», казкотерапія, вправа «Шестисекторний малюнок» за принципом безперервності. Так, тест BASIC Ph на першому ж етапі дозволяє дослідити наявні ресурси стресодолавання кожного учасника групи, які з ресурсів активно використовуються, а які – можна розвинути. Цей тест є дієвим інструментом для активізації внутрішніх ресурсів, а шість елементів моделі дозволяють створити індивідуальний підхід до подолання стресу, адаптуючи методи до унікальних потреб учасників. Метафорично-асоціативні картки, як проєктивна методика, активують фантазію, допомагають говорити про свій внутрішній світ метафорично і трохи відсторонено, що полегшує роботу зі складними темами. Зокрема, МАК «Соре», створені ізраїльською психологинею-травмотерапевткою О. Аялон саме для роботи з психологічною травмою, дозволяють символічно описати складну життєву ситуацію, а також знайти вихід з неї.

Зазначено, що більшу частину корекційної програми «Пошук ресурсів для людей з онкологічними захворюваннями» складає спільна робота психолога і учасників групи над написанням терапевтичної метафори – казки «Шість незабутніх днів» – яка має на меті вивчити всі наявні в учасників групи стратегії стресодолавання, усвідомити власні ресурси, обмінятися досвідом, переживаннями, надіями та наповнитися вірою у власні внутрішні сили для подолання психологічної травми. Засвоєні навички закріплюються наприкінці програми, поєднавши казкотерапію та модель BASIC Ph у вправі «Шестисекторний малюнок» за принципом безперервності. Вправа дозволяє

дослідити та відновити порушені безперервності, що допомагає учасникам групи повернути відчуття контролю і стабільності.

Отже, авторська корекційна програма «Пошук ресурсів для людей з онкологічними захворюваннями» передбачає 10 зустрічей у форматі терапевтичної групи. Групова робота на основі моделі BASIC Ph сприяє розширенню арсеналу способів подолання кризових ситуацій. Використання ресурсно-орієнтованих підходів дозволяє не лише долати наслідки психологічної травми, але й сприяти посттравматичному зростанню, зміцненню стійкості та поліпшенню якості життя учасників групи. Практичне значення розробленої програми психологічного супроводу людей з онкозахворюваннями базується на сучасних наукових підходах і практичних інструментах, спрямованих на подолання травматичних наслідків онкозахворювання, формування адаптивних стратегій і розвиток особистісного потенціалу онкопацієнтів.

ВИСНОВКИ

Відповідно до мети і завдань дослідження можемо зробити такі висновки:

1. В результаті теоретичного дослідження було виявлено певну непорядкованість і суб'єктивність у визначенні феномену «психологічна травма» серед представників різних психологічних шкіл і напрямків. Крім того, у вітчизняній науковій літературі відсутнє чітке відокремлення термінів «психологічна травма» і «психічна травма». Це обумовлено логікою розвитку вітчизняної психологічної науки, в якій вивчення емоцій, емоційних станів і переживань індивіда проводилось переважно на психофізіологічному рівні, а галузь стійких утворень емоційної сфери досі залишається недостатньо дослідженою. Отже, проблема психотравматизації найбільшою мірою вивчалася у медицині, медичній психології та психіатрії, тому саме представниками медичного напрямку вітчизняної психології найкраще розкрито зміст поняття «психічна травма». Але відсутні узгоджена теоретична позиція, спільні концептуальні моделі та методичні розробки стосовно поняття «психологічна травма», що перешкоджає глибоким і всебічним емпіричним дослідженням цього феномену. Єдине, що можна стверджувати, для понять «психічна травма» і «психологічна травма» спільним є те, що їх виникнення пов'язане, перш за все, з надзвичайними ситуаціями, обставинами життя і подіями, які виходять за межі досвіду особистості, та, як наслідок, болісними переживаннями – відчуттями безпорадності та жаху.

2. Визначено, що процес прийняття хвороби відбувається за шістьма стадіями, яким притаманні певні особливості в психоемоційному стані, що переживає людина з онкозахворюванням: 1) психотравматичний шок – втрата почуття безпеки, стан розгубленості, відчаю, паніки, відчуття безвиході, неадекватне сприйняття реальності, сильний страх, жах; 2) заперечення – запуск захисних психологічних механізмів, анозогнозичне

ставлення до хвороби; 3) агресія – драгівливість, злість, звинувачення зовнішніх обставин, відчуття власної провини, аутоагресія; 4) торг – намагання взяти контроль над ситуацією, відповідальність і зваженість у прийнятті рішень, позитивне ставлення до процесу лікування, витривалість, надія на одужання; 5) депресія – самозвинувачення у погіршенні самопочуття, гіперуважність до сигналів організму, бажання жити «правильно», ризик розвитку клінічної депресії; 6) прийняття (посттравматичне зростання) – асиміляція травматичного досвіду, прийняття хвороби як частини особистої реальності, усвідомлення позитивних змін, переосмислення способу життя. Крім цього, виділено певні психологічні особливості пацієнтів на різних етапах лікування онкозахворювання: 1) діагностичний – тривожно-депресивний синдром, виражена тривога, відчуття безнадії, апатія, психомоторне збудження; 2) госпітальний – зниження інтенсивності переживань, відчуття захищеності, бажання якнайшвидше розпочати лікування; 3) передопераційний – різке підвищення інтенсивності психогенних переживань, бажання відмовитися від лікування, ритуали, стереотипні дії, магічне мислення; 4) післяопераційний – значне зниження інтенсивності негативних переживань, пожвавлення, комунікабельність, оптимізм, поступова поява астено-невротичних симптомів, тривожності; 5) післягоспітальний – фіксація на соматичних відчуттях, виражена тривога, негативні переживання щодо продовження лікування; 6) катамнестичний – прагнення до самоізоляції, негативне ставлення до звичної раніше активності, безпорадність, невизначеність.

3. Встановлено, що для онкологічних хворих властивий ряд клініко-психологічних феноменів («поділу життя», «сортера», «нового початку», «маятника», «екстерналізації психічної напруги», «психологічної індукції», «децентралізації»), що мають різний ступінь прояву у пацієнтів, які знаходяться на різних етапах лікувального процесу, тобто особливості кожного етапу мають безпосередній вплив на формування психологічного стану онкологічних пацієнтів. Так, феномен «поділу життя», тобто різка

зміна психологічного стану у зв'язку із встановленням онкологічного діагнозу, зафіксовано у всіх пацієнтів, які звернулися за протипухлинним лікуванням вперше (Гп), але відсутній у пацієнтів, які звернулися за лікуванням повторно (Гв), та пацієнтів, які отримують паліативну допомогу (Гпал). Феномен «сортера», тобто вибірковість сприйняття інформації на користь менш травмуючої, притаманний майже половині пацієнтів на різних етапах лікувального процесу, але найбільшою мірою – Гпал. Феномен «нового початку», тобто різке зростання позитивних очікувань від лікування, встановлено у переважній більшості пацієнтів Гп, меншої кількості – у Гв і відсутній – у Гпал. Феномен «маятника», тобто коливання психоемоційного стану відповідно до зміни фізичного, проявлено найбільшою мірою у пацієнтів Гпал, майже вдвічі менше – у Гв і ще менше – у Гп. Феномен «екстерналізації психічної напруги», тобто зниження внутрішньої напруги через зміщення відповідальності на зовнішні фактори, однаково незначно виражений у пацієнтів Гп і Гв, але має великий вплив – на Гпал. Феномен «психологічної індукції», тобто співзалежність психоемоційного стану між онкохворим і його найближчим оточенням, також незначно виражений у пацієнтів Гп і Гв, але трохи більше – у Гпал. І, нарешті, вплив феномену «децентралізації», тобто викривлення реальності через концентрування уваги на вторинних, менш значущих ознаках, зовсім незначно спостерігається у пацієнтів Гп, трохи більше – у Гв і притаманний майже половині – серед Гпал.

4. Досліджено психологічну готовність психологів до роботи з людьми, які переживають онкологічне захворювання як психологічну травму за допомогою методик: анкетування; опитувальник BASIC Ph – для вивчення ресурсів подолання стресу, властивих психологам; опитувальник для оцінки якості життя NAIF – для визначення загального психологічного стану і ступеня соціально-психологічної адаптованості психологів; шкала тривожності Ч. Спілбергера і шкала депресії А. Бека – для оцінки психоемоційного стану, зокрема, рівня тривожного та/або депресивного

станів. Виявлено, що лише 27% серед опитаних психологів мають практичний досвід роботи з онкопацієнтами, при цьому 53% респондентів готові працювати з такими клієнтами у майбутньому. Встановлено, що готовність психологів до роботи з онкопацієнтами має прямий статистичний зв'язок з вірою як способом подолання стресу (домінуюча стратегія стресодолавання), віком спеціаліста (36-65 років) і багажем накопичених знань і практичних навичок (впевненість у своїх знаннях і вміннях та/або попередній практичний досвід взаємодії з людьми з онкозахворюванням).

