

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА ДИПЛОМНА РОБОТА

Перший (бакалаврський) рівень вищої освіти

Рівень вищої освіти

ПРОЯВИ ОСОБИСТІСНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЖІНОК У КРИЗОВИХ
СИТУАЦІЯХ

Назва теми

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Шифр 19018

номер ІНП

Виконала: здобувачка IV курсу, групи ППЗ-19-1 Олександра ТОВКАЙЛО

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник: доктор психологічних наук, професор

науковий ступінь, вчене звання

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор

Таїсія КОМАР

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

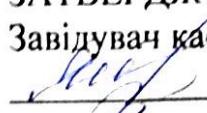
10 серпня 2024 р.

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки
Освітній рівень Перший (бакалаврський)
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Освітньо-професійна програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології та педагогіки

 Таїсія КОМАР

протокол № 5 від 14 грудня 2023 р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ ДИПЛОМНУ РОБОТУ Олександри ТОВКАЙЛО

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ здобувача

1. Тема кваліфікаційної дипломної роботи: «Прояви особистісних властивостей жінок у кризових ситуаціях».

Керівник кваліфікаційної дипломної роботи: Таїсія КОМАР, доктор психологічних наук, професор

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від 15 лютого 2024 р. № 8

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру 10 червня 2024 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з переддипломної практики, комплекс методів та методик дослідження: Опитувальник Міні-мульти (скорочений варіант) Міннесотського Багатовимірного Особистісного Переліку; Шкала тривоги та депресії А.Бека; Методика ціннісних орієнтацій М. Рокича.

4. Зміст кваліфікаційної дипломної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1 Науково - теоретичні основи дослідження кризових станів особистості, наукові основи розуміння сутності особистості та її структури, психологічні зміни особистості в кризовій ситуації, вплив психологічної корекції на особистісні особливості жінок у кризовому стані, висновки до першого розділу; розділ 2 Емпіричне дослідження динаміки особистісних особливостей жінок в кризових ситуаціях, науково - методичне обґрунтування вибору методик дослідження, аналіз результатів дослідження індивідуально-типологічних особливостей жінок, психологічне обґрунтування програми психологічної корекції стресового стану жінок, які страждають на рак молочної залози, висновки до другого розділу, висновки до другого розділу; висновки, перелік джерел посилання.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень)

3 рисунки, 2 таблиці.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної дипломної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

Дата видачі завдання 14 грудня 2023 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) кваліфікаційної дипломної роботи	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 01.10. 2023 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 01.12. 2023 р.	виконано
3	Оформлення вступу кваліфікаційної дипломної роботи.	До 01.02. 2024 р.	виконано
4	I розділ кваліфікаційної дипломної роботи.	До 01.03. 2024 р.	виконано
5	II розділ кваліфікаційної дипломної роботи.	До 01.04. 2024 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 01.05. 2024 р.	виконано
7	Оформлення кваліфікаційної дипломної роботи.	До 01.06. 2024 р.	виконано
8	Попередній захист кваліфікаційної дипломної роботи.	<u>24</u> травня 2024 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної дипломної роботи (відповідно графіку)	<u>21</u> червня 2024 р.	виконано

Здобувач  Олександра ТОВКАЙЛО

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник роботи  Таїсія КОМАР

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної дипломної роботи «Прояви особистісних властивостей жінок у кризових ситуаціях».

Здобувач Олександра ТОВКАЙЛО

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник Таїсія КОМАР

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Кваліфікаційна дипломна робота включає 56 сторінок, 3 рисунки, 2 таблиці, перелік джерел посилання складає 62 найменування.

Ключові слова: криза, кризова ситуація, особистість, захворювання, депресія, психічний стан, життєві цінності, тривожність, життя, сенс, самотність.

Об'єкт дослідження: Особистісні риси та стани жінок у кризовій ситуації.

Предмет дослідження: Динаміка особистісних особливостей жінок у кризовій ситуації, зумовленій онкологічним захворюванням.

За результатами дослідження створено ефективну програму психологічної корекції емоційного стану жінок, які страждають на рак молочної залози.

та впроваджено у практичну діяльність.

Одержані результати можуть бути рекомендовані для використання у психологічній роботі з особами, які потрапили у кризову ситуацію внаслідок онкологічного захворювання для їх соціальної адаптації.

Дипломник



Олександра ТОВКАЙЛО

Підпис

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Дата подання кваліфікаційної дипломної роботи до захисту 10 червня 2024 р.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО - ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ.	10
1.1. Наукові основи розуміння сутності особистості та її структури	10
1.2. Психологічні зміни особистості в кризовій ситуації	16
1.3. Вплив психологічної корекції на особистісні особливості жінок у кризовому стані	28
Висновки до розділу	33
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ	34
2.1. Науково - методичне обґрунтування вибору методик дослідження	34
2.2. Аналіз результатів дослідження індивідуально-типологічних особливостей жінок	40
2.3. Психологічне обґрунтування програми психологічної корекції стресового стану жінок, які страждають на рак молочної залози	48
Висновки до другого розділу	53
ВИСНОВКИ	54
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	60
ДОДАТКИ	65
Додаток А Опитувальник Міні-Мульти (ММР1)	65
Додаток В Тест Бека (Beck Depression Inventory-II)	68

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Психологічне дослідження особистості в кризовій ситуації, що обумовлена важким захворюванням, є одним із найважливіших і, водночас, одним із найбільш суперечливих розділів психологічної науки про особистість.

Проблеми виживання, виходу або подолання (coping) важких обставин та збереження при цьому основних життєвих цінностей стали центральними дослідженнями багатьох вітчизняних та зарубіжних психологів (А.Г Маслоу, К. Р. Роджерс, В. Франкл, Е. Еріксон, Ф. Василюк, О. Ворона). Реакція на хворобу сприймається як інтегративне утворення, що включає афективні, поведінкові, когнітивні та фізіологічні компоненти, які можуть функціонувати як на свідомому, так і на несвідомому рівнях.

Уявлення про те, що криза, яка пов'язана з тяжким захворюванням, зачіпає багато структур особистості, відображена в більшості досліджень: відзначається і негативний характер, і позитивні результати кризи: переважання негативних емоцій ускладнює подолання криз (Миколаєва Н.), зміни у сприйнятті себе та свого життя (Р. Гнездилов), зміни в ціннісно-мотиваційній та смисловій сферах особистості (М. Боришевський), у самосвідомості та Я-концепції (Л. Бурлачук), у соціально-професійній сфері та в діяльності (Н. Герасименко).

Онкологічне захворювання, особливо рак молочної залози (РМЗ), безперечно, належить до кризових ситуацій. Це захворювання виступає для психічної діяльності у двох аспектах. З одного боку, діагноз, на думку багатьох жінок, традиційно відносять до групи невиліковних, що перетворює лише факт захворюваності на серйозну психологічну травму. З іншого боку, необхідність піддатися оперативному втручанню, з не завжди точно передбачуваними наслідками, втрата жіночності, краси, і, як наслідок, зміна відносин з людьми, викликає важкий стрес у жінки будь-якого віку.

У психологічних дослідженнях «психологічну кризу» жінок, які страждають на рак молочної залози характеризують тривогою, почуттям безнадійності, невизначеності, песимістичною оцінкою майбутнього. В умовах важкого соматичного захворювання виникає нова життєва ситуація, що руйнує структуру особистості, яка створилася до хвороби.

Об'єкт дослідження: Особистісні риси та стани жінок у кризовій ситуації.

Предмет дослідження: Динаміка особистісних особливостей жінок у кризовій ситуації, зумовленій онкологічним захворюванням.

Метою дослідження є динаміка особистісних особливостей жінок у кризовій ситуації.

Гіпотеза полягала у припущенні, що кризова ситуація, зумовлена онкологічним захворюванням, супроводжується специфічними особистісними змінами: індивідуально – типологічні та емоційні особливості особистості характеризуються домінуванням таких рис як тривожність, пригніченість, ригідність; змінюються вищі ієрархічні рівні ціннісно - потребової сфери з орієнтацією особистості на духовність. Соціальна адаптація залежить від типу особистісних змін.

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

1. Дослідити динаміку індивідуально-типологічних особливостей жінок, які страждають на рак молочної залози.
2. Виявити особливості зміни емоційного стану жінок, які страждають на рак молочної залози.
3. Провести дослідження ціннісно - потребової сфери жінок, які страждають на рак молочної залози, виявити закономірності зміни.
4. Створити ефективну програму психологічної корекції та впровадити у практичну діяльність.

Методи дослідження: теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури на тему дослідження (аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових джерел з проблеми дослідження); методи експериментального

дослідження: Опитувальник Міні-мулт (скорочений варіант) Міннесотського Багатовимірного Особистісного Переліку (ММР1) для виявлення індивідуально-типологічних особливостей особистості та їх динаміки; Шкала тривоги та депресії А. Бека для діагностики емоційного стану та особливостей його зміни; Методика ціннісних орієнтацій М. Рокіча.

Практичне значення дослідження виявляється в можливості використанні матеріалів кваліфікаційного дослідження в системі підготовки майбутніх фахівців психологічної сфери, зокрема, в дисциплінах «Психологія особистості», «Патопсихологія», «Основи клінічної психології», «Вікова психологія», при проведенні соціально-психологічної практики студентів. Виявлені особистісні фактори депресивних, тривожних розладів у жінок є важливим ресурсом психологічної допомоги цьому контингенту. Створено ефективну програму психологічної корекції кризових станів жінок та впроваджено у практичну діяльність.

Експериментальна база дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилась на базі Навчально-наукової лабораторії медико-психологічних досліджень (Хмельницький національний університет) У ній взяли участь 32 особи жіночої статі, які проходили психотерапію і отримували психологічний супровід.

Апробація результатів дослідження відбувалась шляхом публікації статті на тему: «Психологічні особливості кризових станів, обумовлених онкологічним захворюванням у жінок» в збірнику матеріалів XII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців» 18 квітня 2024 року, м. Хмельницький

Структура роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку джерел посилання (60 найменування) та двох додатків. Загальний обсяг дипломної роботи – 58 сторінки тексту (основна частина – 54 сторінок).

РОЗДІЛ 1.

НАУКОВО - ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНІВ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Наукові основи розуміння сутності особистості та її структури

У зарубіжній психології особистості є безліч різних теоретичних підходів до розуміння особистості. Однак, як зазначають американські дослідники, незважаючи на всю їхню різноманітність, теорії особистості мають загальну концептуальну основу, каркас, що складається з шести основних блоків: структура, мотивація, розвиток, психопатологія, психічне здоров'я та зміна особистості внаслідок терапевтичного впливу.

Першою персонологічною теорією, яка охоплювала б усі шість перелічених вище аспектів людської поведінки можна вважати психоаналітичну (психодинамічну) теорію особистості З. Фрейда. До психодинамічних теорій особистості можна віднести персонологічні концепції А. Адлера та К. Г. Юнга. Подальший розвиток психодинамічних підходів відбувається в «Его – психології» Е. Еріксона і К. Горні, в теоріях об'єктних відносин М. Клайн, Р. Спітца, О. Кернберг та ін.

Психодинамічний підхід за основу розвитку особистості вважає біологічне зірвання організму. Особливо яскраво біологізм виступає у трактуванні особистості З. Фрейдом. Згідно з його вченням, вся поведінка особистості обумовлена біологічними потягами, інстинктами і, насамперед, сексуальними (про це говорив і А. Адлер: розвиток особистості дитини здійснюється через її ідентифікацію з батьками, що робить її соціалізованою та моральною). У дитини, що розвивається, постійний конфлікт між несвідомими потягами і соціально засвоєваними нормами. Тому особистість, що розвивається, потенційно патологічна: невротична і закомплексована. Структура особи за Фрейдом [27] має такі рівні (компоненти):

ВОНО – несвідома частина психіки, «вируючий котел» біологічних, інстинктивних потягів: агресивних та сексуальних;

Я – свідомість. На Я впливають три сили: «ВОНО», «Над-Я» через яке суспільство висуває свої вимоги людині. «Я» намагається встановити гармонію; «Над-Я» – совість, служить носієм моральних стандартів. Для порятунку від конфлікту між «ВОНО» та «Над-Я» «Я» застосовує засоби психологічного захисту: проекція, раціоналізація, витіснення та інші.

Другий підхід – соціогенетичний: людина, що народжується біологічною особою, стає особистістю завдяки впливу соціальних умов життя. Вирішальне значення приділяється спілкуванню, психологічному взаєморозумінню, тоді як економіко-політичні відносини, численність їх впливів на особистість взагалі не враховуються [39, 44].

Іншою концепцією цього напрямку є так звана теорія навчання. Життя особистості, її відносини є результатом підкріпленого навчання, засвоєння навичок [32].

Дуже популярна у зарубіжній психології теорія ролей. Вона виходить із того, що кожна людина у житті грає якусь роль, одній їй призначену. Залежно від виконуваної ролі визначається характер поведінки особистості, її ставлення до того, що відбувається з іншими [41]. У результаті кожна з цих теорій пояснює соціальну поведінку людини, не замкнених у собі властивостей середовища, до яких людина змушена якось пристосовуватися, при цьому зовсім не враховуються об'єктивні суспільно-історичні умови людини.

Наступний підхід – психогенетичний: не заперечує ані біології, ані середовища, але на першому плані постулює розвиток власне психічних процесів. У ньому можна виділити кілька течій:

Концепції, що відображають перевагу розвитку пізнавальних сторін інтелекту (Ж. Піаже). Когнітивні теорії особистості виходять із розуміння людини як такої, яка «розуміє, що аналізує», оскільки людина знаходиться в інформації, яку потрібно зрозуміти, оцінити, використовувати.

