

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
Кафедра загальної та клінічної психології

На правах рукопису

ВАХОВСЬКИЙ ОЛЕГ СЕРГІЙОВИЧ

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГ СТРАТЕГІЙ І ЗАХИСНИХ
МЕХАНІЗМІВ У ЛЮДЕЙ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Спеціальність: 053 «ПСИХОЛОГІЯ»

Освітньо-професійна програма «Клінічна психологія»

Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:

МАЛІМОН ЛЮДМИЛА ЯКІВНА,

кандидат психологічних наук, професор

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____
засідання кафедри загальної та клінічної психології,
від _____ 2024 р.

Завідувач кафедри

_____ проф. Журавльова О.В.

ЛУЦЬК - 2024

АНОТАЦІЯ

Ваховський О.С. Психологічні особливості копінг стратегій і захисних механізмів у людей з онкологічними захворюваннями – Рукопис.

Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 «Психологія», освітньо-професійної програми Клінічна психологія. – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2024.

Магістерська робота присвячена теоретико-методологічному та емпіричному дослідженню виявлення особливостей прояву захисних механізмів і копінг-стратегій у хворих на онкологічні захворювання, а також їх вплив на ставлення до лікування.

У першому розділі теоретично обґрунтовано зв'язок між психологічними аспектами онкологічних захворювань та особливостями реагування на стресові життєві ситуації і на захворювання, особистісними особливостями, що перешкоджають або сприяють подоланню стресу, стилями опанувальної поведінки. Визначено ступінь залежності копінг-поведінки від когнітивної оцінки захворювання.

У другому розділі обґрунтовано емпіричне вивчення проблеми та здійснено дослідження та емпірично доведено, що онкохворі, як і здорові люди, у стресовій ситуації використовують як пасивні, так і активні механізми психологічного захисту, проте ієрархія, напруженість та репертуар цих захистів різний. Також визначено, що існують відмінності у структурі та напруженості, як неусвідомлюваних механізмів психологічного захисту, так і усвідомлюваних способів подолання стресу у хворих з різним ставленням до хвороби.

Отримані результати можуть бути використані в психотерапії онкохворих, спрямованій на формування установки до лікування шляхом корекції неадаптивних захисних механізмів і стратегій опанувальної поведінки.

Ключові слова: опанувальна поведінка, копінг-поведінка, копінг-стратегії, механізми психологічного захисту, онкохворі.

ANNOTATION

Vakhovskiy O.S. Psychological features of coping strategies and defense mechanisms in people with cancer. – Manuscript.

Work for the educational degree “Master” in specialty 053 “Psychology”, educational and professional program “Clinical Psychology.” – Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2024.

The master's thesis is devoted to the theoretical, methodological and empirical study of identifying the features of the manifestation of defense mechanisms and coping strategies in patients with cancer, as well as their impact on attitudes towards treatment.

The first section theoretically substantiates the relationship between the psychological aspects of cancer and the peculiarities of responding to stressful life situations and diseases, personality traits that impede or facilitate stress overcoming, and coping styles. The degree of dependence of coping behavior on the cognitive assessment of the disease is determined.

The second section substantiates the empirical study of the problem and empirically proves that cancer patients, like healthy people, use both passive and active psychological defense mechanisms in a stressful situation, but the hierarchy, intensity and repertoire of these defenses are different. It has also been determined that there are differences in the structure and intensity of both unconscious psychological defense mechanisms and conscious ways of coping with stress in patients with different attitudes toward the disease.

The obtained results can be used in the psychotherapy of cancer patients aimed at forming an attitude towards treatment by correcting maladaptive defense mechanisms and coping strategies.

Keywords: coping behavior, coping behavior, coping strategies, psychological defense mechanisms, cancer patients.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ НА ОНКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	
1.1 Психологічні аспекти онкологічного захворювання	9
1.2 Копінг-стратегії у онкохворих	18
1.3. Особливості механізмів психологічного захисту у онкохворих	24
Висновки до 1 розділу	32
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ОНКОХВОРИХ	
2.1 Опис вибірки та методик дослідження	34
2.2. Порівняльний аналіз застосування механізмів психологічного захисту у онкохворих та «умовно здорових» осіб	35
2.3. Психологічні особливості прояву механізмів психологічного захисту у онкохворих з різним ставленням до лікування	45
2.4. Психологічний аналіз отриманих емпіричних даних	55
Висновки до 2 розділу	63
ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	69
ДОДАТКИ	79