5. Розроблено авторську програму психологічної допомоги «Пошук ресурсів для людей з онкологічними захворюваннями» у форматі терапевтичної групи, що складається з 10 зустрічей за наступним планом: 1) знайомство з інструментами: модель BASIC Ph і МАК «Соре»; 2) вправа «Двері, що обертаються» із МАК «Соре»; 3) написання терапевтичної казки «Шість незабутніх днів» за елементом моделі «В» (ресурс «Віра»); 4) за елементом «А» (ресурс «Почуття»); 5) за елементом «S» (ресурс «Соціум»); 6) за елементом «I» (ресурс «Уява»); 7) за елементом «С» (ресурс «Розум»); 8) за елементом «Ph» (ресурс «Діяльність»); 9) вправа «Казкотерапія за моделлю BASIC Ph»; 10) підсумки програми і зворотній зв'язок від учасників.

Проведене теоретичне дослідження не претендує на остаточний і вичерпний аналіз зазначеної проблеми. Вирішення поставлених завдань виявило широке коло питань, які виходять далеко за межі формату кваліфікаційної роботи, що, власне, й підкреслює надзвичайну перспективність вивчення феномену психологічної травми. В останні роки внаслідок збройного конфлікту, що триває в Україні, проблема травматизації та її наслідків набула надзвичайної актуальності в сучасній психологічній науці. Проте деструктивний вплив психологічної травми на особистість людей з онкологічними захворюваннями залишається недостатньо вивченим. Тому подальше дослідження зазначеної теми вбачається надзвичайно важливим також й з огляду на складність і поширеність онкологічних

захворювань, а отже, необхідність надання психологічної допомоги людям, які стикнулися з цією проблемою. Запропонована авторська програма допомоги з подолання психологічної травми людям з онкозахворюваннями частково вирішує це практичне завдання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ : Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України, 2016. 234 с.
2. Бабкова Я. В. Особливості психологічної допомоги дорослим з хронічною психотравмою. Психологічна допомога: від кризи до ресурсу: Матеріали III Всеукраїнського науково-практичного форуму з нагоди Всеукраїнського дня психолога 21-26 квітня 2020 р. Суми, 2020. С. 5–11.
3. Бичковська О. «Кризи здоров'я» та психосоціальна допомога жінкам із діагнозом «рак молочної залози». Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю: Навчально-методичний посібник. Київ : Національний педагогічний Університет ім. М. П. Драгоманова. Інститут соціальної роботи та управління, 2012. С. 77–91.
4. Гавриловська К. П. Модель BASIC Ph у роботі психолога. Розвиток обдарованої особистості в освітньому просторі: ціннісний вимір. Тези доповідей X науково-практичного семінару 23 квітня 2020 р. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2020. С. 14–15.
5. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
6. Горностай П. П., Титаренко Т. М. Психологія особистості: Словник-довідник. Київ : Рута, 2001.
7. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання: Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: педагогічні та психологічні науки, 2015. № 1 (74). С. 378–390.
8. Гриньова Н., Слободян С. Дослідження психотравм особистості та шляхи їх корекції у форматі позитивної психотерапії: *Психологічний*

журнал, 2019. № 3. С. 42–50.

9. Духневич В. М., Довгань Н. О., Поліщук С. А., Сіверс З. Ф., Цукур О. Г. Готовність до надзвичайної ситуації: виміри конструктивності: Практичний посібник. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2023. 395 с.

10. Євдокимова Н. О., Зливков В. Л., Лукомська С. О. Дорога змін: ефективне спілкування у кризових умовах життя (Путівник із психології для «чайників»). Миколаїв, 2016. 116 с.

11. Євдокимова Н. О., Раткогло О. М. Психологічний статус онкохворої людини. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Том Х: Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. Випуск 34. Київ-Ніжин : Видавець «ПП Лисенко М. М.», 2020. С. 74–83.

12. Завгородня О., Медінцев В., Копилов С., Зливков В., Губенко О., Лукомська С., Степура Є., Депутат В., Котух О. Теоретико-методологічні основи інтеграції психологічного знання: Монографія. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2020. 180 с.

13. Заграй Л. Д. Концептуалізація «Я» і психологічна травма: *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*, 2015. Серія: Психологічні науки. Вип. 128. С. 108–111.

14. Зливков В., Лукомська С., Котух О., Копилов С., Краєва О. Психологічна підтримка онкопацієнтів під час війни: Методичні рекомендації. Київ, 2022. 20 с.

15. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Котух О. В., Мельник О. В. Міжнародний опитувальник травми (ITQ): адаптація україномовної версії та можливості використання для діагностики комплексного і відтермінованого ПТСР. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Том XIV: Методологія і теорія психології. Випуск 2. Київ-Ніжин : Видавець «ПП Лисенко М. М.», 2019. С. 137–145.

16. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика

особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.

17. Ісаєнко С. В. Клінічні та психопатологічні особливості формування та перебігу депресивних розладів та суїцидальної поведінки у онкологічно хворих. *ScienceRise: Medical Science*, 2017. № 9(17). С. 7–10.

18. Ключові тези етеру «Ізраїльська модель подолання стресу Basic Ph: як розвивати стійкість та відновлювати внутрішній ресурс» з Мейрою Сазоною. URL: <https://prosvitcenter.org/library/kliuchovi-tezy-eteru-izrailska-model-podolannia-stresu-basic-ph-iak-rozvyvaty-stiykist-ta-vidnovliuvaty-vnutrishniy-resurs-z-meyroiu-sazonovoiu/>

19. Козляковський П. А. Загальна психологія. Том 2: Навчальний посібник. Миколаїв : Видавництво Миколаївського державного гуманітарного університету ім. Петра Могили, 2004. 240 с.

20. Кокур О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Збірник психодіагностичних методик для професійно-психологічного відбору кандидатів на військову службу за контрактом у Збройних силах України: Методичний посібник. Київ : Видавничий дім «Освіта України», ФОП Маслаков Руслан Олексійович, 2021. 74 с.

21. Колендо-Смірнова А. МАК (метафоричні асоціативні картки) в роботі з травмою: Аудіо/електронна книга, 2020.*

22. Кон Штунц Е., Лінехан М. Діалектична поведінкова терапія для онкологічних пацієнтів: як навчитися керувати своїми емоціями та знайти рівновагу між невизначеністю і надією. Київ : Комп'ютерне видавництво «Діалектика», 2021. 224 с.*

23. Лемак М. В., Петрище В. Ю. Психологу для роботи: діагностичні методики. Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2012. 616 с.

24. Леухіна А. Зовсім не страшна книга. Про життя, смерть і все, що поміж ними. Київ : Дух і літера, 2020. 368 с.

*джерело опубліковано російською мовою

25. Лукомська С. О. Психосоціальні ресурси онкологічних хворих: Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Том XIV: Методологія і теорія психології. Київ-Ніжин, 2019. № 2. С. 220–230.
26. Лукомська С. О. Раціогуманістичні аспекти психоонкології. Раціогуманістичні студії: Збірник наукових статей за матеріалами круглого столу 30 травня 2019 р. Київ, 2019. С. 159–171.
27. Лукомська С. О. Психологічна допомога онкохворим: ресурсна модель. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Педагогіка та психологія сьогодні: постулати минулого і сучасні теорії» 18-19 жовтня 2019 р. Одеса, 2019. С. 49–53.
28. Луппо С. Психологія травмуючих ситуацій: Практикум. Київ : НАУ, 2010, 48 с.
29. Максименко С. Д., Руденко Я. В., Кушнерьова А. М., Невмержицький В. М. Психічне здоров'я особистості: Підручник для вищих навчальних закладів. Київ : Видавництво «Людмила», 2021. 438 с.
30. Марута Н., Панько Т., Явдак І., Семикіна К. Критерій якості життя в психіатричній практиці. Харків : РИФ Арсис, ЛТД, 2004. 85 с.*
31. Мухаровська І. Р. Адаптаційна модель психоонкологічної допомоги як основа системи медико-психологічної корекції і підтримки в онкологічній практиці. *Загальна і медична психологія*, 2019. № 4 (04). С. 10–14.
32. Мухаровська І. Р. Клініко-психологічні феномени у пацієнтів онкологічної практики на різних етапах лікувального процесу. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, 2016. № 4. С. 74–77.
33. Мухаровська І. Р. Медико-психологічна допомога в онкологічній практиці. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2017. № 27 (квітень).
34. Мухаровська І. Р. Медико-психологічна допомога для онкохворих

на різних етапах лікувального процесу. *ScienceRise: Medical Science*, 2017. № 1 (9). С. 15–19.