Концепції, у центрі уваги яких стоїть розвиток особистості теорії персонологічні (К. Бюллер): розвиток психіки – інстинкт – навичка – інтелект. Трактують принцип цілісності у життєдіяльності людини та тварин; потреба у самоактуалізації.

Екзистенційна гуманістична теорія особистості, четвертий напрямок, де особистість постає як унікальна, цілісна система, яка є можливістю самоактуалізації. Головне в особистості - спрямованість до майбутнього, у реалізації творчих потенціалів, зміцненні віри в себе і можливість досягнення «ідеального Я» (К. Роджерс, В. Франкл - сенс - справжній початок людської поведінки) та персонологічні теорії Е. Кречмера, Р. Кеттелла, Г. Айзенка (факторні теорії)

І, нарешті, п'яте: гештальтпсихологія, що виникла в Німеччині. В. Келер, К. Левін висунули програму вивчення психіки з погляду цілісних структур (гештальт) та розробили системний підхід до психічних явищ. К. Левін пояснив поведінку особистості в її фізичному та соціальному оточенні як короткочасну цілісну ситуацію при кожному психічному явищі (емоція, переживання, дія тощо). Психіка - ціле, що не виводиться з елементів (як у біхевіоризмі), що існують окремо і пов'язаних потім разом, а, навпаки, окрема частина цілого залежить від структурних законів цього цілого.

Таким чином, особистість – це конкретна людина, що є представником певного суспільства, певної соціальної групи, що займається конкретним видом діяльності, усвідомлює своє ставлення до навколишнього і наділена певними індивідуально-психологічними особливостями. В основі особистості лежить її структура – зв'язок та взаємодія щодо стійких компонентів (сторін) особистості: здібностей, темпераменту, характеру, вольових якостей, емоцій та мотивації.

Теоретичне та експериментальне дослідження структури особистості становить одну з галузей психології. Історія вчення про структуру особистості у вітчизняній; психології починалася з відомого положення: в психічному вигляді особистості виділяються різні сфери чи області рис особистості, що

характеризують різні сторони особистості; але при всьому своєму різноманітті, відмінності та суперечливості основні властивості особистості, взаємодіючи одна з одною у конкретній діяльності людини і, взаємно проникаючи одна в одну, поєднуються все ж таки в реальній єдності особистості. Тому однаково неправильні, як та думка, у котрій єдність особистості виявляється у аморфній цілісності, перетворює її психічний образ у безформну туманність, і інша, протилежна їй, яка бачить у особистості лише окремі риси і, втрачаючи всяку справжню, внутрішню єдність психічного образу особистості, марно потім шукає «кореляцій» між зовнішніми проявами цих рис.

У структурі особистості С. Рубінштейн [14] виділяв: 1) спрямованість (визначувану мотивом людської діяльності); 2) здібності (складну синтетичну особливість особистості, що визначає придатність до діяльності); 3) темперамент (динамічна характеристика психічної діяльності); 4) емоції (почуття людини стосовно світу); 5) характер (єдність особистості, що опосередковує її поведінку).

Норакідзе В. [8] зауважив, що особистість є не лише множинністю, а й одночасно структурою. Ця структура підпорядковується загальним законам, і для вивчення індивідуальної своєрідності особистості, необхідне знання загальної структури психіки. Тоді ж було зазначено, що формування структури обумовлено певними факторами. У минулому столітті ця проблема ставилася і вирішувалася відповідно до теоретичних позицій різних концепцій. У зарубіжній психології не вдалося погодити множинність психічного життя особистості з фактом цілісності її структури; не вдалося дати моністичне пояснення цим двом фактам, розглянути цілісність особистості, типологію цієї цілісності в єдності з її факторами, що її породили. Однак накопичення наукових даних і сфера явищ людського розвитку, що все більш розширюється, вивчається експериментальною психологією, свідчать про відомий прогрес структурного аналізу особистості.

Сучасна психологія дедалі глибше проникає у зв'язок, що існує між інтеріндивідуальною структурою того соціального цілого, до якого належить особистість, і інтеріндивідуальною структурою самої особистості, різноманітним зв'язкам особистості із суспільством загалом, різними соціальними групами та інституціями, що визначають інтраіндивідуальну структуру її внутрішнього світу. У свою чергу сформовані і стійкими утворення комплексів особистісних властивостей регулюють обсяг і міру активності соціальних контактів особистості, впливають на створення свого середовища розвитку.

Як і будь-яка структура, інтраіндивідуальна структура є цілісним утворенням та певною організацією властивостей. Функціонування такого утворення можливе лише у вигляді взаємодії різних властивостей, що є компонентами структури особистості. Дослідження компонентів, що належать до різних рівнів та сторін розвитку особистості при структурному вивченні цього розвитку обов'язково поєднується з дослідженням різних видів взаємозв'язків між цими компонентами. Відомо, що далеко не всі психофізіологічні функції, психічні процеси та стани входять до структури особистості. З багатьох соціальних ролей, установок, ціннісних орієнтацій лише деякі входять у структуру особистості. Разом з тим в цю структуру можуть увійти властивості індивіда, що багаторазово опосередковані соціальними властивостями особистості, але самі, відносяться до біофізіологічних характеристик організму (наприклад, рухливість або інертність нервової системи, тип метаболізму і т. і.).

Структура особистості включає, отже, структуру індивіда як найбільш загальних та актуальних для життєдіяльності та поведінки комплексів органічних властивостей. Цей зв'язок не можна, звичайно, розуміти спрощено як пряму кореляційну залежність структури особистості від соматичної конституції, типу нервової системи тощо.

У сучасній науці ідеї складних динамічних структур, що поєднують соціальні та психофізіологічні особливості людини, набувають все більшого

значення. У цьому напрямі будуються різні нові інтерпретації зв'язків зовнішньої та внутрішньої спрямованості особистості (її екстра та інтравертованості) з різними енергетичними, вперше описаними К. Юнгом, та нейрофізіологічними характеристиками людини, отриманими Г. Айзенком.

Статус і соціальні функції – ролі, мотивація поведінки та ціннісні орієнтації, структура та динаміка відносин – усе це характеристики особистості, що визначають її світогляд, життєву спрямованість, суспільну поведінку, основні тенденції розвитку. Сукупність таких властивостей і становить характер як систему властивостей особистості, її суб'єктивних відносин до суспільства, інших людей, діяльності, самої себе, які постійно реалізуються у суспільній поведінці, закріплених у способі життя. Перехід відносин у риси характеру – одна з основних закономірностей характероутворення. Вперше ця закономірність була виявлена Лазурським О., для якого відносини особистості та генезис характероутворення виявилися категоріями одного порядку.

Згодом К. Юнг запропонував відому класифікацію екстра- та інтравертованих особистостей. Е. Блейлер, Е. Кречмер, А. Адлер та інші використовували різні принципи соціально-зовнішньої та індивідуально-внутрішньої орієнтації особистості як критерії її визначення.

Р. Кеттел виділив ряд чинників, стосовно яких існують підпорядковані явища особистості. Однак один щодо одного всі ці фактори є незалежними, автономними у загальній структурі особистості, в якій вони своєрідно розташовані. Тому між такими факторами, як шизотимія – циклотимія, підозрілість – довірливість, сумлінність – пристосовуваність і т. і., не існує необхідних взаємозв'язків, хоча можливі різні випадкові поєднання їх ефектів у поведінці.

Одним із ґрунтовних оглядів, що належать зарубіжним психологам, присвячений структурам особистості, є огляд Р. Мейлі [52]. Згідно Мейлі, трьома елементами особистості є темперамент, здібності та характер, а вірніше

- мотивація. Як вважає автор, мотивація та здібності пов'язані з впливом зовнішніх подій, навчанням, а темперамент – з вродженими схильностями.

Елементами психологічної структури особистості є її психологічні властивості та особливості, зазвичай звані «рисами особистості». Їх дуже багато. Але це важко оглядне число властивостей особистості психологи намагаються умовно вкласти у кілька підструктур. Нижчим рівнем особистості є біологічно обумовлена підструктура, до якої входять вікові, статеві властивості психіки, уроджені властивості типу нервової системи та темпераменту. Наступна підструктура включає у себе індивідуальні особливості психічних процесів людини, тобто, індивідуальні прояви пам'яті, сприйняття, відчуття, мислення, здібностей, які залежать як від вроджених чинників, так і від тренування, розвитку, вдосконалення цих аспектів. Далі, рівнем особистості є також її індивідуальний соціальний досвід, до якого входять набуті людиною знання, навички, уміння та звички. Ця підструктура формується переважно у процесі навчання, має соціальний характер. Вищим рівнем особистості є її спрямованість, куди входять потяги, бажання, інтереси, схильності, ідеали, погляди, переконання людини, її світогляд, особливості характеру, самооцінка. Підструктура спрямованості особистості найбільш соціально зумовлена, формується під впливом виховання у суспільстві, найповніше відображає ідеологію спільноти, у яку людина включена. Практично ніхто із дослідників не заперечує проти того, що провідним компонентом структури особистості, її системоутворюючою властивістю (ознакою, якістю) є спрямованість – система стійких мотивів (домінуючих потреб, інтересів, схильностей, переконань, ідеалів, світогляду тощо), що визначає поведінку особистості у зовнішніх умовах, що змінюються.

Спрямованість організує впливає як на компоненти структури особистості (наприклад, на небажані риси темпераменту), так і на психічні стани (подолання негативних психічних станів з допомогою позитивно домінуючою мотивації), на пізнавальні, емоційні, вольові психічні процеси (зокрема, висока мотивація у розвитку процесів мислення має менше значення,

ніж здібності). Спрямованість має прояв у різних сферах життєдіяльності людини.

Підсумовуючи теоретичний аналіз проблеми визначення особистості та її структури, представляється істотним сформулювати орієнтації сучасної психологічної практики щодо того, що основний підсумок та завдання подальшого дослідження структури особистості зводяться до визначення однієї чи кількох структуроутворюючих ознак та характеру зв'язків та взаємозалежностей між ними. Лише тоді виникає структура, коли між вихідними компонентами створюється система стійких зв'язків і на цій основі вся система набуває цілісного характеру та нових якостей.

1.2. Психологічні зміни особистості в кризовій ситуації

Давно помічено, що лікування та його ефективність суттєво залежить від особистості самих хворих. Завдання вивчення суб'єктивної сторони захворювання було поставлено ще на початку минулого століття. Починаючи з робіт М. Мудрова, Г. Захар'їна, П. Ганнушкіна [24] намітився цілісний підхід у вивченні особистості хворого. Він передбачає вивчення та правильне розуміння особистості хворого.

Великий внесок у вивчення проблеми самосвідомості хворої людини зробив А. Лурія [24], сформулювавши поняття «внутрішньої картини хвороби» (ВКХ). Внутрішня картина хвороби, згідно із Лурія, це все те, що відчуває і переживає хворий, вся маса його відчуттів, не тільки місцевих хворобливих, а й його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, все те, що пов'язано для хворого з його приходом до лікаря, – весь той величезний внутрішній світ хворого, який складається з дуже складних поєднань сприйняття та відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань та травм.

Не тільки вираженість органічних та функціональних порушень, а й особливості особистості, ступінь усвідомлення та переживання хвороби впливають на формування структури внутрішньої картини хвороби. Велике

значення мають також соціальний статус особистості хворого, його роль у сімейних відносинах, ступінь його працездатності, суспільний стан, ціннісні орієнтації, вимушене хворобою обмеження поведінки, звуження інтерперсональних зв'язків, зниження життєвої перспективи, які можуть створювати додаткові, окрім самої хвороби, стресові ситуації, накладають свій відбиток на структуру психологічних перебудов особи хворого.

Зниження його соціального становища може стати потужним психологічним чинником, що створює небажані перебудови у структурі внутрішньої картини хвороби, зокрема невротичної генези, які можуть фіксуватися.

Наявність неадекватно сформованої внутрішньої картини хвороби може опосередковано негативно впливати на перебіг та результат захворювання, створювати серйозні труднощі у сімейному та суспільному житті, ставати гальмом для реалізації особистості, а іноді – сприяти зміні самої особистості, розвитку внутрішніх конфліктів різного плану.

Актуальним завданням сучасної психології є вивчення особливостей особистості хворих із хронічними соматичними захворюваннями. За своєю поширеністю, соціальною та економічною значимістю серед таких захворювань на перше місце виходять онкологічні хвороби.

Особистість онкологічного хворого розглядається з двох позицій: медичної (оцінка якості його життя, ставлення до захворювання та ін.) та психологічної (особливості особистості хворого та зміни, що відбуваються з особистістю хворого).

Багато дослідників [31, 36, 42] вважають найбільш характерними такі риси особистості онкологічного хворого: запобігливість, готовність допомогти або піти на жертву, хороша пристосовність до норм моралі, емоційна стійкість, шанобливість, відсутність агресивності та ворожості до оточуючих.

Такі особистості зазвичай пригнічують свій гнів та образу, не втрачають контролю над собою. За поведінкою, яку вимагає від них суспільство, лише

ледь можна розпізнати внутрішню ізоляцію, що супроводжується відчуженістю, і глибоко пригнічені конфлікти. Бексон [34], навпаки, вважає, що хворі, які страждають на злоякісні пухлини, зазвичай є особистостями авторитарними, ригідними, заперечують усе, що представляється їм обтяжливим або суперечить нормам суспільної моралі. Приховані, підсвідомі конфлікти, у яких не визнаються навіть для самих себе, проектуються на оточуючих; домінуючим способом «вирішення» конфліктів у них є пригнічення у собі та заперечення. Отже, для таких хворих характерні особливо важкі життєві ситуації та своєрідно ослаблена структура особистості.