ВСТУП

Актуальність дослідження. Останні десятиліття у світі відзначається тенденція сталого зростання онкологічної захворюваності. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) станом на грудень 2023 року у світі було зареєстровано 772 млн. випадків онкозахворювань та очікується, що до 2023 року захворюваність досягне 5,4 млн. випадків на рік і, за прогнозами ВООЗ, що до 2050 року відбудеться зростання більше ніж на 75 % [62]. У світі онкологічні захворювання як причина смерті посідають третє місце і щороку виявляють більше 10 млн. людей з онкозахворюваннями [62]. Статистичні дані Національного канцер-реєстру України станом бази даних на початку 2024 року засвідчує: кількість нових зареєстрованих випадків протягом 2023 року становить 110 060, загалом пацієнтів на обліку, які підлягають постійному нагляду – 1 272 610 осіб. Загальна кількість пацієнтів у базі даних на цей період складає 5 032 600 осіб. Таким чином, новоутворення посідають друге місце серед причин смертності населення в Україні [37].

Незважаючи на успіхи, досягнуті останніми роками у вивченні питань етіології та патогенезу онкологічних захворювань, у розробці та застосуванні новітніх лікарських препаратів та методів лікування, їх поширеність залишається високою, що зумовлює актуальність вивчення факторів, що впливають на перебіг та прогноз онкозахворювань. Найважливішу роль цьому відіграють не лише локалізація і складність ракової пухлини, а й психологічні особливості хворих.

В даний час механізми патогенезу онкологічних захворювань розглядаються у зв'язку з порушенням адаптаційної системи особистості, яка багато в чому регулюється та забезпечується механізмами психологічного захисту та копінг-поведінкою [12; 32; 27; 61; 44; 28; 29; 56; та ін.]. Механізми психологічного захисту визначають тип ставлення до хвороби, а, отже, такі її параметри, як перебіг і результат. Копінг розглядається у зв'язку з психологічними ресурсами особистості і розуміється як певні здібності, знання та вміння людини, що дозволяють їй ефективно справлятися з вимогами

середовища. Це вміння розуміти ситуацію, прогнозувати власну поведінку та поведінку оточуючих, відповідати за свої дії. Особливостями опанувальної поведінки визначається успішність адаптації до життєвих стресів, у тому числі і до онкологічних захворювань.

Ця проблема досить широко представлена у науковій літературі, проте деякі її аспекти недостатньо вивчені. Так, дуже мало досліджень, спрямованих на вивчення співвідношення різних механізмів психологічних захистів і стратегій подолання хвороби у онкохворих з різним ставленням до лікування. Це вносить новизну у вивчення цієї проблеми і має важливе практичне значення у плані формування установки на лікування шляхом корекції неадаптивної опанувальної поведінки в подоланні хвороби.

Об'єкт дослідження: психологічні особливості онкологічних хворих.

Предмет: копінг стратегії та захисні механізми людей, хворих на онкологічні захворювання.

Мета дослідження: виявити особливості захисних механізмів і копінг-стратегій у хворих на онкологічні захворювання, а також їх вплив на ставлення до лікування.

Завдання дослідження:

1. Розглянути психологічні аспекти онкологічного захворювання.
2. Провести аналіз теоретичних та емпіричних досліджень, що висвітлюють особливості опанувальної поведінки у онкологічних хворих.
3. Проаналізувати існуючі підходи та емпіричні дані про особливості механізмів психологічного захисту в онкохворих.
4. Провести емпіричне дослідження особливостей копінг-стратегій та механізмів психологічного захисту у онкологічних хворих у порівнянні зі здоровими людьми.
5. Провести емпіричне дослідження особливостей копінг-стратегій та механізмів психологічного захисту у онкологічних хворих з різним ставленням до хвороби.

Гіпотетичні передбачення дослідження:

1) онкохворі, як і здорові люди, у стресовій ситуації використовують як пасивні, так і активні механізми психологічного захисту, проте ієрархія, напруженість та репертуар цих захистів різний;

2) існують відмінності у структурі та напруженості, як неусвідомлюваних механізмів психологічного захисту, так і усвідомлюваних способів подолання стресу у хворих з різним ставленням до хвороби.