35. Мухаровська І. Р. Якість життя онкологічних хворих на етапах лікувального процесу. *Медична психологія: Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 2017. Том 4. № 1 (7). С. 91–95.

36. Паливода Л. І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях: *Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського*, 2021. Серія: Психологія. Том 32 (71). № 6. С. 68–72.

37. Подкаст «Як розвивати стійкість у період війни. Пояснює дослідник з Ізраїлю». URL: <https://www.village.com.ua/village/life/podcast/347571-yak-rozvivati-stiykist-u-period-viyni-royasnyue-doslidnik-z-izrayilyu>

38. Попелюшко Р. П. Суб'єктивні особливості усвідомлення психотравматичного досвіду. *Психологічний журнал*, 2023. Вип. 10. С. 39–45.

39. Попіль М. І. Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях: Методичні матеріали до практичних занять для студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 0301 «Соціально-політичні науки» спеціальності 8.03010201 «Психологія». Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету ім. Івана Франка, 2016. 126 с.

40. Психологічні технології сприяння психологічному благополуччю особистості: Методичні рекомендації. Київ-Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 68 с.

41. Романовська Д. Д., Ящук М. Г. Ефективні технології розвитку та відновлення стресостійкості/життєстійкості у дітей та дорослих: Методичний посібник для практичних психологів, соціальних педагогів. Чернівці : Чернівецька обласна рада. Інститут післядипломної педагогічної освіти Чернівецької області. Науково-методичний центр практичної психології та соціальної роботи, 2018. 180 с.

42. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *NeuroNews*, 2012. С. 30–37.
43. Семенова Ю. С. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини і психології. *Український науково-медичний молодіжний журнал*, 2011. Спеціальний випуск № 3: Актуальні проблеми сучасної медичної психології. С. 50–54.
44. Сергет І. В. Трансформація життєвих цінностей осіб, хворих на онкологію. *Науковий вісник Херсонського державного університету*, 2022. Серія «Психологічні науки». № 2. С. 35–40.
45. Сингаївська І. В., Даренська К. О. Особливості терапевтичної роботи з посттравматичними проблемами методом казкотерапії. *Правничий вісник Університету «КРОК»: Збірник наукових праць. Розділ V: Актуальні проблеми психології*, 2018. № 30. С. 175–182.
46. Сингаївська І. В., Ткач В. В., Ткач Р. М. Методи юнгіанського аналізу в розв'язанні внутрішнього конфлікту особистості (на прикладі роботи з пошуком сенсу життя). *Правничий вісник Університету «КРОК»: Збірник наукових праць*, 2016. № 24. С. 229–234.
47. Синявський В. В., Сергєєнкова О. П. Психологічний словник. Київ, 2007. 336 с.
48. Смирнова В. Р. Сучасні психотерапевтичні методи в роботі з психологічною травмою та посттравматичним стресовим розладом. Видатні постаті психології: історія, сучасність і перспективи: Матеріали VI регіонального наукового семінару до дня психолога 23 квітня 2019 р. Львів, 2019. С. 84–87.
49. Ставицька С. О. Психологічні основи роботи з психотравмою в дорослому віці. Соціокультурні та психологічні виміри становлення особистості: Збірник наукових праць за матеріалами II Міжнародної науково-практичної конференції 26–27 вересня 2019 р. Херсон : ФОП Вишемирський В. С., 2019. С. 305–307.
50. Теоретико-методологічні основи інтеграції психологічного

знання: Монографія. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2020. 180 с.

51. Ткач Р. М. Використання метафори в терапії скорботи. Київ : Доктор Казка, 2010. 132 с.*

52. Ткач Р. М. Основи психологічної допомоги: п'ять правил успішної консультації: Навчальний посібник. Київ : МАУП, 2006. 116 с.

53. Ткач Р. М. Цілющі казки-розмальовки для онкохворих дітей. Київ, 2014. 28 с.

54. Ткач Р. М. 50 цілющих казок для дітей. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2023. 196 с.

55. Ткач Р. М., Сербова О. В., Сингаївська І. В. та ін. Юнгіанське консультування: Колективна монографія. Київ : Талком, 2021. 220 с.

56. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : ДП «Видавничий дім «Персонал», 2017. 160 с.

57. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2016. 160 с.

58. Хак К., Спют Д. Психоонкологія, що базується на психоаналізі: Курс для психотерапевтів, зацікавлених лікарів та інших фахівців, які залучені до догляду за онкологічними хворими. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2022. 400 с.*

59. Хомич Г. О. Психологічна допомога онкохворим: досвід консультанта. *Загальна і медична психологія*, 2019. № 4 (04). С. 54–58.

60. Хомич Г. О. Психологічна допомога онкохворим у процесі консультування. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2011. Випуск 13. С. 596–605.

61. Хомич Г., Ткач Р. Основи психологічного консультування:

*джерело опубліковано російською мовою

Навчальний посібник. Київ : МАУП, 2004. 152 с.

62. Шевчук В. В. Особливості переживання психологічної травми в дитячому віці. Trends in the development of science and teaching methods. Abstracts of XVI International Scientific and Practical Conference. Sofia, Bulgaria. April 22-24, 2024. С. 241–245.

63. Beck A. T., Steer R. A., Ball R., Ranieri W. [Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients](#). *Journal of Personality Assessment*, 1996, December. P. 588–597.

64. Crum A. J., Akinola M., Martin A., Fath S. The role of stress mindset in shaping cognitive, emotional and physiological responses to challenging and threatening stress. *Anxiety, Stress and Coping*, 2017. Vol. 30 (4). P. 379–395.

65. De M'Uzan M. Der Tod gesteht nie. *Psyche*, 1998. № 11. S. 1049–1066.

66. Grossert A. Web-based stress management for newly diagnosed cancer patients (STREAM-1): a randomized, wait-list controlled intervention study. *BMC Cancer*, 2016. Vol. 16, Issue 1. P. 838.

67. Holland J. C. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic medicine*, 2002. Vol. 64 (2). P. 206–221.

68. Holland J. C., Breitbart W. S., Jacobsen P. B. et al. *Psycho-Oncology*. Oxford University press, 2015. 772 p.

69. Jacobsen P., Andrykowski M. Tertiary prevention in cancer care: Understanding and addressing psychological dimensions of cancer during the active treatment period. *American Psychologist*, 2015. Vol. 70 (2). P. 134–145.

70. Kalsched D. *The Inner World of Trauma: Archetypal Defenses of the Personal Spirit*. London : Routledge, 1996. 240 p.

71. Kiecolt-Glaser J. K. Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. *Annals of Oncology*, 2002. Vol. 13 (suppl 4). P. 165–169.

72. Lahad M. From Victim to Victor: The Development of the BASIC PH Model of Coping and Resiliency. *Traumatology*, 2017. Vol. 23, №1. P. 27–34.

73. Lahad M., Shacham M., Ayalon O. The «BASIC Ph» model of coping and resiliency: Theory, research and cross-cultural application. London : Jessica Kingsley, 2013. 288 p.
74. Levine P. A., Frederick A. Waking the Tiger: Healing Trauma. The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences. Berkeley, CA : North Atlantic Books, 1997. 288 p.
75. Peseschkian N. Psychosomatik und Positive Psychotherapie: Krankheit als Chance. Wiesbaden : Ullstein Medizinverlage, 1987. 288 s.
76. Rand, K. L. Life and treatment goals of patients with advanced, incurable cancer. *Supportive Care in Cancer*, 2016. Vol. 24, Issue 7. P. 2953–2962.
77. Stanton A. L. Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: Contributions from psychosocial oncology research. *American Psychologist*, 2015. Vol. 70 (2). P. 159–174.
78. Stern M. M. Trauma, Todesangst und Furcht vor dem Tod: In psychoanalytischer Theorie und Praxis. *Psyche*, 1972. № 12. S. 901–928.
79. The WHQOZ Group. The World Health Organ. Quality of life assessment: position paper from the World Health Organization: *Social Science and Medicine*, 1995. № 41. P. 1403–1409.
80. Yalom I. D. Existential Psychotherapy. New York : Basic Books, 1980. 544 p.