Одне з найкращих досліджень, що розглядають психологічні особливості людини, описано в книзі Е. Еванс «Дослідження раку з психологічної точки зору». Ґрунтуючись на обстеженні 100 хворих на рак, авторка робить висновок, що всі обстежені хворі належали до психологічного типу, схильного пов'язувати себе з якимось одним об'єктом або роллю (з людиною, роботою, будинком), а не розвивати власну індивідуальність. Коли цьому об'єкту або ролі, з якими людина себе пов'язує, починає загрозувати небезпека або вони просто зникають, то такі пацієнти виявляються наче наодинці із собою, однак, при цьому у них відсутні навички, що дозволяють справлятися з подібними ситуаціями. Її спостереження було підтверджено та уточнено низкою пізніших досліджень.

Дослідження інших авторів показують, що основними особливостями емоційної сфери є алекситимічність особистості, низький рівень емоційної експресивності – нездатність хворих висловлювати свої почуття чи надмірне придушення почуттів (Eysenck H., 1994; Pettingale K., et al. 1984; Watson; 1990)).

У низці робіт вітчизняних психологів досліджено психологічний профіль онкологічного хворого. Було з'ясовано, що у багатьох пацієнтів спостерігаються такі риси: домінуюча дитяча позиція у комунікації, тенденція до екстерналізації локусу контролю, висока нормативність у ціннісній сфері,

високий поріг сприйняття негативних ситуацій, складність розуміння сутнісних ознак у когнітивній сфері. При цьому найчастіше у сім'ї виявлялася присутність доміантної матері. Було також встановлено, що жінки, у яких згодом розвивався рак молочної залози, отримали більш високі оцінки блокування потреби у близьких стосунках зі своїми батьками та партнерами та почуттів до них [11].

Численні дослідження хворих на рак молочної залози дозволили встановити, що провідними психотипами є два: жінки з паранояльними рисами і з психостенічними рисами [13, 15]. Це відповідає концепції етіопатогенезу психосоматичних захворювань Гарбузова В., який вважає, що людина, перебуваючи у тривалій психотравмуючій ситуації дистресу, відповідає одній з двох психологічних реакцій: агресивно – протестної чи капітулятивно - депресивної.

Особи, у преморбіді яких провідним є підвищення за шкалою паранояльність, відрізняються цілеспрямованістю, впевненістю у власних силах, емоційною яскравістю, більшою здатністю до вираження негативних емоцій, ніж у особистостей із психостенічними рисами. Це люди, схильні до утворення надцінних ідей, активні, впевнені в собі, з високою самооцінкою, з підвищеними агресивними та конфліктними тенденціями у поведінці. Схильні до ранжування та оцінки оточуючого, що важко переглядають свої погляди та вчинки (схильність до ригідності). Часто впевнені у своїй правоті та активно обстоюють свої ідеї, більш спрямовані у процесі лікування.

Серед представників паранояльного типу відзначалася широка варіабельність стереотипів поведінки, вони відрізняються більшою спонтанністю поведінки, адекватніше реагують на лікувальні заходи, що проводяться, що відображається у формуванні захисних реакцій. Найчастіше це соматизація тривоги; реакція заперечення, що полягає у різних проявах від демонстрації оптимізму, підвищеного настрою до збільшення спонукальної та мовної активності; аутизація.

Хворі з психостенічними рисами мають тривожно-недовірливий тип характеру. Їм властива підвищена тривожність, страхи, боязкість, нерішучість, постійні сумніви у своїй правоті та у своїх силах, занижена самооцінка. Переважною формою захисту є соматизація тривоги.

Таким чином, проведений аналіз свідчить про великий інтерес дослідників до особи хворої людини. Проте, цілісне уявлення про особистість втрачається в діапазоні окремих її проявів (рис характеру, особливості емоційної сфери, тип реакцій та ін.).

Серед сучасних психологічних теорій поширені концепції, що акцентують увагу на різних аспектах криз у житті людини. Поширеним є розуміння кризи як прояви хвороби, порушення здоров'я людини на рівні функціонування її організму або розвитку особистості [10, 24,29].

Будь-яка хронічна хвороба незалежно від того, яка її біологічна природа, який орган чи функціональна система виявляється ураженими нею, ставить людину у психологічно особливі життєві обставини, чи, інакше кажучи, створює особливу об'єктивну соціальну ситуацію розвитку психіки людини. У цьому відношенні різні хронічні захворювання можуть створити однотипні життєві обставини.

По-перше, наявність певної біологічної шкоди, що впливає на умови функціонування організму та центральної нервової системи; специфічна соматогенна інтоксикація. Наслідком є розвиток астеничного синдрому різного ступеню вираженості, котрий іноді зумовлює особливу соматогенну енцефалопатію.

По-друге, різний ступінь вітальної загрози, про яку найчастіше знає хворий.

По-третє, тривалість перебігу хвороби з можливими періодами згасання та загострення хворобливого процесу, що передбачають тривале лікування, іноді перебування у стаціонарі в ситуаціях тяжких для хворого на лікувальні процедури.

По-четверте, відрив від звичних умов життя з обмеженням або повною втратою трудової діяльності, звуженням та обмеженням звичного кола спілкування тощо, зміною статусу людини.

Зазначені особливості соціальної ситуації розвитку, у якій виявляється раптово хвора людина можуть змінювати весь стиль її життя: її життєві установки, плани на майбутнє, її життєву позицію стосовно різних важливих для хворого обставин. Всі ці зміни виявляються предметом психічної активності хворого і знаходять відображення в особливому, що формується в умовах хвороби, утворенні - внутрішній картині хвороби. Згідно із нею можливі судження про поступову зміну особистості, про життєву позицію хворого, про присвоєння ним соціальної «ролі» хворого, про, так би мовити, визрівання в надрах його психіки нового сенсотворчого мотиву — мотиву збереження здоров'я, що згодом стає новим провідним мотивом діяльності, що визначає всю нову постхворобливу спрямованість особистості.

Вивчення тієї особливої кризової ситуації, у яку ставить людину хронічне соматичне захворювання, висуває на перший план низку проблем: важливе вирішення загальнотеоретичних питань психології особистості, передусім питання закономірностей і рушійних сил розвитку особистості. У вітчизняній психології є загальноновизнаним методологічне положення про те, що рушійні сили розвитку особистості укладені у протиріччях реальної діяльності суб'єкта, аналіз яких може допомогти розкриттю основних напрямів та тенденцій розвитку людини.

На різних етапах життєвого шляху людина стикається з кризовою ситуацією (хворобою), яка може спровокувати особистісну (екзистенційну) кризу. Криза виникає, якщо життєві події створюють потенційну загрозу задоволенню фундаментальних потреб і при цьому вони ставлять перед індивідом проблему, від якої він не може піти і яку не може вирішити в короткий час звичними способами. Отже, суть особистісної кризи - це конфлікт між старим і новим, між звичним минулим і можливим майбутнім, тим, хто ти є зараз і тим, ким би ти міг стати.

Більшість вітчизняних дослідників [10, 11, 24,29] та зарубіжних [1, 34, 37, 41,48] вважають, що криза може бути як позитивною (конструктивною, творчою, інтегруючою), так і негативною (деструктивною, руйнівною, що роз'єднує).

Звідси випливає, що у вирішенні кризової ситуації можна виділити два основні виходи. Один полягає в тому, що людина ризикує, відкриваючись новим можливостям та долаючи страх змін. Тим самим вона реалізує, за словами Р. Ассаджіолі, «базове прагнення зростання». Тоді людина переходить на наступний рівень свого розвитку, отримує новий досвід, нові знання про світ і про себе.

Інший вихід полягає у спробі збереження існуючого порядку.

Таким чином, долаючи кризову ситуацію хвороби, особистості необхідно не просто вижити, а навчитися розвиватись, актуалізувати свої потенційні можливості. Проте суть кризи така, що змушує людину засумніватися у можливості її подолання. Розуміння кризи як переходу від одного способу буття до іншого зазвичай існує у людини поза кризовою ситуацією. Коли вона стикається з важким захворюванням, у неї з'являється почуття, що їй не вдасться впоратися з хворобою, що це кінець. І тут хвороба сприймається як аварія життя.

Таким чином, якщо криза не вирішена або вирішена неадекватно, то це може привнести в особистість деструктивний аспект і тим самим ускладнити процес подальшого зростання та розвитку.

Адекватне ж розв'язання кризи дає пацієнтові можливість не тільки одужати, а й перейти на наступний рівень розвитку більш зрілою особистістю. К. і С. Гроф [46] зазначають, що «якщо правильно зрозуміти кризу і ставитися до неї як до важкого етапу, то вона здатна дати спонтанне зцілення різних емоційних та психосоматичних порушень, сприятливу зміну особистості, вирішення важливих життєвих проблем та еволюційний рух до того, що називають вищою свідомістю» [46, р. 35]. Подібних ідей дотримувались у своїх роботах К.Г. Юнг та Р. Ассаджіолі.

Постановка онкологічного діагнозу є кризовою ситуацією для будь-якої людини, оскільки у свідомості поняття «пухлина» звучить як синонім приреченості, смерті. Peseschkian N., відзначаючи інтенсивність емоційної напруги при постановці діагнозу раку, пише, що хворий сприймає його як «поплату смерті». Уявлення про невиліковність раку, про труднощі його лікування, пов'язаного з важкими ускладненнями і косметичними дефектами (облісіння після хіміотерапії, операції, що калічать і ін.), змінює все життя людини. Жодне з існуючих захворювань не несе в собі такого потужного навантаження, що стресує, як злоякісна пухлина [11, 24,].

Тому для людини, яка переживає кризу, пов'язану з онкологічним захворюванням, характерна звантаженість невирішеними проблемами, почуття безнадійності, беспорядності, переживання життя як «глухого кута». У цей час людина гостро відчуває відсутність внутрішньої опори, губляться зв'язки зі світом та іншими людьми; старі життєві цілі руйнуються, сенси втрачають свою цінність. Тиск цього стану штовхає людину до дій, які б вирішити проблему негайно. Серед руйнівних для особистості способів виходу з кризи можуть виявитися суїцид, нервово-психічні та розлади, соціальна дезадаптація.

В. Русіна, розглядаючи зміни особи онкологічного хворого, зазначає, що результатом цих змін є: загальне зниження активності (довільне обмеження), зміна всієї ієрархії мотиваційно-потребової сфери, скорочення тимчасової перспективи (майбутнє заперечується, минуле довільно забувається, життя обмежується сьогоднішнім) [21].

А. Тхостів [24] на великому емпіричному матеріалі та за різної локалізації показав, що центральними психологічними змінами в ситуації онкологічного захворювання є ціннісно - смислові зміни – у хворих актуалізується мотив збереження життя, який стає головним спонукальним мотивом їхньої діяльності.

Домінування цього мотиву переструктурує систему цінностей, при цьому активність, цілеспрямованість, установка на самореалізацію та

досягнення в ситуації небезпечного для життя захворювання втрачають свій сенс. Центральний психологічний механізм особистісних змін у цих випадках - «зсув мети на мотив», що позбавляє багато мотивів їхньої власної спонукальної та сенсотворчої функції.

Виявлення пухлини в молочній залозі, супроводжується ще тяжчою кризою, в основі якої лежить як страх перед смертельно небезпечним захворюванням, так і страх перед втратою молочної залози, органу, що асоціюється з жіночою ідентифікацією. Більшість пацієнок починають відчувати свою неповноцінність як жінки, а розвиток різних нервово-психічних порушень неминуче веде до декомпенсації основних регулюючих систем організму, втрати відчуття реальності, зриву психічної діяльності .

У відповідь на кризову ситуацію дуже часто у жінок, які страждають на рак молочної залози, розвиваються зміни у психоемоційній сфері. Психічна конституція пацієнок сильно впливає на розвиток цих змін.

Зазвичай виділяють три фази прояву змін психоемоційної сфери жінок, які страждають на рак молочної залози: коли жінка вперше дізнається про необхідність стаціонарного або амбулаторного обстеження, потім період лікування в лікарні і вже після операції [49, 51, 52,].

У перший період жінка стривожена, неспокійна, боїться, її ставлення до хвороби суперечливе, розвивається кризова реакція, та буває і депресія. Страх свідчить про порушення соматичної та психічної єдності, мобілізує ті психічні функції, які сприяють відновленню цієї єдності. Найчастіше цей страх є комплексним, пов'язаним, з одного боку, з наявністю небезпеки життя, з невиліковністю захворювання, нарешті, смертю і, з іншого боку, фізичною неповноцінністю внаслідок лікування, соціальної ізоляцією, зміною якості життя. Запланований обсяг оперативного втручання (органозберігаюча операція або мастектомія) ніяк не впливає на тяжкість емоційних розладів. Таким чином, все подальше життя жінки протікає на тлі конфлікту надій та безнадійності. Стихійний страх перед так званим «знелюдненням» часто буває

навіть сильнішим за страх фізичної смерті, незворотність процесу накладає відбиток на всі сфери пацієнтки, хвора глибоко замикається.

У другому періоді, після вступу до стаціонару, на психологічні реакції впливають різні чинники, як позитивні, так і негативні. Негативним чинником є відрив від сім'ї, почуття самотності, розповіді інших хворих про несприятливий перебіг захворювання. Настрій жінки пригнічений, вона відчуває страх, постійно порівнює перебіг своєї хвороби із станом інших пацієнток. З психоемоційними порушеннями тісно пов'язані зміни у когнітивній сфері: увага, розумова гнучкість, швидкість інформаційних процесів, зорова пам'ять, моторні функції. У жінки дистрес асоціюється зі зниженням когнітивної функції, втратою концентрації, інсомнією.