Теоретико-методологічна база дослідження: підходи до поняття механізмів психологічного захисту та їх впливу на адаптацію до стресу (Л.Я. Малімон, І. О. Корнієнко, О.Б. Ігумнова, Л.А. Ільницька, Н.В. Хазратова, Ю.М. Кашпур, І.В. Роєнко, Л.І. Паливода, З.Р. Шайхлісламов, В.Ю. Горбенко, Л.К. Велитченко, S. Zakowski, М.Н. Hall, А. Barnes та ін.) підходи до поняття і сутності власної поведінки (Р. Лазарус, С. Фолкман, Т.М. Титаренко, О.Д. Литвиненко, О. Штепа, В.Л. Зливков, О.С. З.А. Сивогракова, Аврамчук, Т.О. Ларіна та ін), дослідження особливостей психологічного захисту та копінг-поведінки онкологічних хворих (Ю.Ю. Мартинова, І.В. Сергет, Н.В. Родіна, В.В. Березянська, К. Балицький, Ю. Шмалько, А.О. Татьянчиков, О.М. Цільмак, М. Орап, Г.О. Хомич, І.Р. Мухаровська, Є.В. Кущевий, Б. В. Плєскач, McWilliams Nancy, M. Watson, S. Greer, I.R. Schapiro, L. Ross-Petersen, H. Saetan, S. Moorey, S. Greer та ін.).

Методи дослідження. В роботі була використана сукупність теоретичних та емпіричних методів дослідження: методи теоретичного аналізу та синтез наукових даних з проблеми дослідження, систематизація та узагальнення наявних уявлень з цієї проблеми, емпіричні методи (спостереження, тестування). У роботі були використані такі методики: Методика ІЖС (індекс життєвого стилю), Опитувальник способів подолання (адаптація методики WCQ), Методика «Індикатор копінг-стратегій». Кількісний аналіз даних здійснювався з допомогою методів математичної статистики, зокрема для виявлення особливостей психологічного захисту та копінг-стратегій у онкохворих використаний метод порівняльного аналізу. Визначалась середня арифметична (М), її помилка ($\pm m$), непараметричний критерій Манна-Уїтні (U) при різних

рівнях значущості (p). Вірогідними вважалися результати при $p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$. Аналіз даних провадився за допомогою статистичного пакету програм SPSS.

База дослідження. дослідження здійснене на базі комунального некомерційного підприємства «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної Ради». У дослідженні взяли участь 80 досліджуваних, віком від 30 до 55 років. З них 40 онкологічних хворих 1-ї та 2-ї стадії та 40 жінок того ж віку, які не страждають на онкологічні та інші важкі соматичні захворювання.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження. Теоретично обґрунтовано та емпірично доведено зв'язок між психологічними аспектами онкологічних захворювань та особливостями реагування на стресові життєві ситуації і на захворювання, особистісними особливостями, що перешкоджають або сприяють подоланню стресу, стилями опанувальної поведінки. Визначено ступінь залежності копінг-поведінки від когнітивної оцінки захворювання.

Практична значущість одержаних результатів полягає в емпіричному вивченні психологічних особливостей копінг-стратегій і захисних механізмів онкохворих пацієнтів з різним ставленням до лікування. Також важливим результатом дослідження є виявлення і систематизація даних щодо особливостей напруженості копінг-стратегій і захисних механізмів онкохворих. Отримані результати можуть бути використані в психотерапії онкохворих, спрямованій на формування установки до лікування шляхом корекції неадаптивних захисних механізмів і стратегій опанувальної поведінки.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження висвітлювалися на: XI міжнародній науково-практичній інтернет-конференції: «Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві» із циклу: «Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування викликів сучасності», 16 – 20 грудня 2024 року, м. Луцьк.

Структура роботи : робота складається з вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ХВОРИХ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

1.1. Психологічні аспекти онкологічного захворювання

У дослідженні психологічних аспектів онкологічних захворювань можна виділити два напрями – психосоматичний та соматопсихічний. Перший напрямок вивчає психологічні чинники та особливості особистості, що схилиють до раку, другий – психічні реакції на онкологічне захворювання.

До психологічних факторів, що детермінують рак, відносять стрес [43; 8; 2; 33; 3 та ін]. Так, наприклад, у дослідженні, проведеному протягом 4,5 років Центром раку грецького відділу соціального забезпечення в Афінах, дослідники виявили, що, як правило, виникненню раку передуює травматична подія життя. Автори [75] отримали результати, що показують, наскільки психологічний стрес впливає розвиток раку грудей. У ході дослідження було виявлено статистично значущу позитивну кореляцію між раком молочної залози з наступними психотравмуючими подіями: смерть коханої людини, несподівана зміна способу життя, постійні конфлікти в сім'ї, фінансові проблеми, нереалізованість у статевих стосунках, психіатричні проблеми та алергії.