Всього джерел – 80

Джерел за останні десять років – 55

Джерел зарубіжних авторів за останні десять років – 14 (5, 18, 21, 22, 37, 57, 58, 64, 66, 68, 69, 72, 76, 77)

Джерел українських авторів за останні десять років – 41 (1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 44, 45, 46, 48, 49, 50, 54, 55, 56, 59, 62)

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анкета Г. Сєдової-Сирцової

Дослідження призначене для спеціалістів-психологів, які практикують. Воно має на меті виявити фактори, які впливають на готовність психологів працювати із певною категорією клієнтів – особами (дорослими) із онкологічним захворюванням на різних стадіях його лікування (діагностика, активна фаза лікування, реабілітація, паліативна стадія тощо).

Дослідження складається з п'яти опитувальників (авторська анкета та чотири психологічні методики), які Ви знайдете нижче. Опитування є анонімним і конфіденційним. Його узагальнені результати (лише у кількісному/відсотковому вигляді) будуть використані мною при написанні наукової роботи для отримання ступеня магістра психології.

Якщо Ви хочете отримати інтерпретацію результатів Вашого опитування – залиште свою електронну адресу в кінці першої анкети (після запитання № 16). Щиро дякую за Вашу участь у моєму дослідженні!

1. Ваш вік:

- менше 25 років
- 26-35 років
- 36-45 років
- 46-55 років
- 56-65 років
- більше 66 років

2. Гендер:

- чоловік
- жінка
- небінарна особа

3. Сімейний стан:

- одружений(а)
- неодружений(а)

- у моногамних відносинах
- у немоногамних відносинах
- не у відносинах

4. Середньомісячний дохід:

- до 20 000 грн.
- до 40 000 грн.
- до 100 000 грн.
- вище 100 000 грн.
- не хочу відповідати

5. Практичний досвід психолога/психотерапевта/консультанта тощо:

- біля 1 року
- 2-5 роки
- 6-10 років
- більше 10 років

6. Який формат роботи Ви практикуєте (можна обрати декілька варіантів відповіді)?

- індивідуальний формат очно
- індивідуальний формат онлайн
- груповий формат очно
- груповий формат онлайн
- Другое:

7. Який вид психологічної допомоги Ви практикуєте (можна обрати декілька варіантів відповіді)?

- короткострокова (психологічні консультації)
- середньострокова (психокорекція)
- довгострокова (психотерапія)
- Другое:

8. В якому підході Ви практикуєте (можна обрати декілька варіантів відповіді)?

- психоаналіз

- гештальт-терапія
- когнітивно-поведінкова терапія
- схема-терапія
- арт-терапія
- EMDR
- символ-драма
- сімейні розстановки
- юнґіанство
- Другое:

9. Категорії клієнтів, з якими Ви працюєте (можна обрати декілька варіантів відповіді):

- дорослі
- діти/підлітки
- пари
- військові
- особи з важкими хронічними захворюваннями, зокрема, онкопацієнти
- Другое:

10. Запити, на яких Ви спеціалізуєтесь (можна обрати декілька варіантів відповіді):

- самооцінка
- кризи
- втрати
- депресія
- ПТСР
- Другое:

11. Які психологічні практики Ви регулярно використовуєте для підтримки свого нормального психо-емоційного стану (можна обрати декілька варіантів відповіді)?

- індивідуальна психотерапія
- групова психотерапія

- короткострокові консультації
- супервізія
- медитація
- вправи на розслаблення
- використовую щось з вищенаведеного час від часу
- не використовую взагалі
- Другое:

12. Чи працювали Ви з онкопацієнтами?

- так, працював(ла)
- так, наразі працюю
- ні, ніколи не працював(ла)

13. Чи готові Ви працювати з онкопацієнтами у майбутньому?

- так
- ні
- не впевнений(а)

Якщо Ви відповіли на попереднє питання "ні" або "не впевнений(а)", будь ласка, поясніть, чому:

Добавить личный комментарий

14. Чи достатньо Вам знань і навичок для роботи з онкопацієнтами, аби відчувати себе впевнено і комфортно?

- не працюю і не планую працювати з онкопацієнтами
- так, цілком достатньо
- так, достатньо, але я не проти поновити/покращити ці знання/навички
- ні, недостатньо, але наразі в мене нема ресурсу для їх здобуття
- ні, недостатньо, і я залюбки здобув(ла) б такі знання/навички

15. Чи маєте Ви онкодіагноз?

- ні
- так, знаходжусь у ремісії
- так, проходжу активне лікування
- так, проходжу діагностику

- так, але відмовився(лась) від дікування

16. Чи мали Ви досвід підтримки родичів/друзів з онкодіагнозом?

- ні, в мене не було родичів/друзів з онкодіагнозом
- ні, в мене були/є родичі/друзі з онкодіагнозом, але я не приймав(ла) активну участь в їх підтримці
- так, в мене були родичі/друзі з онкодіагнозом, і я приймав(ла) активну участь в їх підтримці
- так, в мене є родичі/друзі з онкодіагнозом, і наразі я приймаю активну участь в їх підтримці

Опитувальник BASIC Ph Лахада

Інструкція: подумки уявіть себе у стані кризи чи сильного стресу. Що зазвичай ви робите для того, щоб впоратись із цим станом? Що, на вашу думку, допомагає найкраще, а що – незначною мірою? Зважте кожен вислів і поставте біля нього оцінку від 0 до 6, де цифри означають: 0 – я ніколи не користуюся цим способом; 1 – я рідко користуюся цим способом; 2 – я іноді користуюся цим способом; 3 – я періодично користуюся цим способом; 4 – я часто користуюся цим способом; 5 – я майже завжди користуюся цим способом; 6 – я завжди користуюся цим способом.

1. Я здаюся та покладаюся на вищі сили чи долю у вирішенні проблеми.
2. Я не говорю про свої емоції прямо, проте виражаю їх опосередковано (наприклад, плачу насамоті).
3. Я шукаю підтримку інших людей.
4. Я фантазую і даю волю своїй уяві (наприклад, уявляю себе у затишному, спокійному місці).
5. Я збираю інформацію, щоб бути впевненим(ою) у тому, що я маю найкращий варіант вирішення проблеми.
6. Я їм і сплю менше, ніж звичайно, або, навпаки, я їм і сплю більше, ніж зазвичай.
7. Я вірю в мої власні сили і мою здатність долати перешкоди.
8. Я висловлюю почуття у власний, завуальований спосіб – через натяки, сарказм або флірт.
9. Я розмовляю з друзями телефоном.
10. Я згадую свої улюблені історії, байки, притчі, казки – як спосіб пошуку вирішення проблем.
11. Я аналізую проблеми і намагаюсь знайти їх вирішення.

12. Я постійно займаю себе фізичною активністю (наприклад, прибираю, готую їжу, ремонтую автомобіль чи, навіть, створюю модель літака).
13. Моє кредо: «Я зможу пережити все, не зважаючи ні на що».
14. Я звільняюся від почуттів через плач, сміх або крик і не тримаю все всередині.
15. Я намагаюся знайти підтримку у друзів або членів моєї родини.
16. Я слухаю музику і даю волю своїй уяві.
17. Я розробляю спеціальний план і дію згідно з ним крок за кроком.
18. Я використовую вправи на розслаблення.
19. Я прошу допомоги у Бога в молитві.
20. Я накручую себе емоційно, щоб посилити свою мотивацію.
21. Я глибоко занурююся у стосунки з членами своєї громади або організації, до якої я належу.
22. Я згадую часи, коли мені було набагато краще, ніж зараз, або ж розмірковую про час, коли все зміниться на краще.
23. Насамперед, я намагаюся зрозуміти, що, власне, відбувається.
24. Я розслабляюся, коли роблю щось: приймаю ванну, гуляю, бігаю тощо.
25. Я спираюся на свої духовні переконання або на свою життєву філософію.
26. Я розповідаю або слухаю жарти чи смішні історії.
27. Я шукаю людей, з якими можна провести час, нічим особливо не займаючись.
28. Я переглядаю спортивні змагання, фільми або читаю книги, уявляючи себе на місці дійових осіб.
29. Я зважую всі можливі варіанти вирішення проблеми і, якщо це можливо, обираю кращий з них.
30. Я намагаюся займати себе якоюсь фізичною діяльністю.
31. Моє кредо: «Те, що не вбиває мене – робить мене сильнішим».