Через кілька днів після госпіталізації на передній план виступають позитивні чинники: жінка приймає факт необхідності операції як єдину можливість врятувати життя.

У третій період після операції виникають психологічні проблеми, пов'язані з почуттям втрати жіночності. У цей час у жінок настає реальне усвідомлення наслідків операції, що калічить. З'являється нове почуття, яке раніше тільки передбачалося, але остаточно не усвідомлювалося жінками – почуття власної неповноцінності, втрати привабливості, жіночої сексуальності. В результаті операції, насамперед, змінюється уявлення людини про себе, її самооцінка, і тільки потім приходить усвідомлення благополучного результату операції, і, як результат, проходить страх смерті, який домінує на доопераційному етапі, оскільки реальна небезпека для життя минула. Безпосередньо після операції нестійкий настрій, почуття неповноцінності, сором'язливість навіть перед собою, можуть призвести до депресивних реакцій.

Повернення до сім'ї може посилити депресію, якщо поведінка близьких не відповідає очікуванням жінки. При неадекватному ставленні до неї вона виявляється ізольованою від сім'ї та ширшого кола спілкування, змінюються її відносини з людьми, вона опиняється в умовах соціальної депривації [47].

Глибина депресії залежить і від того, наскільки вражена жінка свідомістю невиліковності хвороби, а також її особистісних особливостей, соціального стану.

На різних стадіях хвороби може виявлятися реакція заперечення факту захворювання. Ця реакція спрямована на полегшення хвороби, жінка по суті таким способом захищається від шоку, обумовленого інформацією про наявність раку молочної залози, від наслідків почуття ізольованості та дискримінованості. Однак, нерідко жінки звертаються до лікаря дуже пізно, що, очевидно, також є наслідком захисних механізмів у вигляді заперечення. Жінка боїться реального стану речей, не бажає брати до відома факту своєї смертельно небезпечної хвороби, а за певних особистісних особливостей, соціальних і етно-культуральних умов можуть грати роль своєрідні табу на те, що пов'язано з сексуальністю, інтимністю.

Характерними реакціями можуть бути також агресія та проекція. Багато авторів відзначають, що прояв негативних емоцій призводить до тривалішого одужування хворих, тоді як позитивні емоції скорочують одужування [54,55]. Навіть за наявності метастазів прогноз захворювання та час одужання кращі у тих хворих, які дають вихід своїм почуттям, пов'язаним із хворобою та її лікуванням (навіть якщо ці емоції негативні), ніж у тих, які свої почуття стримують, пригнічують у собі. Агресивність може виявлятися в інтроєктивній та проєктивній формі. У першому випадку жінка вважає джерелом зла саме себе, звинувачує себе. При проєктивній агресивності відповідальність адресується на навколишній світ, провинна, джерело зла - поза хворою, оточуючі винні у тому, що вона хвора, позбавлена повноцінності. Проекція на довкілля зазвичай характерна для пізніших стадій захворювання, коли хвора вороже налаштована проти оточення, ізолюється.

В останні роки значна увага приділяється якості життя онкологічних хворих, у тому числі хворих на рак молочної залози. З цією метою розробляються менш травматичні за обсягом та переносимістю операції. Це

передбачає зменшення переживань кризової ситуації і, як наслідок, зниження розвитку психоемоційних розладів.

В даний час існує два основних підходи до хірургічного лікування раку молочної залози: повне видалення молочної залози та органозберігаючі операції, при яких пухлина видаляється з невеликою ділянкою молочної залози. Часто одночасно з повним видаленням органу (радикальна мастектомія) проводяться реконструктивно - пластичні операції, основне завдання яких відновити символ жіночності та краси, втрачений під час лікування. Існує багато варіантів цих операцій, важливим є одне, що після таких операцій дефект, отриманий у процесі лікування, не такий значний, як і у випадках органозберігаючих операцій.

На жаль, цієї мети не було досягнуто повністю, і досі, як і раніше, немає єдиної думки щодо впливу того чи іншого типу операції на якість життя пацієнток. Справді, у найближчі терміни після мастектомії (повного видалення органу) у жінок гірший фізичний стан та функціональні можливості, більш виражене розчарування своїм зовнішнім виглядом. З іншого боку, після органозберігаючих операцій більш виражені емоційні розлади, явища стресу, у тому числі через страх рецидиву [48,49]. Через півроку після операції різниці якості життя між двома групами жінок не відзначається. У більш тривалі терміни після операції декількома проспективними дослідженнями показано відсутність суттєвої різниці в рівні фізичного та психічного здоров'я в залежності від виду хірургічного втручання/ Багатьма авторами зазначається, що немає істотної різниці в рівні тривоги та страху, кращого психологічного стану після збереження операції, однак, є велика задоволеність зовнішнім виглядом та рівнем сексуальної активності [45, 49, 52].

Певні сподівання покладалися на реконструктивну хірургію (операції з відновлення органу, віддаленого під час лікування). Однак тут отримані суперечливі дані. У дослідженнях Nissen MJ. та ін. [55] з'ясувалося, що жінки після реконструктивно - пластичної операції мають найсильніші порушення

емоційного та психічного стану. В інших дослідженнях ці висновки не підтвердилися або спростувалися [31].

У вітчизняних дослідженнях питання впливу виду хірургічного втручання на тяжкість переживання кризової ситуації та виникнення психоемоційних порушень внаслідок цих втручань, що призводять до зміни особистісних особливостей, не вивчалось.

Хірургічне лікування, що веде до втрати жіночності, пов'язане із змінами особистості, її спрямованістю у майбутнє. Звичайно, питання про тактику лікування, включаючи питання варіанту оперативного втручання, вирішує лікар. Тим не менш, часто бувають ситуації, коли жінці пропонується вибір, особливо при вирішенні питання про реконструктивно - пластичні операції (операції з відновлення молочної залози). Підбір хірургічного лікування з урахуванням характеру кожної жінки дає можливість суттєво знизити стрес та підвищити психологічну пристосованість пацієнтів (Leinster SJ et al., 1989).

Таким чином, всі дослідники зазначають, що рак молочної залози є кризовою ситуацією для жінки будь-якого віку, що призводить до негативних, деструктивних змін особистісних особливостей жінок.

1.3. Вплив психологічної корекції на особистісні особливості жінок у кризовому стані

Перші спроби розробки комплексного підходу до лікування злоякісних новоутворень із застосуванням різних психологічних впливів відносяться до початку ХХ століття, хоча багато дослідників у своїх роботах писали про це набагато раніше. Інтерес до цього питання значно знизився з розвитком нових технологій у хірургії, зміцнивши уявлення про те, що фізичні проблеми можна вирішувати лише фізичними методами. І до останньої третини ХХ століття існувала обмежена кількість досліджень, до вивчення ефективності психокорекційних методів під час лікування онкологічних захворювань. Тільки в останні десятиліття зріс інтерес до різних психологічних аспектів

раку. Отримано переконливі дані позитивного впливу психологічних методів терапії на поліпшення емоційного стану, уповільнення прогресування захворювання, і, отже, збільшення показників виживання та поліпшення якості життя [51,52, 57,59,61].

Наразі до основних методів психологічної корекції кризового стану особистості жінок, які страждають на рак молочної залози, відносяться: особистісно-орієнтовані, сугестивні, поведінкові, когнітивні, арт-терапія, креативна візуалізація. Особистісно-орієнтовані методи призначені для індивідуальної та групової психологічної корекції.

Індивідуальний метод забезпечує глибшу роботу, ніж груповий, тому що вся увага психолога спрямована лише на одну людину. Це допомагає краще зрозуміти пацієнта, знімає психологічні бар'єри, які неминуче виникають у присутності інших людей.

У психологічній допомозі жінкам, які страждають на рак молочної залози, широко використовуються методи групової психотерапії. На початковому етапі група, орієнтована на обмін інформацією, потребує не дуже активної участі пацієнтки, надалі вона розвивається до групи підтримки, яка зосереджується на навчанні навичок подолання стресу. Як тільки руйнуються бар'єри і виникає відчуття спільності, пацієнтки рідко відмовляються брати участь у наступному етапі – більш інтенсивній груповій психотерапії. Було встановлено, що такі групи ефективні в поліпшенні емоційної адаптації, оскільки вони стимулюють більш відкритий прояв почуттів і переживань і активнішу наполегливість хворих взяти на себе контроль над ходом лікування, життєвими рішеннями та взаємини [46].

Сугестивна терапія – форма психокорекції, в якій усунення тілесних та психічних порушень досягається за рахунок застосування навіювання. Суть терапії у тому, що пацієнтові передають у вигляді усного повідомлення правильні установки. Сугестивні формулювання описують стан, який має бути досягнутий, при цьому вони повинні даватися лише у позитивній формі. До сугестивних методів належать гіпноз, навіювання та аутотренінг.

Розрізняють гетеросуггестію – навіювання, яке виробляється іншою особою, і аутосуггестію – самонавіювання. Самонавіювання, так само як і навіювання, можливе в стані неспання (метод Е. Куе) або в стані аутогіпнотичного трансу (метод І. Шульца). Сам І. Шульц розглядав розроблений ним метод аутогенного тренування як самонавіювання, яке проводиться у стані саморозслаблення. В його основі лежать знахідки давньоіндійської системи йогів, досвід дослідження відчуття людей, занурених у гіпноз, практика використання самонавіювання нансійською школою психотерапевтів Е.Куе, психофізіологічні дослідження нервово-м'язової компоненти емоцій і досвід застосування м'язової релаксації і навіть раціональна психотерапія П. Дюбуа.

На відміну від методів самонавіювання, поведінкові методи корекції кризового стану особистості використовуються для формування нового стереотипу поведінки, якого раніше не було в діяльності людини від емоційних травм. Найдієвішою методикою в усуненні тривоги з поведінкових актів є м'язова релаксація [22].

В когнітивній терапії основна увага приділяється пізнавальним структурам психіки, тому акцент робиться на особистість, і на її логічні здібності. В основі когнітивного підходу лежать теорії, що описують особу з точки зору організації пізнавальних структур. Методи когнітивної психокорекції активні та орієнтовані проблеми зняття стресу клієнтів. Дані методи сприяють зміні у сприйнятті себе та навколишньої дійсності, які впливають на поведінку особистості в екстремальній ситуації.

Багато дослідників відзначають позитивний вплив арт-терапії не тільки на поліпшення загального фізичного та психічного стану хворих, але також і на порятунок їх від психосоматичних порушень. Вперше термін «арт-терапія» використали А. Хіллом в 1938г. і незабаром набув широкого поширення. Нині ним позначають всі види занять мистецтвом. Ефективність застосування мистецтва в контексті лікування ґрунтується на тому, що цей метод дозволяє

експериментувати з почуттями, досліджувати та виражати їх на символічному рівні.

Механізм роботи уяви використовують у підході, який можна назвати як творча, створююча, управляюча візуалізація. Серед численних дослідів щодо використання образного мислення для лікування хвороб найбільш відомі клінічні роботи онколога Карла Саймонтона та його дружини психолога Стефані Саймонтон [22]. Вони першими використовували метод візуалізації як додатковий метод лікування онкологічних хворих.

Спочатку пацієнт опановував техніку поступового розслаблення, потім у стані розслаблення він повинен був візуалізувати процес лікування, таким чином, за допомогою образного мислення пацієнт налаштовував себе на одужання. Одним із важливих елементів креативної візуалізації – афірмація. Це позитивна установка те що, що щось уявне вже існує. Афірмацією може бути будь-яка позитивна установка – дуже загальна чи дуже специфічна.

Релаксація (від лат. – зменшення напруги, розслаблення), специфічний стан людини, при переживанні якого створюються сприятливі умови для повноцінного відпочинку, посилення відновлювальних процесів та вироблення довольного регулювання ряду вегетативних і психічних функцій.

Відповідно до цього ним була створена спеціальна система вправ – техніка «прогресивної» або активної нервово-м'язової релаксації, що є курсом систематичного тренування з розслаблення різних груп м'язів [54].

Методом нервово-м'язової релаксації є використання звуків природи. Пацієнт напружує та розслаблює певні м'язи тіла так, що весь процес прогресує від основних м'язових груп до розслаблення всього тіла або будь-якої його частини. При постійних щоденних заняттях у людини проявляється тенденція до розвитку «звички відпочивати», психологічна установка на меншу збудливість і схильність до стресу. У зв'язку з тим, що людина не може одночасно відчувати тривогу і стан розслаблення, прогресивна релаксація гальмує вплив на стресову реакцію. Для потенціювання дії зазначеної

методики успішно використовувалися інші методи, що ґрунтуються на прослуховуванні спеціально підібраних звуків природи.

Пацієнт у стані розслаблення уявляє себе на березі моря, в лісі, біля водоспаду, біля вогнища і т. і. Незважаючи на простоту цього, можна знімати стан тривоги різної інтенсивності буквально з першого сеансу. Це просто: існує тісний зв'язок між станом соматичним (тіла) і станом психіки. Коли людина відчуває психічний та емоційний комфорт – її тіло розслаблюється. Якщо ж, навпаки, пацієнт охоплений тривогою чи перебуває під впливом стресу – у м'язах виникає напруга. Цей рефлексорний взаємозв'язок використовується в терапії. Якщо пацієнт досягає стану м'язової релаксації та одночасної зміни обстановки з психотравмуючої в комфортну (емоційно позитивно забарвлений стан), то за цим рефлексорним зв'язком, у нього швидко капсулюється тривога, стрес, болі. Хворі відзначають покращення настрою, з'являється активність, впевненість.