Підтвердження ролі стресу у виникненні раку отримано в дослідженні, проведеному вченими університету Хельсінкі (К. Lillberg , РК Verkasalo , J. Kaprio , L. Terro) [79]. Обстеживши майже 11 тисяч жінок із раком молочної залози, вченими було виявлено, що у всіх випадках початку онкологічного захворювання передувала психотравмуюча ситуація. Це дозволило авторам стверджувати, що незалежно від загальної кількості подій у житті, розлучення, смерть чоловіка, смерть близького родича чи друга, пов'язані з підвищеним ризиком розвитку раку молочної залози.

Однак, як зазначають D.M. Lamkin та G.M. Slavich [77], більшість сучасних досліджень свідчить про те, що ніякого достовірного зв'язку між стресом і

захворюваністю на рак не існує, тобто, сама по собі психотравмуюча подія не веде до виникнення раку. Це підтверджено, наприклад, у дослідженні, проведеному N.R. Nielsen [84], яке демонструє, що високий рівень стресу знижує ймовірність розвитку раку молочної залози. У зв'язку з цим, можна висловити думку, що у розвитку раку важливе значення мають особистісні особливості, які сприяють чи перешкоджають опануванню стресовою ситуацією. Тому стрес-копінг, особистісні риси, пов'язані зі стійкістю до стресу, а також використання неправильних стратегій боротьби з ним, стали визнаними важливими факторами у розвитку раку [64; 65; 73; 76; 87 та ін.]

Так, S. Greer і T. Morris [73] виявили зв'язок між схильністю до пригнічення емоцій (насамперед гніву) та стресовою подією в житті, що передуює виникненню та розвитку раку. На підставі отриманих результатів автори зробили висновок про те, що причиною раку є модель поведінки, яка зберігається протягом усього дорослого життя, і виражається в ненормальному вивільненні емоцій у вигляді крайнього пригнічення гніву та інших почуттів. Це підтверджує і D. Brodie [66], на думку якого, пригнічений гнів є найпоширенішою емоційною особливістю онкологічних хворих загалом і зустрічається майже в кожному випадку раку.

Також існує думка, що є певні особистісні риси, які зумовлюють реакцію на стрес і сприяють сприйнятливості до раку. Цей аспект був предметом уваги ще в античності. Так, Клавдій Гален, вважав, що меланхолійні жінки більш схильні до розвитку раку, ніж жінки-сангвініки [77].

Ранні психосоматичні теорії припускали, що фактором ризику розвитку раку є виражена екстраверсія та низький нейротизм [63; 76], що було спростовано результатами інших досліджень [83; 85]. Наприклад, S. Moorey та S. Greer [82], які вивчили особистісні особливості близько тисячі пацієнтів з показниками нейротизму, екстраверсії та психотизму, не виявили зв'язку жодної з особистісних характеристик та ризиком розвитку раку. Як вказують S. Moorey та S. Greer [82], результати інших досліджень щодо вивчення зв'язку між особистісними особливостями та захворюваності на рак або смертності були суперечливими. З шести ретроспективних досліджень, зареєстрованих на 2002

рік, у чотирьох виявлено статистично значущий зв'язок ризику раку молочної залози та легень з високими показниками екстраверсії, низькими показниками невротизації та особистісної тривожності. Два інших дослідження не виявили жодного зв'язку між особистісними характеристиками та раком грудей. З десяти перспективних когортних досліджень, п'ять виявили статистично значущий зв'язок між поведінкою особистості типу безнадійності та раком, а також між низькою емоційністю. Інші п'ять перспективних досліджень не виявили статистично значущого зв'язку між особистісною поведінкою і ризиком онкологічного захворювання. На підставі цих та своїх досліджень, S. Moorey та S. Greer зробили висновок, що отримані ними дані не підтверджують гіпотезу про те, що особистісні прояви є фактором ризику захворюваності на рак. Зв'язок між невротизацією та онкологічним захворюванням може бути наслідком, а не причиною діагностики раку або його симптомів [82].

Дослідження, проведене С.Л. Коопер та Е.В. Faragher [68, 69], показало, що факторами схильності до раку молочної залози, є стратегії подолання важких життєвих ситуацій і особистості диспозиції. Роль опанувальної поведінки підтверджена й багатьма іншими дослідниками [67, 70, 80 та ін.].