32. Я даю вихід моїм емоціям.
33. Я пишу листи та е-мейли до друзів – з надією на відповідь.
34. Я мрію, думаю про кращі часи, уявляю їх.
35. Я намагаюся знайти вирішення проблеми у найкращий спосіб з тих варіантів, які я обмірковую.
36. Я виходжу з дому, намагаюсь бути активним(ою) для того, щоб позбутися надлишку енергії.

Ключ:

1.	2.	3.	4.	5.	6.
7.	8.	9.	10.	11.	12.
13.	14.	15.	16.	17.	18.
19.	20.	21.	22.	23.	24.
25.	26.	27.	28.	29.	30.
31.	32.	33.	34.	35.	36.
I	II	III	IV	V	VI

Підрахунок та інтерпретація результатів: впишіть відповіді-бали у таблицю ключа і підрахуйте загальну суму балів за кожною колонкою. Та колонка, яка має найбільшу кількість балів – це основна стратегія виходу зі складної ситуації. Відповідно, найменша кількість балів – це та стратегія, яку опитуваний застосовує найменше. При цьому кожна стратегія – важлива, і може бути доречною в певній ситуації.

Кожна колонка – це одна з копінг-стратегій:

I – B «belief» – вірування, переконання, моральні та духовні цінності. Ця копінг-стратегія подолання кризи базується на вірі (у вищі сили, бога, людей чи самого себе).

II – A «affect» – емоції та почуття. Стратегія виходу – через усвідомлення почуттів і пошук оптимальної форми їх вираження.

III – S «social» – соціум, стосунки з людьми. Вихід із кризової ситуації – через стосунки з іншими: рідними, друзями, колегами та роботу з фахівцем-

психологом, психотерапевтом. Сюди ж відноситься можливість допомагати іншим.

IV – I «imagination» – уява, дух творчості. Вміння мріяти, уявляти кращу реальність, фантазування. Можливість творити, малювати, танцювати, писати тощо.

V – C «cognition» – розум, свідомість, реальність, думка. Звернення до ментальних здібностей, до вміння аналізувати, планувати, адекватно оцінювати ситуацію та ресурси, можливість розуміти нові ідеї.

VI – P «physiology» – фізіологія, тілесна і діяльна модальність. Звернення до тіла та тілесних відчуттів, активність і дії.

Опитувальник для оцінки якості життя NAIF

Інструкція: оцініть наступні 24 твердження, обираючи один з семи балів до кожного, де 7 балів – означає «Так, дуже», тобто Ви цілком згодні зі змістом твердження, а 1 – означає «Зовсім ні», тобто Ви цілком не згодні зі змістом твердження. Інші бали – проміжні – мають відображати ступінь Вашої згоди/незгоди. Свою відповідь позначте, виділивши відповідний бал будь-яким способом.

Пам'ятайте, що тут не може бути правильних чи неправильних відповідей, кожна відповідь відображає тільки Ваш теперішній стан. Будь ласка, не пропускайте жодного питання. Намагайтеся передати особливості саме Вашого стану.

Фізична активність:

1. В мене задишка при фізичній нарузі.
/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

2. Я відчуваю нестачу енергії впродовж дня.
/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

3. Я витрачаю багато часу на свої хобі.
/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

4. При виконанні повсякденних навантажень мій стан здоров'я погіршується.
/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

5. Мій стан здоров'я заважає моєму прагненню мати прибуткову роботу.
/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

6. Я легко підхоплюю ініціативу.
/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

Емоційний стан/Сексуальна функція:

7. Я напружений(а).
/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

8. Я відчуваю, що нема кому піклуватися про мене.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

9. Моє здоров'я дозволяє мені реалізовувати сексуальну активність у тому обсязі, як мені хочеться.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

10. Ця здатність погіршилася останнім часом.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

11. Я відчуваю пригнічений настрій та депресію.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

12. Я легко дратуюсь.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

Соціальна функція:

13. Я активно займаюсь спортом.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

14. Мій стан здоров'я заважає нормальному проведенню відпустки.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

15. Я регулярно зустрічаюсь з друзями і членами родини.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

16. Я часто буваю вдома сам (сама).

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

17. Я люблю зав'язувати нові соціальні контакти.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

18. Я часто ходжу в кіно, до театру, на спортивні заходи.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

Пізнавальна функція/Економічне становище:

19. Я вважаю, що моя пам'ять функціонує нормально.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

20. Я можу швидко приймати рішення.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

21. Мій стан здоров'я призводить до фінансових проблем.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

22. Я дуже швидко схоплюю те, що мені кажуть.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

23. Я помітив(ла) погіршення моїх інтелектуальних можливостей останнім часом.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

24. Зазвичай я можу добре концентруватися.

/_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

Ключ:

Фізична активність:

1. /_1/_2/_3/_4/_5/_6/_7_/

2. /_1/_2/_3/_4/_5/_6/_7_/

3. /_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

4. /_1/_2/_3/_4/_5/_6/_7_/

5. /_1/_2/_3/_4/_5/_6/_7_/

6. /_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

Емоційний стан/Сексуальна функція:

7. /_1/_2/_3/_4/_5/_6/_7_/

8. /_1/_2/_3/_4/_5/_6/_7_/

9. /_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

10. /_1/_2/_3/_4/_5/_6/_7_/

11. /_1/_2/_3/_4/_5/_6/_7_/

12. /_1/_2/_3/_4/_5/_6/_7_/

Соціальна функція:

13. /_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

14. /_1/_2/_3/_4/_5/_6/_7_/

15. /_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

16. /_1/_2/_3/_4/_5/_6/_7_/

17. /_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

18. /_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

Пізнавальна функція/Економічне становище:

19. /_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

20. /_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

21. /_1/_2/_3/_4/_5/_6/_7_/

22. /_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

23. /_1/_2/_3/_4/_5/_6/_7_/

24. /_7/_6/_5/_4/_3/_2/_1_/

Підрахунок та інтерпретація результатів:

Категорії ЯЖ	Бали	Показник, %
Фізична активність: 1, 2, 3, 4, 5, 6		ФА, % = бали*100/42
Емоційний стан: 7, 8, 11, 12		ЕС, % = бали*100/28
Сексуальна функція: 9, 10		СФ, % = бали*100/14
Соціальна функція: 13, 14, 15, 16, 17, 18		СоцФ, % = бали*100/42
Пізнавальна функція: 19, 20, 22, 23, 24		ПФ, % = бали*100/35
Економічне становище: 21		ЕкС, % = бали*100/7
Інтегральний показник		ІП, % = бали*100/168

Шкала реактивної та особистісної тривожності (ШРОТ) Спілбергера

Інструкція: прочитайте уважно кожне з наведених тверджень і обведіть кружечком цифру, яка відповідає вашому стану в поточний момент.

Шкала реактивної (ситуативної) тривожності:

№	Судження	Відповідь			
		Ні, це не так	Скоріше так	Так	Абсолютно правильно
1.	Я спокійний(а)	1	2	3	4
2.	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжусь у напрузі	1	2	3	4
4.	Я внутрішньо скутий(а)	1	2	3	4
5.	Я почувуюся вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений(а)	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю душевний спокій	1	2	3	4
9.	Я схвильований(а)	1	2	3	4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений(а) у собі	1	2	3	4
12.	Я нервуюсь	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений(а)	1	2	3	4
15.	Я не відчуваю скутості, напруги	1	2	3	4
16.	Я задоволений(а)	1	2	3	4
17.	Я стурбований(а)	1	2	3	4
18.	Я збуджений(а) і мені ніяково	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4

20.	Мені приємно	1	2	3	4
-----	--------------	---	---	---	---

Шкала особистісної тривожності:

№	Судження	Відповідь				
		Ніколи	Майже ніколи	Часто	Майже завжди	завжди
21.	У мене буває піднесений настрій	1	2	3	4	
22.	Я буваю роздратованим(ою)	1	2	3	4	
23.	Я легко засмучуюсь	1	2	3	4	
24.	Я хотів(ла) би бути таким(ю) самим(ою) успішним(ою), як й інші	1	2	3	4	
25.	Я важко переживаю неприємності та довго не можу про них забути	1	2	3	4	
26.	Я відчуваю приплив сил, бажання працювати	1	2	3	4	
27.	Я спокійний(а), холоднокровний(а), зібраний(а)	1	2	3	4	
28.	Мене турбують можливі труднощі	1	2	3	4	
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4	
30.	Я буваю цілком щасливим(ою)	1	2	3	4	
31.	Я все сприймаю близько до серця	1	2	3	4	
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4	
33.	Я почуваюся беззахисним(ою)	1	2	3	4	
34.	Я намагаюсь уникати критичних ситуацій, труднощів	1	2	3	4	
35.	Я нудьгую	1	2	3	4	
36.	Я буваю задоволений(а)	1	2	3	4	
37.	Різні дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4	

38.	Буває, що я відчуваю себе невдахою	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Я хвилююся, коли думаю про свої справи	1	2	3	4

Підрахунок та інтерпретація результатів: показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50,$$

де $\Sigma 1$ – сума відповідей за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; $\Sigma 2$ – сума відповідей за всіма іншими пунктами: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

$$ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35,$$

де $\Sigma 1$ – сума відповідей за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40; $\Sigma 2$ – сума відповідей за всіма іншими пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Результати оцінюються зазвичай у наступних градаціях:

- до 30 балів – низька тривожність;
- 31-44 – середня тривожність;
- 45 і більше балів – висока тривожність.