Крім прослуховування звуків природи, використовують бінауральні ритми. Бінауральні ритми в психотерапії використовуються нещодавно, але результати цієї терапії дуже успішні. Метод бінауральної терапії розроблено інститутом Монро у 1962р. Ці ритми покращують функціонування мозку, оскільки допомагають налагоджувати міжпівкульні нервові зв'язки на потрібній частоті. За допомогою бінауральних ритмів стає можливим на необхідний період часу сформувати у пацієнта потрібну (терапевтично доцільну) активність мозку, а разом із нею і терапевтично доцільний стан свідомості, якому властива ця активність. Різними станами свідомості досягається входження в релаксацію різної глибини або занурення в сон, включення інтеграційних процесів, що ведуть до відчуття психологічної рівноваги. Бінауральна терапія протипоказана лише у разі значних органічних ушкоджень мозку. Терапія є абсолютно безпечною, не містить маніпуляцій, що діють на підсвідомому рівні. Наукові дослідження підтверджують, що особливі, низькочастотні форми звуку надають виражений сприятливий вплив на психологічний стан та соматичне здоров'я [52]. Бінауральна терапія

дозволяє значно легше входити в стан глибокої релаксації, що сприяє покращенню сну, емоційної стійкості, дозволяє набагато ефективніше проводити самонавіювання. Користь низькочастотних станів мозку проявляється у зміцненні імунної системи та створенні психологічного комфорту.

Висновки до другого розділу

Кризові стани особистості в рамках психологічної науки розглядаються як емоційний стан, що виникає при блокуванні цілеспрямованої життєдіяльності людини, як дискретний момент розвитку особистості.

Рак молочної залози навіть у низці інших онкологічних захворювань, відрізняється більшою психологічною травматичністю. Більшість жінок після встановлення діагнозу відчують кризовий стан, який призводить до страху, тривоги, занепокоєння, депресії, внаслідок чого порушується функціонування людини як особистості. Тому увагу дослідників усього світу привертають передусім пацієнтки з таким діагнозом. З метою покращення якості життя цієї категорії хворих розробляються програми реабілітації, що включають і психологічну корекцію.

Клінічна корисність і терапевтична ефективність психологічних впливів не викликають сумнівів. Тож у наш час необхідно як використовувати вже існуючі техніки, а й створювати нові, ефективніші методи психологічного впливу їхнього практичного втілення у життя.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ.

2.1. Науково - методичне обґрунтування вибору методик дослідження

Для вивчення впливу варіанту хірургічного лікування на зміну особистісних особливостей обстежувані жінки було розбито на групи. Перша група – 12 осіб, яким виконувалася радикальна мастектомія (РМ); друга група – 10 жінок, яким виконувались органозберігаючі операції (ОСВ); третя група - 12 осіб, яким одночасно з видаленням молочної залози виконувались реконструктивно - пластичні операції з відновлення молочної залози (РПО).

Сьогодні психологія трактує особистість як соціально-психологічне утворення, що формується завдяки життєдіяльності людини у суспільстві. За визначенням Р. Немова, особистість – це людина, взята у системі її психологічних характеристик, які соціально зумовлені, проявляються у суспільних за природою зв'язках та відносинах, є стійкими та визначають моральні вчинки людини, що мають істотне значення для неї самої та оточуючих.

Оскільки особистість визначають як людину в сукупності її соціальних, набутих якостей, це означає, що до особистісних не належать такі особливості людини, які природно обумовлені і не залежать від її життя в суспільстві. До особистісних не належать психологічні якості людини, що характеризують її пізнавальні процеси або індивідуальний стиль діяльності, за винятком тих, які виявляються у відносинах до людей у суспільстві. Тому, вивчаючи особистісні особливості жінок, ми використовували психологічні методики, створені задля вивчення як емоційних станів на момент обстеження, і більш стабільних особистісних характеристик, і навіть методики, застосовувані у дослідженні оцінки ефективності психологічної корекції.

У ході дослідження було використано такі методики:

1. Клініко - психологічний метод дослідження включав модифіковане інтерв'ю, спрямоване на збір психологічного анамнезу. Розроблена анкета містить соціально-демографічні, психологічні дані, такі як освіта, сімейний стан, соціальна активність, характер праці, наявність матеріальних та побутових труднощів, причина захворювання, ставлення до лікування, перспективи на майбутнє. Анкета також містить клінічний розділ, де відображені результати проведеного лікування, супутні захворювання, суб'єктивний (за словами жінки) та об'єктивний (за епікризами) ступінь вираженості побічних ефектів від лікування.

2. Експериментальне дослідження жінок, які страждають на рак молочної залози.

Цей набір складався з таких методик:

1) Опитувальник Міні-мульти (скорочений варіант) Міннесотського Багатомірного Особистісного Переліку (ММР1) виявлення індивідуально-типологічних особливостей особистості та його динаміки.

2) Шкала тривоги та депресії А. Бека для діагностики емоційного стану та особливостей його зміни.

3) Методика ціннісних орієнтацій М. Рокича, який вивчає ціннісно-потребову сферу та закономірності її зміни.

Опитувач Міні-Мульти (скорочений варіант) Міннесотського Багатомірного Особистісного Переліку (ММР1)

Метод психодіагностичного дослідження індивідуальних особливостей і психічних станів особистості здійснювався за допомогою Міннесотського Багатомірного Особистісного Переліку, що відноситься до категорії особистісних опитувальників. В даний час він є однією з універсальних методик, розроблений Hathaway S.R. & Mckinley J. (1943). Автори тесту ставили завдання створити методику, що дозволяє повніше досліджувати різні аспекти особистості та її актуальний стан. При створенні клінічних шкал методики автори ґрунтувалися на нозологічній класифікації Крепеліна.

Найменування основних шкал відображає психопатологічні тенденції, проте їх інтерпретація виходить за рамки психопатології. Тим самим досягається можливість не тільки виявлення індивідуальних властивостей особистості в нормі та патології, і фіксації тієї області надмірно виражених рис характеру, що перебувають на межі нормального та психопатичного розвитку, яка отримала назву акцентуацій характеру, але й з високою достовірністю виявляє індивідуально-особистісні особливості, тип реагування на стрес, спрямованість і спонукальну силу мотивації, захисні та компенсаторні механізми та низку інших властивостей особистості.

Скорочена форма ММРІ. Опитувальник Міні-мульти містить 71 питання, 11 шкал, із них 3 – оціночні. Перші 3 оціночні (контрольні шкали: шкала брехні (L), шкала достовірності (F), шкала корекції (K) вимірюють щирість випробуваного, ступінь достовірності результатів тестування та величину корекції, що вноситься надмірною обережністю.

Шкала брехні (L) – оцінює щирість випробуваного.

Шкала достовірності (F) – виявляє недостовірні відповіді: що більше значення за цією шкалою, то менш достовірні результати.

Шкала корекції (K) – згладжує спотворення, що вносяться надмірною обережністю та контролем випробуваного під час тестування. Високі показники за цією шкалою говорять про неусвідомлений контроль за поведінкою. Шкала (K) використовується для корекції базисних шкал, які залежить від її величини.

Інші 8 шкал є базовими і оцінюють властивості особистості.

1. Перша шкала - іпохондрія (Hb) – випробувані з високими оцінками повільні, пасивні, приймають все на віру, покірні до влади, повільно пристосовуються, погано переносять зміну обстановки, легко втрачають рівновагу у соціальних конфліктах.

2. Друга шкала – депресія (D) – визначає вираженість до зниженого настрою. Високі оцінки мають чутливі, сенситивні особи, схильні до тривоги, боязкі, сором'язливі. У справах вони старанні, сумлінні, високоморальні і

обов'язкові, але не здатні прийняти рішення самостійно, немає впевненості в собі, за найменших невдач вони впадають у відчай.

3. Третя шкала - істерія (Hy) – відображає схильність особистості до «втечі» у хворобу від вирішення проблем, характеризує емоційну незрілість при вирішенні життєвих проблем. Головною особливістю таких людей є прагнення здаватися вагомішими, більш значущими, ніж є насправді, прагнення звернути на себе увагу будь-що, прагнення захоплення. Почуття таких людей поверхневі та інтереси неглибокі.

4. Четверта шкала – психопатія (Pc1) – підвищується в осіб із підвищеною конфліктністю, певною соціальною дезадаптацією, схильністю до імпульсивних вчинків, зневагою до суспільних норм. Такі люди агресивні, конфліктні, нехтують соціальними нормами та цінностями. Настрій у них нестійкий, вони уразливі, збудливі та чутливі. Можливе тимчасове піднесення за цією шкалою, викликане якоюсь причиною.

6. Шоста шкала – паранояльність (Pa) – вимірює ступінь виразності таких рис, як ригідність, підозрілість, злісність, схильність до утворення ідей відношення від ситуаційно обумовлених надцінних до марення. Основна риса людей із високими показниками за цією шкалою – схильність до формування надцінних ідей. Це люди односторонні, агресивні та злопам'ятні.

7. Сьома шкала – психастенія (P1) – діагностує осіб із тривожно-недовірливим типом характеру, яким властиві тривожність, боязкість, нерішучість, постійні сумніви.

8. Восьма шкала – шизоїдність (Sc) – свідчить про деяку замкнутість, своєрідність мислення, ступінь аутизації, труднощі в міжперсональних відносинах, здатність тонко відчувати і сприймати абстрактні образи, але повсякденні радості та прикраси не викликають емоційного відгуку. Таким чином, загальною рисою шизоїдного типу є поєднання підвищеної чутливості з емоційною холодністю та відчуженістю у міжособистісних відносинах.

9. Дев'ята шкала – гіпоманія (Ma) – для осіб з високими оцінками за цією шкалою характерним є піднесення настроїв незалежно від обставин. Вони

активні, діяльні, енергійні та життєрадісні. Вони люблять роботу з частими змінами, охоче контактують із людьми, проте інтереси їх поверхневі та нестійкі, їм не вистачає витримки та наполегливості.

Після обробки отриманих даних за всіма оціночними та клінічними шкалами результатів та переведення цих показників із «сирих» балів у стандартизовані Т-бали, викреслюється профіль, що вказує на структуру особистісних особливостей, виразності різних тенденцій у випробуваного. Умовна норма профілю особистості – у межах 30-70 Т-балів [] (Dahlstrom W.G. & Welsh G.S., 1973). Середні значення нормативної групи відповідає 50 Т-балам. Показники, розташовані між 60 та 70 Т-балами розглядають як прояви особистісної акцентуації.

Шкала тривоги та депресії

Шкала розроблена для виявлення та оцінки тяжкості депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Перевага шкали полягає у простоті застосування та обробки, при цьому шкала має високу дискримінантну валідність щодо двох емоційних станів: тривоги та депресії.

При формуванні шкали автори виключали симптоми тривоги та депресії, які можуть бути інтерпретовані як прояв соматичного захворювання (наприклад, запаморочення, головний біль та ін.). Пункти субшкали депресії відібрані зі списку скарг і симптомів, що найчастіше зустрічаються, і відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги складені на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю Present State Examination та відображають переважно психологічні прояви тривоги.

Методика застосування: бланк шкали, що супроводжується докладною інструкцією, видається для самостійного заповнення пацієнта. Шкала складена з 14 тверджень, що обслуговують 2 підшкали: «тривога» та «депресія». Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації виразності ознаки та кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). При

інтерпретації результатів враховується сумарний показник за кожною шкалою, при цьому виділяється 3 області його значень:

– 7 – «норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги та депресії),

– 8 - 10 – «субклінічно виражена тривога/депресія»,

– 11 і вище – «клінічно виражена тривога та депресія».

«Ціннісні орієнтації» М. Рокіча.

Система ціннісних орієнтацій визначає змістовний бік спрямованості особистості і становить основу її ставлення до навколишнього світу, до інших людей, до самої себе, основу світогляду, ядро мотивації життєвої активності, основу життєвої концепції та «філософії життя». Найбільш поширеною нині є методика виміру ціннісних орієнтацій М. Рокіча, заснована на прямому ранжируванні списку цінностей. М. Рокіч поділяє два класи цінностей:

- термінальні – переконання в тому, що якась кінцева мета індивідуального існування варта того, щоб до неї прагнути;
- інструментальні – переконання в тому, що якийсь образ дій або властивість особистості є кращим у будь-якій ситуації.

Цей поділ відповідає традиційному поділу на цінності-цілі та цінності-ресурси.

Досліджуваному пред'являються два списки цінностей (по 18 у кожному) на аркушах паперу в алфавітному порядку. Надається інструкція: «Зараз Вам буде пред'явлено список з позначенням 18 цінностей. Ваше завдання – ранжувати їх за порядком значущості для Вас як принципів, якими Ви керуєтеся у Вашому житті», при цьому найбільш важливою з них присвоювався ранг 1, а найменш значущою – ранг 18. Таким чином, найбільш значущі цінності отримували, згідно з інструкцією, найменший бал.

Спочатку пред'являється набір термінальних, та був набір інструментальних цінностей. Для більш глибокого проникнення в систему цінностей особистості, для подолання соціальної бажаності та нещирості,

після основної серії випробувань отримує інструкцію: «Як би Ви розташували ці цінності рік тому, коли Ви були здорові?».

Після отримання індивідуальних результатів було підраховано середні показники з кожної цінності в основній та контрольній групах, що дозволило визначити ієрархію термінальних та інструментальних цінностей.