Таким чином, дані про роль особистісних особливостей у розвитку раку суперечливі. Тим не менш, D. Brodie [66] вважає, що існує тип особистості, схильний до раку, психологічними особливостями якого є:

- придушення як позитивних, так і негативних емоцій;
- схильність брати на себе додаткові обов'язки і відповідальність, навіть якщо вони викликають стрес;
- негативна реакція на стрес, і, часто, нездатність адекватно впоратися зі стресом;
- песимізм;
- схильність до депресій та безнадійності;
- надмірне занепокоєння про інших;
- прагнення всім догодити та ін.

D.M. Lamkin та G.M. Slavich [77] вважають неправомірним розглядати окремо стрес, особистість пацієнта та стилі його поведінки як фактори розвитку раку. На їхню думку, всі ці фактори пов'язані та мають враховуватися у комплексі. Також дані автори зазначають, що онкологічне захворювання саме собою є сильним стресом для хворого, і особистісні особливості та поведінкові стратегії, що описуються в різних дослідженнях, можуть бути не преморбідними особливостями, а реакцією на цей стрес. Стрес, пов'язаний із захворюванням, у поєднанні з іншими психосоціальними факторами, здійснює безперечний вплив на перебіг хвороби.

Так, згідно з D.M. Lamkin та G.M. Slavich, кілька психосоціальних факторів, включаючи психологічний стрес, занепокоєння, ворожість, відсутність емоційного вираження, низька якість життя в цілому, сімейні проблеми та ін. пов'язані з більш коротким часом виживання хворих на рак. Характер цих відносин є складним, але, як показали інші дослідження, низька якість соціальної підтримки, вищої тривожності та вищої ворожості пов'язані з вищим коефіцієнтом виживання [77].

Г. Католик, Й. Біннебезель [9; 21] до типових реакцій онкологічних хворих на стрес відносить відмову від боротьби та відчуття повної безпорадності.

Дослідники стверджують, що більшості онкологічних хворих (незалежно від різновиду захворювання) властиві специфічні психологічні риси інфантильності (схильності займати дитячу позицію), що відрізняють їх від інших груп соматичних їх хворих та контрольної групи. Ці риси вишиковуються в психологічний «профіль», який захоплює базові підстави особистості. Окремі риси особистісної незрілості формуються та проявляється ще до початку захворювання [2; 33; 47; 52].

Психічні стани, як реакція захворювання, описані В.В. Березянською Б.В. Плєскач [5; 41]. На першому етапі, після того, як хворий дізнається про діагноз, такі реакції часто проявляються у вигляді тривожно-депресивного синдрому, що включає виражену тривогу, загальне занепокоєння, страх, почуття безнадійності, безглуздя існування, думки про неминучу і швидку смерть. Рідше

спостерігаються безпричинні спалахи люті та гніву, тужливо-злісний настрій, що часто приховують тривогу та страх. Інтенсивність переживань дещо знижується після госпіталізації. На цьому етапі переважають дисфоричні, тривожно-депресивні, тривожно-іпохондричні та obsесивно-фобічні симптоми. Перед операцією домінуючою реакцією є страх, а після операції вираженість негативних переживань різко знижується і на перший план виходить астено-іпохондричний синдром. Після виписки з лікарні у хворих спостерігається прагнення до самоізоляції, негативне ставлення до звичних раніше розваг, втрата інтересу до внутрішньосімейних справ, уникнення ситуацій, пов'язаних із емоційними переживаннями.

Однак, хворі по-різному реагують на своє захворювання, дізнавшись про діагноз, і по-різному включаються в лікувальний процес. Вчені [4; 6; 41; 82] пояснюють такий процес когнітивними моделями перебудови та подолання. Одні хворі після початкового періоду збентеження, розуміючи всі наслідки та прогноз, відчують, що в змозі впоратися з раком, беруть активну участь у лікуванні та вірять у його успішність. Інші пацієнти, не в змозі думати ні про що, окрім раку, дізнавшись про можливість рецидиву, розглядають рак не просто як загрозу для здоров'я, але і як смертний вирок, не вірячи в лікування та часто відмовляючись від нього [38; 82, с.11].