Шкала депресії Бека BDI-II (Beck Depression Inventory-II)

Інструкція: цей опитувальник містить 21 групу тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожен групу тверджень і оберіть те, яке найбільш точно характеризує Ваше самопочуття, мислення та настрої сьогодні. Обведіть колом номер обраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати всі твердження в одній групі й лише тоді робити вибір.

№	Відповідь	Твердження
1	0	Мені не сумно.
	1	Мені сумно, я почуваюся пригніченим(ою).
	2	Я весь час почуваюся сумним(ою), пригніченим(ою) і не можу відволіктись від цього стану.
	3	Я відчуваю нестерпний сум і тугу.
2	0	Я спокійно думаю про майбутнє.
	1	Думки про майбутнє викликають у мене страх і тривогу.
	2	Мені нема чого чекати від майбутнього і на що сподіватися.
	3	Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго, і я нічого не можу змінити.
3	0	Я не відчуваю себе невдахою.
	1	Я відчуваю, що у мене більше невдач, ніж у інших людей.
	2	Моє життя – це суцільна низка невдач і помилок.
	3	Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті тощо).
4	0	Я отримую задоволення від улюблених занять і речей.
	1	Я не отримую такого задоволення, як раніше, від улюблених занять і речей.
	2	Я ні від чого не отримую задоволення.
	3	Будь-яке заняття викликає у мене нудьгу і тугу.
5	0	Я не почуваюся винним.

	1	Я доволі часто відчуваю провину.
	2	Я дуже часто почуваюся поганою людиною, і мене мучить відчуття провини.
	3	Мене мучить постійне відчуття провини.
6	0	Я не вважаю, що заслуговую на покарання.
	1	Я припускаю, що заслуговую на покарання.
	2	Я вважаю, що маю бути покараний.
	3	Я відчуваю, що доля карає мене.
7	0	Я в основному задоволений тим, ким я є.
	1	Я не задоволений собою.
	2	Я огидний собі.
	3	Я ненавиджу себе.
8	0	Я не думаю, що я гірший за інших людей.
	1	Я критикую себе за слабкості та помилки.
	2	Я постійно докоряю собі за різні помилки.
	3	Я докоряю собі за все погане, що діється навколо.
9	0	У мене не виникає думок про самогубство.
	1	У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього.
	2	Я хочу вмерти і планую самогубство.
	3	Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.
10	0	Я не плачу частіше, ніж зазвичай.
	1	Я плачу частіше, ніж зазвичай.
	2	Я увесь час плачу.
	3	Раніше я часто плакав(ла), але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.
11	0	Я не дратуюсь частіше, ніж зазвичай.
	1	Я дратуюся легше, ніж зазвичай.
	2	Я постійно відчуваю роздратування і внутрішнє

		незадоволення.
	3	Те, що раніше дратувало мене, тепер стало мені байдуже.
12	0	Я не втратив цікавості до людей.
	1	Люди цікавлять мене менше, ніж раніше.
	2	Я майже повністю втратив інтерес до людей.
	3	Люди мені глибоко байдужі.
13	0	Я приймаю рішення не важче, ніж зазвичай.
	1	Тепер частіше, ніж раніше, я зволікаю з прийняттям рішень.
	2	Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення.
	3	Я не в змозі приймати жодних рішень.
14	0	Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно.
	1	Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше, ніж звичайно, і старшим(ою) за свій вік.
	2	Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю все гірше.
	3	Я переконаний(а), що виглядаю жахливо.
15	0	Я можу працювати так само, як і раніше.
	1	Мені потрібні додаткові зусилля, щоб почати щось робити.
	2	Мені потрібно змушувати себе зробити будь-що.
	3	Я не в змозі працювати.
16	0	Я сплю не гірше, ніж раніше.
	1	Я сплю гірше, ніж раніше.
	2	Я прокидаюся на 1-2 години раніше, ніж зазвичай, і мені важко знову заснути.
	3	Я прокидаюся на декілька годин раніше, ніж зазвичай, і вже не можу заснути.
17	0	Я не втомлююся більше, ніж зазвичай.
	1	Я втомлююся легше, ніж раніше.
	2	Я втомлююся від будь-якого заняття.
	3	Я почуваюся настільки втомленим(ою), що не в змозі

		займатися будь-чим.
18	0	У мене нормальний апетит.
	1	У мене погіршився апетит.
	2	У мене майже відсутній апетит.
	3	У мене зовсім нема апетиту.
19	0	Моя вага залишається незмінною
	1	Останнім часом я схуд(ла) більше, ніж на 3 кг.
	2	Останнім часом я схуд(ла) більше, ніж на 7 кг.
	3	Останнім часом я схуд(ла) більше, ніж на 10 кг.
20	0	Я не переживаю за своє здоров'я більше, ніж зазвичай.
	1	Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, біль, розлад шлунку або закріп).
	2	Я дуже занепокоєний наявними у мене фізичними симптомами, і мені важко думати про щось інше.
	3	Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що не можу думати ні про що інше.
21	0	Мій інтерес до сексу останнім часом не змінився.
	1	Секс зараз мене цікавить менше, ніж звичайно.
	2	Мене майже не цікавить секс.
	3	Я повністю втратив інтерес до сексу.

Підрахунок та інтерпретація результатів: сума відповідей є бальною оцінкою стадії депресії. Більш високі загальні бали вказують на більш серйозні симптоми депресії. Пункти 1-13 – когнітивно-афективна субшкала, пункти 14- 21 – субшкала соматичних проявів депресії.

Результати оцінюються у наступних градаціях:

- 0–13: мінімальна депресія (відсутність або мінімальний прояв депресивних симптомів, психоемоційний стан у нормі);
- 14–19: легка депресія (субдепресія – час приділити собі увагу і за потреби звернутися до спеціаліста по допомогу);

- 20–28: помірна депресія (становить певні перешкоди для нормального життя і може швидко перейти у наступну стадію);
- 29–63: важка депресія (значною мірою загрожує нормальному життю, найнебезпечніша стадія, з якою самотужки впоратися майже неможливо).

Результати досліджуваних за методикою BASIC Ph

Респонденти	Belief /Віра	Affect /Афект	Social /Соціум	Imagination/ Уява	Cognition /Когніція	Physiology/ Фізіологія
1	24	18	20	17	31	25
2	21	14	17	10	36	25
3	24	24	19	25	23	21
4	19	10	5	5	27	17
5	22	18	26	26	29	22
6	21	19	23	26	36	19
7	18	6	4	31	36	19
8	10	10	13	10	26	25
9	18	16	14	11	34	16
10	21	19	25	29	29	26
11	11	23	17	23	36	13
12	20	23	23	25	31	29
13	17	17	23	24	21	17
14	32	25	33	31	36	33
15	26	21	15	19	30	21
16	26	18	24	20	25	30
17	18	15	17	4	29	16
18	25	11	5	15	32	20
19	21	7	9	11	35	16
20	19	16	13	7	25	26
21	13	18	13	19	10	20
22	21	20	7	11	36	19
23	23	20	22	22	25	22
24	15	14	15	15	18	16
25	24	18	12	13	23	22
26	33	21	25	29	35	34
27	27	23	22	20	31	23
28	21	25	18	21	31	20
29	14	2	10	9	25	22
30	20	23	15	22	36	31
31	20	18	10	16	28	25
32	18	12	17	7	34	13
33	16	18	24	14	28	22
34	29	18	20	3	35	13
35	20	16	13	15	17	20
36	21	13	21	20	25	20
37	17	12	16	4	27	31
38	14	13	27	17	33	26
39	20	11	16	9	35	24