Термін «ієрархія» буквально означає «підпорядкування» або багаторівневу, системну будову чогось, при якому вищі рівні є головними (провідними) по відношенню до нижчих рівнів відповідної ієрархізованої системи, підпорядковують їх собі, контролюють їх і керують ними. Поняття ієрархія в цьому його значенні нерідко використовується щодо системи мотивів та потреб людини, і в нього вкладається приблизно такий самий зміст, як зазначено вище.

Перевагою методики є універсальність, зручність, економічність у проведенні обстеження та обробці результатів.

Аналізуючи ієрархію цінностей, привертає увагу угруповання цінностей у змістові блоки з різних підстав, порівняння в різні періоди життя (хвороби) особистості. Якщо не вдається виявити жодної закономірності системи цінностей у випробуваного, можна припустити несформованість системи цінностей чи нещирість відповідей.

2.2. Аналіз результатів дослідження індивідуально-типологічних особливостей жінок

Одними з основних у структурі особистості є характерологічні особливості, тобто стійкі індивідуальні особливості. Під їх впливом опиняються більшість інших психологічних сфер: емоційна, пізнавальна, ціннісно-потребова. На відміну від останніх характерологічні особливості людини є більш стійкими у часі освітою, що незначно змінюються в період криз.

В рамках цього дослідження вивчення індивідуально-типологічних особливостей особистості жінок, які страждають на рак молочної залози, їх динаміка, здійснювалася за допомогою методики ММРІ.

Аналіз результатів тесту на час вступу не виявив статистично значимих відмінностей за оціночними шкалами F (достовірності) і До (корекції). Незначне підвищення шкали L (брехні) свідчить про тенденції піддослідних подати себе у вигіднішому світлі. Помірне підвищення шкали F (достовірність) характеризує внутрішню напруженість, прагнення контролювати свої судження та вчинки. Середнє значення індексу F-K, важливого для достовірності отриманого результату, знаходиться в межах норми, що доводить достовірність даних, отриманих у ході дослідження.

Аналізуючи середні значення по тесту, можна сказати, що не зустрічаються показники, що відхиляються від норми ні в бік зниження (менше 30Т - балів), ні в бік завищення (більше 70Т - балів). При цьому, звернувши увагу на профіль особистості жінок обох груп, можна відзначити, що в групі жінок, які страждають на рак молочної залози, на час вступу відзначаються достовірні підвищення значень за шкалами: Д (депресія), Ну (емоційна лабільність), Ра (паранояльність), Р1 (психастенія), та зниження за шкалою Ма (гіпоманія).

Максимальний підйом відзначається за двома шкалами: Д (депресія), Рт (психастенія). Одночасне максимальне підвищення цих шкал уможливило об'єднати практично всіх жінок на етапі вступу до групи тривожно-депресивного типу, що дає уявлення про індивідуальні особливості особистості, про характер реакцій у кризовій ситуації, про компенсаторні можливості.

Навіть просте перерахування шкал з підвищеними та зниженими порівняно з контрольною групою оцінками створює психологічний портрет жінок тривожно-депресивного типу, який збігається з проведеними дослідженнями. Даний профіль можна розглядати, як реакцію на стрес, пов'язаний із постановкою онкологічного діагнозу, але в той же час і як

індивідуальні особливості жінок, що характеризуються такими якостями, як тривожність, невпевненість, схильність до постійних сумнівів, що підтверджується співвідношенням шкал депресія, гіпоманія і психастенія.

Підйом за шкалою емоційна лабільність свідчить про емоційну нестійкість, лабільність. Підвищення шкали паранояльність вказує на вираженість таких характеристик, як підвищена емоційна ригідність (тенденція до тривалого переживання), настороженість, підвищена збудливість, агресивність.

Таким чином, характерологічними особливостями жінок, які страждають на рак молочної залози, є тривожність, емоційна лабільність, невпевненість, пригніченість, надмірна чутливість до образ і різного роду несправедливості.

На етапі виписки виявлено зв'язок між емоційним станом жінок та варіантом оперативного втручання: у групі жінок, які перенесли органозберігаючу операцію або одночасно з видаленням молочної залози реконструктивно-пластичну операцію, відзначається зниження за шкалами Д (депресія) та достовірне підвищення показників шкали Ма (гіпоманія). Це, ймовірно, свідчить про те, що усунення косметичного дефекту, що асоціювався у жінок із тяжким захворюванням, звільняє їх від почуття страху, тривоги, депресії, характерних, згідно з низкою дослідників, для хворих, які зіткнулися з онкологічним діагнозом.

У групі жінок, які перенесли повне видалення органу, виявляється достовірне підвищення показників шкал (іпохондрія) і Ну (емоційна лабільність), що свідчить про фіксованість жінок на стані свого здоров'я, іпохондричних скаргах, афективних переживаннях, «втечу в хворобу», що, нам здається, пов'язане з більш травматичною операцією. Показники шкал Ну (емоційна лабільність), Д (депресія) та Ма (гіпоманія) жінок, що перенесли повне видалення органу достовірно відрізняються від показників цих же шкал жінок після реконструктивно-пластичної операції.

Тому, вивчаючи більш детально усереднений профіль жінок у віддаленому періоді, незважаючи на різноманітність характерологічних особливостей, поєднання певних особистісних рис дозволили виділити три типи особистості, які найчастіше зустрічаються у наших спостереженнях:

1) тривожно-депресивний тип особистості (ТД). Усереднений профіль цієї групи має виражений підйом за шкалами Р1 (психастенія) і Д (депресія), а також високий рівень за шкалами: Нб (іпохондрія), Ну (емоційна лабільність). Тривожно-депресивний тип спостерігався у 40% жінок.

2) тривожно-ригідний тип (ТР). Даний тип особистості відрізняється підйомом за шкалами Р1 (психастенія) і Ра (паранояльність). Тривожно-ригідний тип особистості зустрічався у 25,3% жінок.

3) істеричний тип особистості (І). Характеризується поряд з високими показниками шкал Нб (іпохондрія) та Д (депресія), максимальним підйомом за шкалою Ну (емоційна лабільність), що дає підставу для виділення окремого типу. Цей тип відзначався у 9,3% спостережень.

В інших 24,7% жінок профіль особистості у віддаленому періоді має лінійний характер. Всі ці жінки брали участь у програмі психологічної корекції.

Ці результати дають підстави зробити висновок, що для жінок з тривожно-депресивним типом особистості у віддаленому періоді характерний невротичний стан, який проявляється у вигляді порушення сну, занепокоєння, емоційної лабільності, плаксивості, швидкої виснажливості, що знаходило відображення у реальній життєдіяльності. Наприклад, 62,1% жінок відмовилися від професійної діяльності та отримали інвалідність.

Ступінь вираженості невротичних характеристик може коливатися у широкому спектрі. Зіставлення шкал цього типу особистості з анамнестичними даними дозволило встановити різницю у поведінкових реакціях цієї групи жінок.

При акцентах на шкалі Нб (іпохондрія) вони відзначають підвищену увагу до факту захворювання, наполегливі вимоги повторних обстежень,

лікування уявних захворювань. «Втеча у хворобу» часто веде до ускладнення взаємин у сім'ї, частих конфліктів. За високих показників шкали Бс (шизоїдність) здорові з медичної точки зору, жінки, зовні пригнічені, тривожні, зосереджені на своїх переживаннях, вони замикаються в собі, у них з'являються труднощі в контактах з іншими.

У жінок істеричного типу відзначається емоційна лабільність: періоди депресії змінюються спалахами дратівливості, вони бувають недовірливі, дратівливі, скаржаться на підвищену стомлюваність, часто відзначають сексуальну незадоволеність.

У жінок з тривожно-ригідним типом у віддаленому періоді достовірно знижується шкала Д (депресії) і відзначається збільшення за шкалою Ма (гіпоманія) порівняно з етапом надходження, але порівняно з контрольною групою відзначається найбільш виражений підйом шкал Ра (паранояльність) та Р1 (психастенія).

У цих жінок звертають увагу такі особистісні особливості, як підвищена чутливість до несправедливості, збудливість, періодичні спалахи агресивності, дратівливість. При акценті на шкалі (психастенія) вони відзначаються напруженістю, хвилюванням, постійним тривожним станом, замкнутістю.

Серед жінок цієї групи лише 39,5% отримали статус інвалідів та не повернулися до звичайних умов життя, що у півтора рази менше, ніж у групі жінок із тривожно-депресивним типом особистості.

При ретроспективному аналізі незначні зміни показників всіх шкал ММР1 у віддаленому періоді у цих жінок порівняно з етапом надходження свідчать про відносну стійкість цього типу особистості до кризових ситуацій.

Таблиця 2.1. – Результати за шкалами ММР1 у жінок, які страждають на рак молочної залози з різним обсягом операцій

Шкали	PM	ОЗО	РПО	Контр. Гр
L	53,52+1,86	53,67+2,09	52,63+1,21	49,86+2,26
F	57,34+2,16	56,35+2,82	56,79+2,3	52,02+3,21
K	52,12+0,97	52,96+1,77	51,11+1,05	50,42+1,67
Hs	60,29+2,13	53,33+1,97	51,34+2,14	49,12+2,25
D	65,07+3,29	54,47+1,81	50,11+1,96	45,96+2,18
Hу	65,64+2,2	53,52+3,25	52,08+2,68	50,46+2,77
Pd	45,13+1,39	44,67+2,15	46,21+1,71	46,58+2,02
Pa	54,37+2,27	56,17+0,98	54,67+2,15	52,44+3,02
Pt	56,25+1,25	60,48+1,97	52,5+1,66	48,51+2,29
Se	55,97+2,76	47,87+2,86	46,08+1,14	43,54+1,15
Ma	52,33+2,11	53,76+1,98	54,42+1,06	53,82+2,35

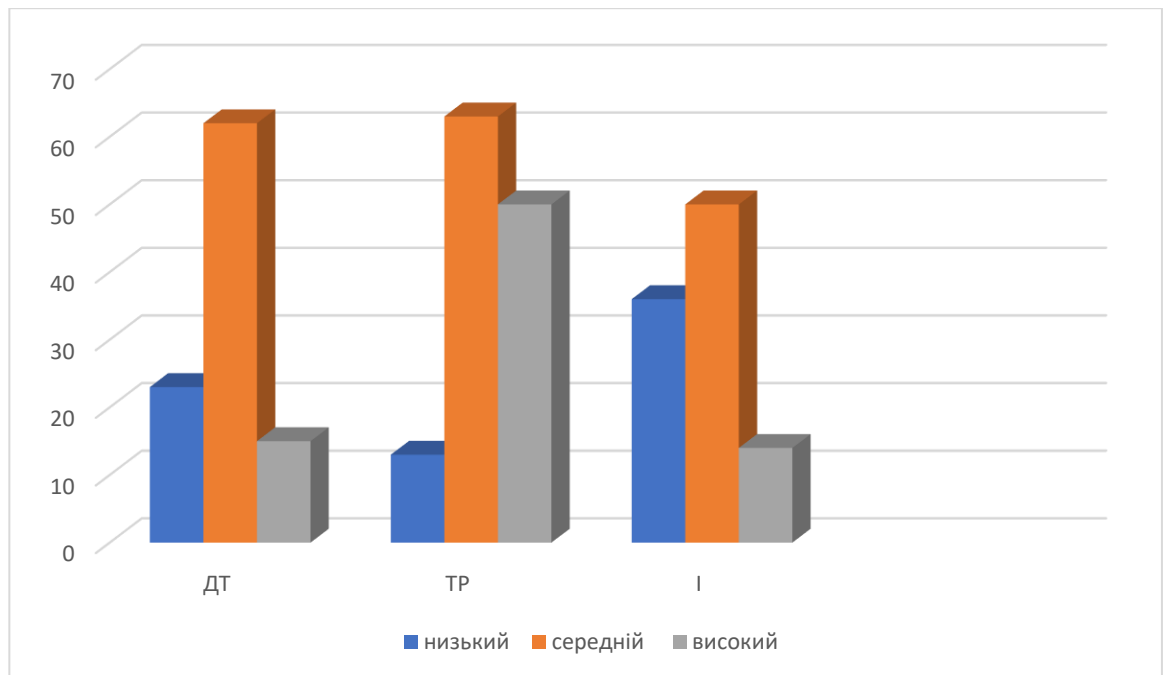
Таким чином, незважаючи на те, що індивідуально-типологічні особливості є досить стійкими та малозмінними в часі якостями особистості, у кризовій ситуації, обумовленій онкологічним захворюванням, відбувається зміна окремих їх рис. При вступі особистісні особливості жінок відповідали тривожно-депресивному типу. Через рік після лікування найчастіше зустрічаються три типи особистісних змін: тривожно-депресивний, тривожно-ригідний та істеричний.

Емоційна сфера особистості жінок.

Емоції представляють особливий клас суб'єктивних психологічних станів, що відображають у формі безпосередніх переживань, відчуттів приємного та неприємного, ставлення людини до світу та людей, процес та результат його діяльності. Емоції включені у всі психічні процеси та стани, будь-які прояви його активності супроводжуються емоційними переживаннями. Дослідження тривоги у віддаленому періоді у жінок із різними психологічними типами дозволило встановити такі аспекти: високий

рівень тривоги має зв'язок із тривожно-ригідним типом особистості. У групі жінок із тривожно - ригідним типом, хоча кількість жінок, які мають високий рівень тривоги, знижується порівняно з попереднім етапом обстеження, проте, у цій групі достовірно більше осіб, які мають високий рівень тривоги (рис.1).

Рис. 2.1. – Рівень тривоги у жінок з різними типами особистості.