Згідно S. Greer [71] спочатку діагноз раку розглядається хворим як катастрофічна загроза, еквівалентна смертному вирoku. Початковий період характеризується хаотичним безладдям думок і почуттів, емоційною лабільністю – від гострих емоційних реакцій до ослаблення. З пізнавальної точки зору це результат основних переконань про «саме зі мною такого не може статися». Подальші зміни психічного стану хворого залежатимуть від його ставлення до хвороби. Спочатку хворий не розуміє, що відбувається. У перші тижні та місяці після діагнозу раку пацієнти починають відповідати на три життєві питання: наскільки велика загроза, що можна зробити і який прогноз? [38].

Свою хворобу пацієнти можуть розглядати 1) як виклик; 2) як серйозну загрозу, яка може подавити чи знищити; 3) як шкоду, втрату чи поразку; 4) заперечення чи відмову визнати, що загроза існує [82].

Л. І. Дідковська [14] зазначає, що особистісний сенс хвороби може мати негативний, позитивний та конфліктний характер. Негативний або перешкоджаючий сенс хвороби характеризується тим, що хвороба є умовою, яка стає на заваді реалізації життєвих мотивів. Позитивний сенс хвороби, на відміну зарубіжним концепціям, розглядається дослідницею з позиції мотивів, що дозволяють особі зняти відповідальність, уникнути небажаної діяльності. У свою чергу, конфліктний сенс хвороби відображає боротьбу мотивів, неможливість зробити певний вибір. Вирішення конфлікту між мотивами залежить від ступеня сформованості, диференційованості смислових утворень: чим стабільніші смислові утворення, тим менша ймовірність звуження кола інтересів особистості в умовах конфліктного сенсу захворювання.

Науковці [25; 82] відзначають, що особистий сенс онкозахворювання для людини є важливим фактором у визначенні її адаптації до хвороби.

Р.С. Лазарус і С. Фолкман [78] зробили значний внесок у розуміння того, як люди справляються зі стресом, демонструючи роль оцінок у процесі подолання стресу. Крім первинної оцінки характеру стресу, відбувається вторинна оцінка. Це відповідає другому питанню: Що я можу з цим вдіяти? Пацієнти відрізняються у своїх уявленнях про те, наскільки вони, або будь-хто, може контролювати або змінити процес хвороби. Відповідь на третє запитання (Що таке прогноз?) виникає з відповідей на перші два питання. Якщо хвороба є складною задачею, яка може бути вирішена, пацієнт відчувається оптимістично. Якщо це сприймається як втрата, розвивається відчуття безпорадності. Закономірності думок, почуттів та поведінки, пов'язаних з цими оцінками представляють опанувальний стиль подолання хвороби [82].

Когнітивній оцінці надається вирішальне значення у процесі активізації копінг-поведінки. Згідно з теорією оцінки, в загрозливій або небезпечній ситуації людина використовуватиме емоційно-орієнтовані стратегії копінг-поведінки [13;

58; 29]. Коли ситуація оцінюється як контрольована, сприймається як виклик, звернений до потенційних ресурсів особистості, згідно з концепцією Р. Лазаруса і С. Фолкмана, людина частіше використовуватиме проблемно-орієнтовані стратегії копінг-поведінки, які спрямовані на зміну ситуації, що склалася [82].

S. Greer та M. Watson [72] визначили п'ять загальних стилів відношення до хвороби: бойовий дух (або дух боротьби), недопущення або відмова, фаталізм, безпорадність та безнадійність, тривожна поглиненість.

Хворий з переважанням духу боротьби відноситься до хвороби як до виклику і вірить у позитивний результат. Такі хворі активно, але не надмірно, шукають інформацію про можливість лікування, беручи активну участь у лікувальному процесі та намагаються жити нормальним життям, наскільки це можливо. Розглядаючи діагноз як виклик, хворий може певною мірою контролювати стрес та розглядати прогноз як оптимістичний [72].

При домінуванні стилю недопущення чи відмови хворий заперечує наслідки захворювання. Відчуття загрози від діагнозу зведено до мінімуму і, таким чином, питання контролю за хворобою немає жодного значення, і прогноз сприймається як хороший. Ставлення через заперечення супроводжується поведінкою, що зводить до мінімуму вплив хвороби життя пацієнта. Як правило, ці пацієнти не виконують усіх рекомендацій лікаря, відкладають хіміотерапію чи відмовляються від неї тощо [54].