40	26	10	13	14	35	19
41	29	22	19	27	33	30
42	27	17	23	15	34	25
43	18	17	18	20	22	18
44	24	20	15	10	33	29
45	34	17	12	10	30	17
46	11	23	17	23	36	13
47	21	23	23	25	31	29
48	17	17	23	24	21	17
49	32	25	33	31	36	33
50	25	21	15	19	30	21
51	26	18	24	20	25	30
52	17	15	17	4	29	16
53	25	11	6	15	32	20
54	21	10	9	12	35	20
55	19	16	13	6	25	26
56	13	18	13	19	10	20
57	21	20	7	11	36	19
58	23	20	22	22	25	22
59	15	14	15	15	18	16
60	24	18	12	13	23	22
61	22	11	16	9	35	24
62	26	11	13	14	35	19
63	29	22	19	27	33	30
64	27	17	23	15	34	25
65	18	17	18	20	22	18
66	24	20	15	10	33	29
67	34	17	12	10	31	17
68	12	23	17	23	36	13
69	21	23	23	25	31	29
70	17	17	23	24	21	16
71	32	25	33	31	36	34
72	25	21	15	19	30	21
73	26	18	24	20	25	32
74	15	15	17	9	29	16
75	24	24	19	25	23	21
76	19	10	5	5	27	17
77	22	18	26	26	29	22
78	21	19	23	26	36	19
79	18	6	4	31	36	19
80	10	10	13	10	26	25
81	18	16	14	11	34	16
82	21	19	25	29	29	26
83	16	23	17	23	36	13
84	20	23	24	25	31	29
85	17	17	23	24	21	17

86	32	25	33	31	36	33
87	26	21	15	19	30	21
88	18	6	4	31	36	19
89	9	9	13	10	25	25
90	18	17	14	14	34	16

Результати досліджуваних за методикою NAIF

Респонденти	Фізична активність (ФА)	Емоційний стан/ Ссексуальна функція (ЕС/СФ)	Соціальна функція (СоцФ)	Пізнавальна функція/ Економічне становище (ПФ/ЕкС)	Інтегральний показник якості життя (ІП)
1	14	18	14	16	62
2	21	16	20	26	83
3	20	18	20	24	82
4	17	20	14	20	71
5	16	17	16	28	77
6	28	30	19	15	92
7	27	26	25	17	95
8	35	26	27	28	116
9	33	29	30	18	110
10	30	30	21	25	106
11	21	37	34	23	115
12	31	25	16	25	97
13	27	25	25	20	97
14	31	32	24	16	103
15	26	11	18	26	81
16	28	30	24	21	103
17	29	23	26	29	107
18	33	34	29	18	114
19	27	32	30	21	110
20	30	28	26	26	110
21	28	25	20	21	94
22	34	36	27	21	118
23	24	25	21	18	88
24	27	33	26	25	111
25	25	30	29	27	111
26	32	37	22	19	110
27	32	20	27	21	100
28	27	33	21	20	101
29	27	29	30	20	106
30	32	37	28	20	117
31	31	32	18	25	106
32	32	25	25	22	104
33	29	21	32	30	112
34	20	16	22	31	89
35	25	30	34	23	112
36	24	28	31	27	110
37	35	34	32	37	138
38	22	25	23	25	95
39	33	30	35	20	118

40	32	35	28	15	110
41	17	13	21	19	70
42	31	35	32	18	116
43	28	24	10	25	87
44	34	36	23	23	116
45	33	34	31	28	126
46	21	16	20	26	83
47	22	18	20	24	82
48	17	20	14	20	71
49	16	17	16	28	77
50	28	30	19	15	92
51	27	26	25	17	95
52	35	26	27	28	116
53	33	29	30	18	110
54	30	30	21	25	106
55	21	37	34	23	115
56	31	25	16	25	97
57	28	30	24	21	103
58	29	23	26	29	107
59	33	34	29	18	114
60	27	32	29	21	109
61	30	28	26	26	110
62	28	25	20	24	97
63	34	36	27	21	118
64	24	25	21	18	88
65	28	34	26	25	113
66	25	30	29	27	111
67	26	22	32	30	114
68	20	16	22	31	89
69	25	30	34	23	112
70	24	28	31	27	110
71	35	34	32	37	138
72	20	25	23	25	93
73	33	30	35	20	118
74	31	30	28	15	104
75	17	13	21	18	69
76	31	35	32	18	116
77	30	29	27	18	104
78	30	30	21	25	106
79	21	37	34	23	115
80	31	25	16	25	97
81	27	25	25	20	97
82	31	32	24	16	103
83	26	11	18	26	81
84	28	30	24	21	103
85	29	23	26	29	107

86	33	34	29	18	114
87	25	30	20	21	97
88	30	28	26	26	110
89	28	25	20	21	94
90	34	28	27	21	110

Додаток И

Результати досліджуваних за методиками Ч. Спілбергера та А. Бека

Респонденти	Шкала депресії	Шкала реактивної (ситуативної) тривожності	Шкала особистісної тривожності
1	1	22	32
2	1	34	42
3	0	31	47
4	1	33	45
5	0	31	45
6	5	28	44
7	4	56	57
8	5	55	51
9	2	27	36
10	6	53	49
11	0	34	41
12	4	51	47
13	31	47	51
14	5	33	42
15	0	22	23
16	6	38	46
17	6	64	50
18	0	28	34
19	4	32	36
20	10	47	47
21	3	51	52
22	0	26	33
23	6	43	43
24	6	49	50
25	11	34	38
26	1	27	32
27	7	38	46
28	2	39	44
29	3	35	35
30	2	35	38
31	0	28	40
32	6	43	47
33	10	64	60
34	1	34	33
35	3	45	45
36	4	41	49
37	1	29	43
38	7	64	48
39	4	38	46
40	3	31	40
41	11	57	53
42	0	21	23
43	5	50	51
44	3	35	46

45	0	25	38
46	4	22	32
47	5	34	42
48	2	31	47
49	6	33	45
50	0	31	45
51	4	28	44
52	7	56	57
53	4	55	51
54	3	27	36
55	11	53	49
56	0	34	41
57	5	51	47
58	0	47	51
59	4	33	42
60	31	22	23
61	5	38	46
62	0	64	50
63	6	28	34
64	6	32	36
65	0	47	47
66	4	51	52
67	1	26	33
68	0	43	43
69	1	49	50
70	0	34	38
71	5	27	32
72	4	38	46
73	5	39	44
74	2	35	35
75	6	35	38
76	0	28	40
77	3	43	47
78	0	64	60
79	4	34	33
80	5	45	45
81	2	41	49
82	6	29	43
83	3	64	48
84	0	38	46
85	1	31	40
86	5	57	53
87	2	21	23
88	5	50	51
89	2	35	46
90	6	25	38

Кореляційні зв'язки

			Реактивна тривожність	Особистісна тривожність	Шкала депресії	Чи готові працювати з онкопацієнтами
Spearman's rho	Реактивна тривожність	Correlation Coefficient	1,000	,001	,027	,144
		Sig. (2-tailed)	.	,993	,858	,344
		N	90	90	90	90
	Особистісна тривожність	Correlation Coefficient	,001	1,000	,392(**)	-,089
		Sig. (2-tailed)	,993	.	,008	,559
		N	90	90	90	90
	Шкала депресії	Correlation Coefficient	,027	,392(**)	1,000	-,154
		Sig. (2-tailed)	,858	,008	.	,313
		N	90	90	90	90
	Чи готові працювати з онкопацієнтами	Correlation Coefficient	,144	-,089	-,154	1,000
		Sig. (2-tailed)	,344	,559	,313	.
		N	90	90	90	90