Примітка: ТД – тривожно-депресивний тип особистості ТР – тривожно-ригідний тип особистості І – істеричний тип особистості

Майже у всіх жінок при вступі відзначається: соціальна дезадаптація; яка пояснюється депресивним станом, виявлене нами у 84% жінок, причому у жінок похилого та старечого віку депресивний стан зустрічається достовірно частіше. Висока частота депресивного стану обумовлена стресом, в основі якого усвідомлення небезпеки; для життя, невизначеність майбутнього, зміна соціальної активності.

Ценнісно-потребнісна сфера особистості жінок.

Якщо характерологічні особливості людини відповідають за стильові характеристики її поведінки та дозволяють відповісти на питання «як?», то

інформація про цінності людини дає можливість визначити причини тієї чи іншої активності людини та сформулювати відповідь на питання «чому?», тому найважливішим предметом вивчення зміни особистості є ціннісно-потребова сфера жінок, які страждають на рак молочної залози.

При вступі до основний групі та у контрольній групі провідними цінностями є особисті цінності: здоров'я, щасливе сімейне життя, любов.

Найвищий рівень ієрархії займає цінність здоров'я в обох групах. Значних відмінностей у частоті вибору цієї цінності між основною та контрольною групами немає. Ця цінність значима всім жінок незалежно стану здоров'я і є стійкою характеристикою ціннісно-потребнісної сфери будь-якої особистості.

Високий рівень цінності «кохання» у групі хворих жінок у порівнянні з контрольною групою тому підтвердження.

Проведене дослідження виявило тенденцію, відповідно до якої жінками всіх груп надається невисоке значення цінностям індивідуальної самореалізації: свобода, творчість, розвиток, пізнання. Очевидно, це з особливістю ролі жінки у суспільстві, її баченням сенсу життя над самовдосконаленні, кар'єрному зростанні, а реалізації своєї головної місії - материнства, хранительки домашнього вогнища. Поєднання лідируючої позиції «щасливе сімейне життя» та низькою оцінкою значущості вище вказаних цінностей відповідає традиційній моделі жіночої поведінки. Невисокий рівень цінності «суспільне визнання» - цінності соціальної успішності також підтвердження цього.

Цінність «впевненість у собі» розташовується у першій третині ієрархічних сходів обох груп і виявляє достовірних відмінностей між зазначеними категоріями опитаних.

Однією з найбільш характерною рисою ціннісно-потребової сфери хворих жінок є висока значущість цінностей соціальної взаємодії: наявність добрих і вірних друзів. Це може бути пов'язане з потребою хворої людини на підтримку з боку близьких людей.

Підсумовуючи аналіз термінальних цінностей можна сказати, що, незважаючи на відмінності в абсолютних значеннях деяких показників, значних відмінностей між ціннісними орієнтаціями здорових жінок і тими, кому щойно встановлено діагноз, не отримано.

Отримані дані дають підстави говорити, що інструментальні цінності більшою мірою, ніж термінальні, залежить від особистісних особливостей жінок.

Дослідження зміни термінальних цінностей у жінок через рік після проведеного лікування виявило, що високий статус мають духовні та альтруїстичні цінності. Це дозволило зробити висновок про те, що онкологічне захворювання призводить до переоцінки життєвих цінностей, зміни світовідчуття, духовного зростання особистості.

2.3. Психологічне обґрунтування програми психологічної корекції стресового стану жінок, які страждають на рак молочної залози

Під час створення програми психологічної корекції було враховано отримані під час дослідження результати. Відповідно до цього було визначено основні напрями психологічної корекції, вплив на які міг би призвести до позитивних змін у психологічній сфері та як наслідок покращення адаптації особистості у віддаленому періоді.

Психологічна корекція жінок, які страждають на РМЗ, спрямована на зняття стресової напруги, усвідомлення ними ситуації хвороби, її прийняття та формування адекватної позиції по відношенню до захворювання.

Розглянемо докладніше обґрунтування добору методів корекції.

Для корекції патологічних типів реагування на хворобу ми використовували раціональну терапію, елементи арт-терапії, когнітивну терапію, аутосуггестію.

Працюючи з тривожністю та депресивним станом, нами застосовувався метод нервово-м'язової релаксації. Пацієнт напружує та розслаблює певні

м'язи тіла так, що весь процес прогресує від напряму основних м'язових груп до розслаблення всього тіла або будь-якої його частини. При постійних щоденних заняттях у людини проявляється тенденція до розвитку «звички відпочивати», психологічна установка на меншу збудливість і схильність до стресу. У зв'язку з тим, що людина не може одночасно відчувати тривогу і стан розслаблення, прогресивна релаксація гальмує вплив на стресову реакцію. Для потенціювання дії зазначеної методики успішно використовувалися методи, що ґрунтуються на прослуховуванні спеціально підібраних звуків: бінауральні ритми. Зниження тривожності вище зазначеними методами, сприяло зміні установки на хворобу, ухилення від напруги. В результаті особистість займала активнішу життєву позицію, що зменшувало прояв депресивного стану.

Проблеми самоприйняття та труднощі спілкування, основу яких лежить невпевненість у собі, занижена самооцінка, пов'язані з наслідками хірургічного лікування, передбачає використання як індивідуальних, і групових методів. Для індивідуальної корекції ми застосовували особистісно-орієнтовані методи, які включали передусім переконання. Цей метод застосовувався до осіб, які мають високий рівень інтелектуального розвитку і здатні самостійно впоратися зі стресом, пов'язаним із хворобою.

Методи групової терапії, що вимагають, з одного боку, активності та наполегливості, а з іншого - істотно впливають як на емоційний бік особистості, так і на екзистенційний рівень (невизначеність сенсу життя, страх смерті, залежні відносини, проблема самотності).

Програма надання психологічної допомоги жінкам, які страждають на рак молочної залози, складалася з трьох етапів:

1-й етап - при вступі - знайомство, збирання анамнезу та проведення експериментально-психологічного дослідження. Після обробки результатів, визначався психічний статус жінок та пропонувалося взяти участь у психокорекційній програмі.

2-й етап - під час перебування у стаціонарі до та після хірургічного лікування корекція патологічного типу реагування на хворобу та емоційних порушень.

Для зміни патологічного типу ставлення до хвороби на більш адекватний використовувалися методи раціональної та групової терапії з обов'язковим включенням до групи жінки, яка перенесла лікування раку молочної залози кілька років тому. В даному випадку вона виступала як «модель майбутнього», у якої хворі жінки знаходили відповіді на багато хвилюючі їх питання, які в силу різного роду причин не могли поставити лікаря або психолога. Такі групи працювали щотижня: причому кожне заняття закінчувалося аналізом життєвих пріоритетів «жінки-моделі», визначення установки на одужання жінок.

3-й етап - після виписки - щомісячна (не менше 3-5 разів) участь у психокорекційній групі, де жінки ділилися своїми переживаннями та труднощами, тим самим, надаючи одна одній підтримку та допомогу.

Загальна картина особистісних стосунків у жінок після участі у корекційній програмі змінюється. Насамперед видно зростання гармонійного ставлення до хвороби (26,8%), причому, це зростання обумовлене різким зниженням тривожного типу відношення (1,8%). Це свідчить про зміну страху та напруження на адекватне сприйняття ситуації хвороби, активну участь у процесі одужання. Аналізуючи дані, бачимо, що знижується кількість людей зі змішаним типом відношення, в основному за рахунок трансформації поєднання анозогнозичного з ейфоричним та тривожного з obsесивно-фобічними типами в гармонійний тип.

Достовірно зростає ергопатичний тип ставлення до хвороби ($p < 0,05$). При аналізі отриманих даних виявляється трансформація паранояльного, сенситивного типів відношення в ергопатичний тип.

Хоча структура особистості носить індивідуальний характер, проте, у віддаленому періоді, аналізуючи усереднений профіль особистості жінок, які брали участь у програмі психологічної корекції, нами виділено тип

особистості, показники якого немає підйому за якою- або шкалою та значення всіх шкал у межах норми. Профіль їх особистості достовірно не відрізняється від профілю жінок із контрольної групи.

Цей профіль особи мали 66,1% жінок, які пройшли програму психологічної корекції.

Таблиця 2.2. – Середні значення шкал ММРІ після проходження психокорекції

Гр.кор.	РПО (n=14)			
	Гр.ст.	Гр.кор.		
5+2,11	52,34+1,41	53,06+1,88		
5+2,04	56,88+1,2	57,92+1,16		
4+1,92	50,26+1,78	50,1+2,14		
5+2,46	52,86+2,36	53,12+1,65		
2+2,28	60,77+2,96	60,08+1,74		
3+1,16	58,47+3,21	57,11+2,7		
2+1,84	46,58+2,02	46,38+1,92		
2+1,92	60,08+1,97	58,12+1,5		
5+1,28	57,92+2,25	56,32+1,18		
3+1,08	43,56+1,32	43,92+1,2		

У 40,5% цих жінок після проведення корекції виявлено гармонійний тип ставлення до свого захворювання, у 16,2% – ергопатичний та у 43,3% – змішаний.

Таким чином, адекватне ставлення до хвороби запобігає негативній зміні особистісних особливостей у віддаленому періоді.

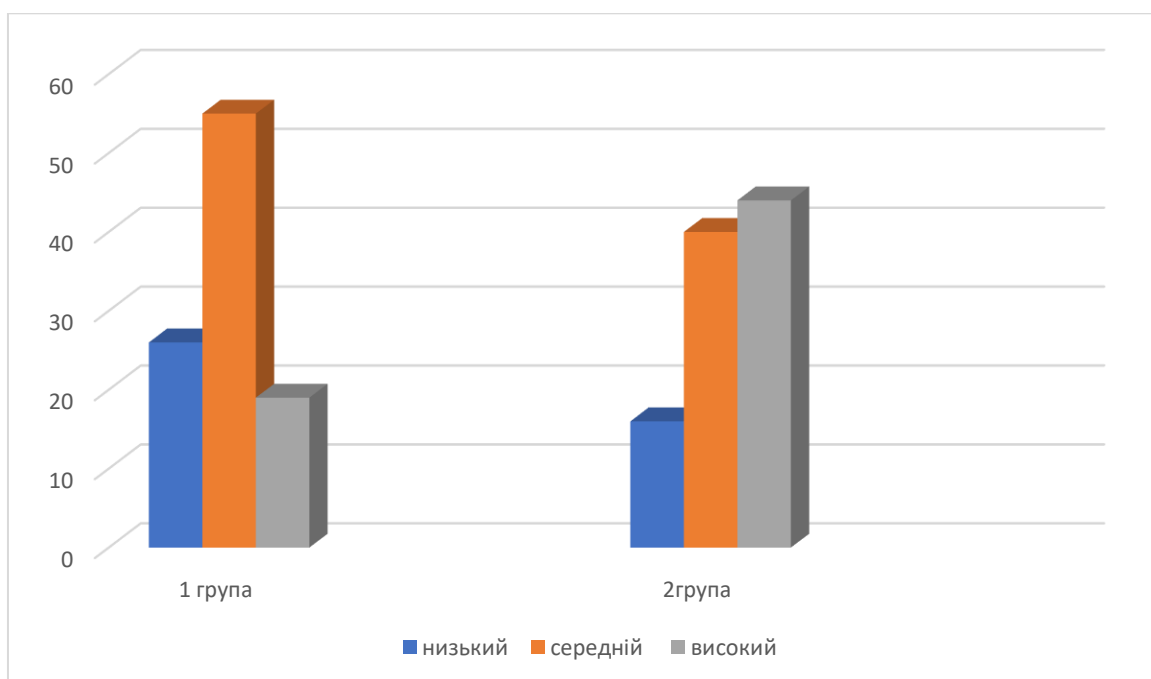
При психологічній корекції емоційного стану, насамперед, звертали увагу показники тривожності. Після проведення психологічної корекції ми отримали такі результати: у 26,8% жінок незалежно від варіанта перенесеного хірургічного втручання рівень тривоги нормалізувався. Більше, ніж у

половини (57,1%) пацієнок виявлено середній рівень виразності, у 16,1% жінок не змінився, залишаючись, як і раніше, високим.

У жінок із недостатньо ефективним результатом психологічної корекції залишається високий рівень тривоги. Цей стан не обмежувалося ситуацією хвороби, а було особистісною особливістю.

У віддаленому періоді при порівнянні результатів рівня тривоги у жінок, які пройшли програму психологічної корекції (1 група), з даними, отриманими у жінок, які не брали участі в експерименті (2 група), бачимо достовірні відмінності на користь першої групи

Рис. 2.2. –Динаміка показників рівня депресії у процесі корекції.



Порівнюючи рівень депресивного стану у віддаленому періоді у жінок після психокорекції та у жінок без психологічного впливу, відзначається тенденція до зниження середніх значень рівня депресії у жінок першої групи: $8,64 \pm 2,58$ та $10,37 \pm 2,36$ відповідно.

Таким чином, у більшості жінок (81,4%), які пройшли програму психологічної корекції у віддаленому періоді, відзначається поліпшення емоційного стану.

У цьому спостереженні проглядається загальна картина ефективності методів психологічної корекції кризового стану жінок, які страждають на РМЗ.

Під впливом методів корекції патологічне ставлення до захворювання, змінюється більш адекватне. Це запобігає негативній зміні особистісних особливостей у віддаленому періоді, що ускладнює соціальну адаптацію особистості. Психологічна корекція стимулює життєву активність особистості, в такий спосіб знижує ризик розвитку депресивного стану. Групова терапія та вплив релаксаційних методів покращують міжособистісні взаємини, що позитивно позначається на соціальній та професійній адаптації жінок, які перенесли рак молочної залози.

Висновки до другого розділу

За допомогою особистісного опитувальника ММРІ було описано індивідуально-типологічні особливості жінок і вдалося виділити три типи особистості: тривожно-депресивний, тривожно-ригідний та істеричний.