При фаталістичному стилі ставлення до хвороби, вона сприймається як відносно невелика загроза, не існує жодного контролю, який може бути наданий у зв'язку із ситуацією, і до наслідків відсутності контролю пацієнти ставляться байдуже. Їх характерне пасивне сприйняття, а активні стратегії боротьби з раком відсутні. Типовим висловлюванням таких хворих є: «Це все в руках лікарів/бога/долі» [6].

При безпорадному та безнадійному стилі ставлення до хвороби пацієнт пригнічений та охоплений масштабністю загрози раку. Діагноз розглядається як серйозна загроза, втрата або поразка. Хворі переконані, що не можуть контролювати ситуацію і поганий прогноз сприймається як те, що сталося.

Активні стратегії для боротьби з раком відсутні, а також знижено діяльність в цілому. В основному пацієнт відмовляється від боротьби з хворобою, не бачачи в цьому сенсу, формуючи завчену безпорадність [15; 48].

Якщо в хворого домінує стиль опанувальної поведінки через прояв тривожного занепокоєння, то поведінка спрямована на нав'язливий пошук можливості лікування. Хворий постійно зосереджений на своїй хворобі, будь-які фізичні симптоми негайно інтерпретуються як ознаки погіршення стану чи нової хвороби. Такі пацієнти постійно розшукують інформацію про рак та альтернативні способи лікування. Діагноз є серйозною загрозою, при цьому хворі не впевнені, що можуть контролювати ситуацію, і майбутнє бачиться як непередбачуване [59; 54].

Існують експериментально підтверджені дані про те, що ці стилі ставлення до раку пов'язані з психологічною адаптацією та прогнозом хвороби. Найбільш сприятливий прогноз дослідники пов'язують зі стилем опанувальної поведінки «Бойовий дух» [54; 10; 74; 86].

Незважаючи на відмінності щодо хвороби, для всіх онкологічних хворих характерними є негативні психічні стани, які пов'язані, в основному, із загрозою смерті. Так, Н.В. Родіна та І.В. Сергет [46; 50] вказують, що в цілому, у хворих на рак молочної залози відзначається досить висока частота появи психічних розладів, значні підвищення за шкалами депресії в порівнянні з нормативною вибіркою. Для хворих на цей вид раку характерні іпохондричні розлади, синдром невротичної деперсоналізації [46]. Проте, хоча загроза можливої смерті є найсерйознішою загрозою, але не єдиною в розвитку раку, впоратися з проявами хвороби іноді може виявитися важчим, ніж зі страхом смерті, симптоми та лікування раку можуть бути болючим, виснажливим та викликати страждання [46]. Навіть якщо лікування відносно успішне, воно іноді має серйозні наслідки для зовнішнього вигляду, починаючи від тимчасової втрати волосся від променевої та хіміотерапії до постійної зміни після хірургічного лікування, що також впливає на психіку хворого. Наприклад, як зазначає Ю.Ю. Мартинова,

рівень депресивного настрою у жінок, які перенесли мастектомію, порівняно з хворими, що зазнали секторальної резекції статистично достовірно вище [30].

Таким чином, стиль подолання хвороби багато в чому визначає перебіг і прогноз захворювання, що пояснює актуальність вивчення копінг-стратегій людей з онкологічними захворюваннями.

1.2 Копінг-стратегії у онкохворих

Перш, ніж розглядати особливості опанувальної поведінки у людей з онкологічними захворюваннями, необхідно уточнити поняття копінг-стратегій.

Вивчення власної поведінки бере свій початок у рамках концепції стресу та адаптації, якому присвячено ряд робіт зарубіжних дослідників Г.Сельє, Р.С. Лазаруса, С. Фолкмана [78]. Термін опанування з'явився порівняно недавно і вживається поряд з іншими термінами – копінг та долаюча поведінка [13; 10; 45].

Сьогодні в психології існує три концепції до вивчення опанувальної поведінки: егоцентрована (психодинамічна), диспозиційна (ресурсна) і когнітивна (стрес-орієнтована) [24; 53; 18].

У его-центрированій (психодинамічній) концепції зміст опанувальної поведінки представлено психологічним захистом, метою якого є зменшення напруги особистості задля збереження її внутрішнього балансу [24; 36].