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

			Чи готові працювати з онкопацієнтами	Віра	Афект	Соціум	Уява	Когніція	Фізіологія
Spearman's rho	Чи готові працювати з онкопацієнтами	Correlation Coefficient	1,000	,298(*)	,086	,065	,070	,224	,174
		Sig. (2-tailed)	.	,047	,574	,670	,646	,139	,254
		N	90	90	90	90	90	90	90
	Віра	Correlation Coefficient	,298(*)	1,000	,413(**)	,223	,222	,283	,254
		Sig. (2-tailed)	,047	.	,005	,140	,143	,060	,092
		N	90	90	90	90	90	90	90
	Афект	Correlation Coefficient	,086	,413(**)	1,000	,481(**)	,577(**)	,126	,317(*)
		Sig. (2-tailed)	,344	,559	,313	,005	,005	,005	,005
		N	90	90	90	90	90	90	90

	tion		**)		**)	**)		
	Coefficient							
	Sig. (2-tailed)	,574	,005	.	,001	,000	,411	,034
	N	90	90	90	90	90	90	90
Соціум	Correlation							
	Coefficient	,065	,223	,481(**)	1,000	,505(**)	,049	,364(*)
	Sig. (2-tailed)	,670	,140	,001	.	,000	,749	,014
	N	90	90	90	90	90	90	90
Уява	Correlation							
	Coefficient	,070	,222	,577(**)	,505(**)	1,000	,087	,271
	Sig. (2-tailed)	,646	,143	,000	,000	.	,571	,071
	N	90	90	90	90	90	90	90
Когніція	Correlation							
	Coefficient	,224	,283	,126	,049	,087	1,000	,033
	Sig. (2-tailed)	,139	,060	,411	,749	,571	.	,830
	N	90	90	90	90	90	90	90
Фізіологія	Correlation							
	Coefficient	,174	,254	,317(*)	,364(*)	,271	,033	1,000
	Sig. (2-tailed)	,254	,092	,034	,014	,071	,830	.
	N	90	90	90	90	90	90	90

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

			Чи готові працювати з онкопациєнтами	Фізична активність	Емоційний стан/ Сексуальна функція	Соціальна функція	Пізнавальна функція/ Економічне становище	Якість життя
Spearman's rho	Чи готові працювати з онкопациєнтами	Correlation Coefficient	1,000	,103	,081	-,005	,184	,105
		Sig. (2-tailed)	.	,500	,598	,973	,226	,493
		N	90	90	90	90	90	90
	Фізична активність	Correlation Coefficient	,103	1,000	,574(**)	,398(**)	-,051	,703(**)
		Sig. (2-tailed)	,500	.	,000	,007	,739	,000
		N	90	90	90	90	90	90
	Емоційний стан/ Сексуальна функція	Correlation Coefficient	,081	,574(**)	1,000	,511(**)	-,258	,777(**)
		Sig. (2-tailed)	,598	,000	.	,000	,087	,000
		N	90	90	90	90	90	90
	Соціальна функція	Correlation Coefficient	-,005	,398(**)	,511(**)	1,000	,059	,820(**)
		Sig. (2-tailed)	,973	,007	,000	.	,700	,000
		N	90	90	90	90	90	90
	Пізнавальна функція/ Економічне становище	Correlation Coefficient	,184	-,051	-,258	,059	1,000	,150
		Sig. (2-tailed)	,226	,739	,087	,700	.	,324
		N	90	90	90	90	90	90
	Якість життя	Correlation Coefficient	,105	,703(**)	,777(**)	,820(**)	,150	1,000
		Sig. (2-tailed)	,493	,000	,000	,000	,324	.

N	90	90	90	90	90	90
---	----	----	----	----	----	----

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations

			Чи готові працювати з онкопацієнтами	Чи працювали з онкопацієнтами	Чи достатньо знань	Чи мали досвід підтримки рідних з онкодіагнозом	Практичний досвід
Spearman's rho	Чи готові працювати з онкопацієнтами	Correlation Coefficient	1,000	,262	,340(*)	,143	-,007
		Sig. (2-tailed)	.	,082	,022	,350	,966
		N	90	90	90	90	90
	Чи працювали з онкопацієнтами	Correlation Coefficient	,262	1,000	,355(*)	,343(*)	,052
		Sig. (2-tailed)	,082	.	,017	,021	,736
		N	90	90	90	90	90
	Чи достатньо знань	Correlation Coefficient	,340(*)	,355(*)	1,000	,098	,111
		Sig. (2-tailed)	,022	,017	.	,522	,469
		N	90	90	90	90	90
	Чи мали досвід підтримки рідних з онкодіагнозом	Correlation Coefficient	,143	,343(*)	,098	1,000	-,166
		Sig. (2-tailed)	,350	,021	,522	.	,275
		N	90	90	90	90	90
	Практичний досвід	Correlation Coefficient	-,007	,052	,111	-,166	1,000
		Sig. (2-tailed)	,966	,736	,469	,275	.
		N	90	90	90	90	90

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

			Чи готові працювати з онкопацієнтами	Вік	Стать	Сімейний стан	Заробітна платня
Spearman's rho	Чи готові працювати з онкопацієнтами	Correlation Coefficient	1,000	,297(*)	-,202	-,189	-,141
		Sig. (2-tailed)	.	,047	,183	,214	,355
		N	90	90	90	90	90
Вік	Вік	Correlation Coefficient	,297(*)	1,000	,006	,037	-,065
		Sig. (2-tailed)	,047	.	,969	,812	,674
		N	90	90	90	90	90
Стать	Стать	Correlation Coefficient	-,202	,006	1,000	,288	,187
		Sig. (2-tailed)	,183	,969	.	,055	,219
		N	90	90	90	90	90
Сімейний стан	Сімейний стан	Correlation Coefficient	-,189	,037	,288	1,000	,068
		Sig. (2-tailed)	,214	,812	,055	.	,658
		N	90	90	90	90	90
Заробітна платня	Заробітна платня	Correlation Coefficient	-,141	-,065	,187	,068	1,000
		Sig. (2-tailed)	,355	,674	,219	,658	.
		N	90	90	90	90	90

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Розбіжності

Чи готові працювати з онкопацієнтами		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Віра	1,00	42	18,88	396,50
	2,00	48	26,60	638,50
	Total	90		
Афект	1,00	42	21,81	458,00
	2,00	48	24,04	577,00
	Total	90		
Соціум	1,00	42	22,10	464,00
	2,00	48	23,79	571,00
	Total	90		
Уява	1,00	42	22,02	462,50
	2,00	48	23,85	572,50
	Total	90		
Когніція	1,00	42	19,90	418,00
	2,00	48	25,71	617,00
	Total	90		
Фізіологія	1,00	42	20,60	432,50
	2,00	48	25,10	602,50
	Total	90		

Test Statistics(a)

	Віра	Афект	Соціум	Уява	Когніція	Фізіологія
Mann-Whitney U	165,500	227,000	233,000	231,500	187,000	201,500
Wilcoxon W	396,500	458,000	464,000	462,500	418,000	432,500
Z	-1,975	-,571	-,433	-,467	-1,485	-1,153
Asymp. Sig. (2-tailed)	,048	,568	,665	,640	,138	,249

a. Grouping Variable: чи готові працювати з онкопацієнтами

Ranks

Чи готові працювати з онкопацієнтами		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Чи працювали з онкопацієнтами	1,00	42	20,21	424,50
	2,00	48	25,44	610,50
	Total	90		
Чи достатньо знань	1,00	42	19,21	403,50
	2,00	48	26,31	631,50
	Total	90		
Чи мали досвід підтримки рідних з онкодіагнозом	1,00	42	21,36	448,50
	2,00	48	24,44	586,50
	Total	90		

Test Statistics(a)

	Чи працювали з онкопацієнтами	Чи достатньо знань	Чи мали досвід підтримки рідних з онкодіагнозом
Mann-Whitney U	193,500	172,500	217,500
Wilcoxon W	424,500	403,500	448,500
Z	-1,737	-2,255	-,946
Asymp. Sig. (2-tailed)	,082	,024	,344

a Grouping Variable: чи готові працювати з онкопацієнтами

Ranks

	Чи готові працювати з онкопацієнтами	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Практичний досвід	1,00	42	23,07	484,50
	2,00	48	22,94	550,50
	Total	90		
Вік	1,00	42	19,93	418,50
	2,00	48	25,69	616,50
	Total	90		
Стать	1,00	42	24,86	522,00
	2,00	48	21,38	513,00
	Total	90		
Сімейний стан	1,00	42	25,14	528,00
	2,00	48	21,13	507,00
	Total	90		
Заробітна платня	1,00	42	24,57	516,00
	2,00	48	21,63	519,00
	Total	90		

Test Statistics(a)

	Практичний досвід	Вік	Стать	Сімейний стан	Заробітна платня
Mann-Whitney U	250,500	187,500	213,000	207,000	219,000
Wilcoxon W	550,500	418,500	513,000	507,000	519,000
Z	-,043	-1,971	-1,340	-1,254	-,936
Asymp. Sig. (2-tailed)	,965	,049	,180	,210	,349

a Grouping Variable: чи готові працювати з онкопацієнтами