Дослідження емоційної сфери дозволило встановити, що більш високі значення рівня тривоги характерні для жінок із тривожно-ригідним типом особистості, а також для жінок, які перенесли органозберігаючі операції. Депресивний стан характерний для жінок із тривожно-депресивним типом і для жінок, яким була виконана радикальна мастектомія (повне видалення органу).

У результаті проведення психологічної корекції жінки стали активнішими, цілеспрямованими у майбутнє: кількість жінок без депресії збільшилася вдвічі. Таким чином жінки благополучно адаптувалися після проведеного лікування.

ВИСНОВКИ

Вивчення цієї особливої кризової ситуації, у яку ставить людину хронічне соматичне захворювання, висуває на перший план низку проблем: важливе вирішення загальнотеоретичних питань психології особистості, передусім питання закономірностей і рушійних сил розвитку особистості. У вітчизняній психології є загальновизнаним методологічне положення про те, що рушійні сили розвитку особистості укладені у протиріччях реальної діяльності суб'єкта, аналіз яких може допомогти розкриттю основних напрямів та тенденцій розвитку людини.

Кризові стани особистості рамках психологічної науки розглядаються як емоційний стан, що виникає при блокуванні цілеспрямованої життєдіяльності людини, як дискретний момент розвитку особистості.

Рак молочної залози навіть у низці інших онкологічних захворювань, відрізняється більшою психологічною травматичністю. Більшість жінок після встановлення діагнозу відчують кризовий стан, який призводить до страху, тривоги, занепокоєння, депресії, внаслідок чого порушується функціонування людини як особистості. Тому увагу дослідників усього світу привертають передусім пацієнтки з таким діагнозом. З метою покращення якості життя цієї категорії хворих розробляються програми реабілітації, що включають і психологічну корекцію.

У кризовій ситуації відбувається зміна окремих характеристик індивідуально-типологічних особливостей жінок. В результаті формуються три типи особистісних змін: тривожно-депресивний (40,7%), тривожно-ригідний (25,3%), істеричний (9,3%).

Емоційна сфера жінок, які страждають на рак молочної залози, найбільш динамічна характеристика особистості, зміна якої обумовлена як індивідуально-типологічними особливостями, так і варіантом хірургічного лікування: високий рівень тривоги характерний для жінок з тривожно-ригідним типом особистості та для жінок, які перенесли органозберігаючі

операції ; депресивний стан характерний для жінок тривожно-депресивного типу та для жінок, яким була виконана радикальна мастектомія.

Вивчення динаміки ціннісних орієнтацій у жінок, які страждають на рак молочної залози, показало, що зміни зачіпають вищі ієрархічні рівні структури ціннісно-потребової сфери та призводить до переоцінки життєвих цінностей, духовного зростання особистості. При цьому термінальні цінності більшою мірою схильні до зміни, ніж інструментальні.

Отримані в ході дослідження результати обґрунтували необхідність проведення психологічної корекції в процесі протипухлинного лікування, яка, як показали отримані дані, сприяє більш позитивній та адаптивній зміні особливостей особистості.

Після проведення психологічної корекції відзначалися зміни в емоційній сфері: у чверті жінок рівень тривоги нормалізувався, більше ніж у половини пацієнток виявлено середній рівень тривоги. У віддаленому періоді у жінок, які пройшли програму психологічної корекції в порівнянні з жінками, які не брали участі в експерименті, відзначався достовірно нижчий рівень тривоги.

Зміна ціннісно-потребової сфери жінок, які перенесли рак молочної залози, зачіпає найвищі рівні структури. В ієрархії термінальних цінностей домінують духовні цінності (активне діяльне життя, продуктивне життя, кохання, щасливе сімейне життя). Термінальні цінності більш схильні до змін, ніж інструментальні, які зумовлені характерологічними особливостями особистості.

Ефективна програма психологічної корекції, що включає групову терапію та використання сугестивних та релаксаційних методів, сприяє більш гармонійним особистісним змінам, що сприятливо впливає на соціальну адаптацію після проведеного лікування.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Александер Ф. Психосоматична медицина. - Донецьк.: Геррус, 2008. - 350с.
2. Олександрівський Ю.А. Стани психічної дезадаптації, їх компенсація. - Херсон., 1996.
3. Амбрумова А.Г. Аналіз станів психологічної кризи та їх динаміка. Психологічний журнал №6, 1985. - с. 107-115.
4. Ассаджіолі Р. Типологія психосинтезу: сім основних типів особистості. Львів. Світ Уранії, 2006. – 160с.
5. Асєєв А.В. Якість життя жінок, хворих на рак молочної залози та меланомою шкіри. Автореф. дис. докт. мед. наук. СПб., 1998. – С.32.
6. Асєєв А.В., Васютков В.Я., Мурашова Е.М. Психологічні зміни у жінок, хворих на рак молочної залози //Мамологія.- 1994.- №3.- С.14-16.
7. Ахматнуров С.С. Нервово-психічні розлади у хворих на злоякісні новоутворення молочної залози у віддаленому періоді після радикальної мастектомії. Автореф. дис. канд.мед. наук. Ужгород, – 1998.-16с.
8. Баканова А.А. Відношення до життя та смерті у критичних життєвих ситуаціях. Дис. канд. псих. наук. Харків., 2000.
9. Блейхер В.М. Клінічна патопсихологія. Ташкент, 1976.-С.6-12
- 10.Василюк Ф.Є. Життєвий світ і криза: типологічний аналіз критичних ситуацій. / Психологічний журнал, 1995 №3 - С.90-101.
- 11.Ворона О.А. Психологічні наслідки стресу у хворих на рак молочної залози. Дис. канд. псих. наук. К., 2005.
- 12.Вундт В. Психологія душевних хвилювань / Під ред. К.В.Вілюнаса, Ю.Б.Гішпенрейтер. - К.: Вид-во КДУ, 1999. - С.48-65.
- 13.Галіулліна С.Д. Нервово-психічні порушення у хворих на рак молочної залози. Автореф. дис. канд. мед. наук. Уфа, 2000. -С.23.

14. Кельнер М.С. Психосоматика: витоки та еволюція концепцій //Методологія та теоретичні проблеми медицини. Чернігів., 1987. с.136-164.
15. Кіян І.Г. Особистісні особливості дітей, які страждають на гострий лімфобластний лейкоцитоз. Автореф. канд. псих. наук. Львів, - 2003.- с.16.
16. Коблер-Рос. Про смерть та вмирання. Київ: Софія, 2001. – 320с.
17. Маслоу А.Г. Мотивація та особистість. Харків -Євразія, 2001. – 478с
18. Психологічне консультування та психотерапія онкологічних хворих //Паліативна медицина та реабілітація. - 1999. - №2. - С.53.
19. Роджерс КР. Клієнтоцентрована терапія. М.: «Рефлбук», К.: «Ваклер», 1997. - 318с.
20. Рудестам К. Групова психотерапія. - Київ.: Вид-во «Дніпро», 2009. - 384с.
21. Русіна Н.А. Емоції та стрес при онкологічних захворюваннях // Світ психології. Науково-методичний журнал. – 2002. – №4. – С. 152-160.
22. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапія раку. Харків., 2001. – 288с.
23. Слінчак С.М., Анікусько Ф.Є., Рогачова В.П. Деякі питання реабілітації хворих на рак молочної залози // Клінічна онкологія. Київ -1982. - Вип.2 - С.8-9.
24. Тхостів А.Ш. Психологічний аналіз змін особистості за деяких онкологічних захворювань. Дис. канд. псих. наук. К., КДУ, 1980.
25. Узнадзе Д.М. Психологічні дослідження. Тбілісі, 1972. – С.238.
26. Франкл В. Людина у пошуках справжнього сенсу. Київ, Пізнання, 2019. - 368с.
27. Фрейд З. Психопатологія повсякденного життя. - К: Сучасні проблеми, 2007. -256 с.
28. Шмалько Ю.П. Роль стресових факторів у метастазуванні злоякісних пухлин. Дис. докт. мед. наук, Київ, 1988.
29. Юр'єва Л.М. Кризові стани. Дніпропетровськ: Арт-Прес, 1998. – 164с.

30. Ялом І. Екзистенційна психотерапія. Одеса. Незалежна фірма «Клас», 1999.-685с.
31. Arora N.K., Gustafson D.H., Hawkins R.P. et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study //Cancer. - 2001. - Vol.92.- №5. - p. 1288-1298.
32. Baltrusch H.J., Stangel W., Titze I. Stress, cancer and immunity. New diivelopments in biopsychosocial and psychhoneuroimmunologic research. ActaNeurologica 1991, 13: 315-327.
33. Beck A. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Hoeber, 1967.
34. Beck A. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: American Library Trade, 1993.
35. Beutel M. Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen. Edition Medizin VCH, Weinheim, 1988.
36. Bostwick J. Reconstruction after mastectomy //Surg. Clin. North. Am. - 1990. - Vol.70. - №5. - p. 1125-1140.
37. Carlsson M., Hamrin T. Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and cancer treatment. A literature review //Cancer Nurs.- 1994.- Vol. 17. -p.418-428.
38. Cimprich B. Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer //Cancer Nurs. - 1999. - Vol.22. - №3. - p. 185-194.
39. Dow K.H., Lafferty P. Quality of life, survivorship, and psychosocial adjustment of young women with breast cancer after breast-conserving surgery and radiation therapy //Oncol. Nurs. Forum. 2000. - Vol.27.-№10. - p. 1555-1564.
40. Elder E.E., Brandberg Y., Bjorklund T. et al. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: a prospective study. //Breast. - 2005. - 14. - 3. - 201-208.
41. Erickson M. The therapy of a psychosomatic headache // Journal of Clinical and Experemental Hypnosis. -1953. - №4, P.2-6.

42. Eysenck H. Cancer, personality and stress: prediction and prevention. // Advances in Behaviour Research and Therapy, 16.-1994.
43. Freud Sigmund. Mourning and Melancholia. The Standard Edition of the complete works of Sigmund Freud. Trans: James Strachy. London, Hogarth Press: Institute of Psychoanalysis, 1953-1974. Vol. 14, pp. 243-258.
44. Geisser M.E., Roth R.S., Theisen M.E. et.al. Negative affect, self-report of depressive symptoms, and clinical depression: relation to the experience of chronic pain // Clin, j / Pain. - 2000, - Vol. 16. - P.67-75.
45. Gossarth-Maticek R: etc. The specific action of different personality risk factors on cancer of breast, cervix, corpus uneri and other types of cancer // Personality and Individual Differences, 23.-1997.
46. Grof S., Grof C. (ed.) Spiritual Emergency: When Personal Transformation Becomes a Crisis. J. P. Tarcher, Los Angeles, 1989.
47. Holland J.S. (ed). Psycho-oncology. New York, Oxford. Oxford University Press, 1998. p. 3-15.
48. Irwig L., Bennetts A. Quality of after breast conservation or mastectomy: a systematic review // Aust. N.Z.J.Surg. - 1997. - Vol.67. - №11. - p. 750-754.
49. Janni W., Rjosk D., Dimpfl T.H., et al. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage 1-3 breast cancer long-term follow-up of a matched-pair analysis // Ann. Surg. Oncol. - 2001. - Vol.8. - №6. - p. -548.
50. Kissen D., Le Shan L.L. Phychosomatic aspects of neoplastic disease. Pitman. London, 1964.
51. Kitbert G.M., de Haes J.C., van de Velde C.J. The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients: a reiew// J.Clin. Oncol. 01991.- Vol.9, -p.1059-1070.
52. Levy S.M., Haynes L.T., Herberman R.B., et al. Mastectomy versus breast conservation survey: Mental health effects at long-term follow-up // Health Psychol. - 1992. - Vol. 11.- p.349-354.

53. Maunsell E., Brisson C., Dubois L., et al. Work problems after cancer: an exploratory qualitative study // *Psychooncology*. - 1999. - Vol.8. - №6. - p.467-473.
54. Morris A., Perez D., VcNoe D. The use of quality of life data in clinical practice // *Quality of life research*. - 1998.- Vol.7. - P.85-91.
55. Nissen M.J., Swenson K.K., Ritz L.J., et al. Quality of live after breast carcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures - *Cancer*. — 2001. - Vol.91. - №7. - p.1238-1246.
56. Reuter K., Raugust S., Marscher N., Harter M. // Differences in prevalence rates of psychological distress and mental disorders in inpatients and outpatients with breast and gynaecological cancer. *European Journal of Cancer Care*. 16(3): 222-230, May 2007.
57. Rubino C., Figus A., Lorretu L., Sechi G. Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. // *J Reconstr Aesthet Surg*. - 2007. - 60. - 5.- 509-518.
58. Shimozuma K., Ganz P.A., Petersen L.7, Hirji K. Quality of life in the first year after breast cancer surgery: rehabilitation eeds and patterns of recovery // *Breast Cancer Res. Treat.* - 1999. - Vol.56. - №1. - p.45-57.
59. Srhussler G., Schubert C. The influence of psychosocial factors on the immune system (psychoneuroimmunology) and their role for the incidence and progression of cancer // *Psychosom Medd Psychother*. 2001- 47 (1).-p.6-41.
60. Temoshok L. Personality coping style emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys*, 6:545-567, 1987.
61. Watson M., Greer S., Pruyn J., Van Der Borne B. Locus of control and adjustment to cancer. *Psychological Reports*, 66, 1990, 39-48.
62. Wolberg W.H., Romsaas E.P., Tanner M.A., et al. Psychosexual adaptation to breast cancer surgery // *Cancer*. -1989.- Vol.63. - p.1645-1655.