У рамках диспозиційної (ресурсної) концепції опанувальна поведінка визначається наявністю певних передумов, властивостей і здібностей особистості, інакше кажучи, ресурсами [13; 58]. У психології до ресурсів відносять усе те, що дозволяє вирішувати певні життєві завдання (адаптації, саморегуляції, самореалізації, подолання) легше і ефективніше. Н.В. Родіна [44] трактує ресурси як індивідуальні особливості, завдяки яким завдання мобілізації особистості при адаптації до стресу вирішується легше чи складніше. Близьким за змістом є поняття адаптаційного потенціалу особистості, що визначається як системна властивість, як здатність особистості до структурних та рівневих змін (під впливом адаптогенних факторів) якостей та властивостей, що підвищує її

організованість та стійкість [27], як інтегральна змінна, що поєднує біологічні властивості та якості, індивідуально-психологічні та соціальні, що використовуються особистістю для освіти та здійснення нової моделі поведінки у змінних умовах життєдіяльності [39].

Теоретичними передумовами ресурсного підходу є ресурсна модель, в якій йдеться про витрачання та відновлення ресурсів стосовно процесів саморегуляції [51].

Виділяють три великі класи ресурсів: фізіологічні (стан фізичного здоров'я та тип нервової системи, що зумовлює адаптацію до стресу), психологічні (особливості особистості, характеру, здібностей), соціальні (соціальна підтримка) [39]. До психологічних ресурсів відносять: стійкість як задоволеність своїм життям, її свідомість, почуття зв'язності, суб'єктивну вітальність; саморегуляцію, в яку включена каузальна орієнтація, локус контролю, самоефективність, орієнтація на стан та дію, толерантність до невизначеності, схильність ризикувати, рефлексія, оптимізм, життєстійкість та інші параметри [51]; мотивація як енергетичний потенціал дій суб'єкта індивіда подолання стресу [44]; компетенції, що є навичками операційної системи діяльності, стереотипне реагування на ситуації, механізми психологічного захисту [24].

Важливим моментом у регуляції власної поведінки є не тільки наявність ресурсів, а й їх взаємодія чи компенсація. Тому здатність особистості до ефективної взаємодії із середовищем, вдала адаптація до складних життєвих обставин пояснюється вдалим розподілом ресурсів. У межах ресурсного підходу застосовується поняття «розподілу ресурсів», який є системоутворюючим для всіх інших ресурсів, дозволяючи суб'єкту керувати іншими ресурсами і успішно адаптуватися [24].

І. О. Корнієнко [24] розглядає індивідуальні ресурси як основу контролю поведінки, що включає три підсистеми: когнітивний контроль (що спирається на інтелектуальні ресурси), емоційне регулювання (з використанням емоційних ресурсів) і довільний/вольовий контроль (в основі якого лежать вольові ресурси). При цьому поєднання ресурсів має суто індивідуальний характер. У поняття

«когнітивний контроль», крім стилевих особливостей (когнітивних контролів), автор включає особливості інтелекту. Саме важкі ситуації дозволяють виявити розбіжності у контролі поведінки й у індивідуальних ресурсах суб'єкта [48].

Таким чином, ключовим для розуміння ресурсу є факт зв'язку у ментальному досвіді суб'єкта даного конкретного об'єкта, властивості з корисністю для подолання та ефективністю діяльності. Ресурс має бути результатом досвіду проживання важких життєвих ситуацій. Усвідомленість ресурсу (ресурсної ролі) і корисний ефект для опанувальної поведінки є найважливішими характеристиками ресурсу [61].

Складність опанувальної поведінки та її детермінація різними чинниками призводять до думки, що індивідуальні ресурси мають бути певним чином організовані і виявляти собою систему. Системоутворюючим чинником опанувальної поведінки, на думку одних авторів, може бути ефективність опанування [24], на думку інших – інтегруючий у собі ресурси суб'єкт [61; 60].

Таким чином, існують деякі властивості системи ресурсів опанувальної поведінки, такі як динамічність (постійна зміна залежно від умов), зв'язок зі стійкістю та вразливістю особистості, рівнева та ієрархічна організація, специфічність та універсальність [45].

У сучасній вітчизняній психології опанувальна поведінка частіше розглядається з позиції інтегративного підходу, тобто з урахуванням особистісних факторів суб'єкта опанування, ситуаційних, соціокультурних і регулятивних і визначається як цілеспрямована поведінка суб'єкта, що усуває або зменшує шкідливий вплив стресу адекватними особистісним особливостям та ситуаційним характеристикам способами [44; 18].

Основною функцією опанування вважається не тільки захист суб'єкта від прямого впливу стрес-факторів, а й підтримання його почуття самоцінності, збереження зв'язку минулого та майбутнього, відновлення достресового рівня активності суб'єкта [39].

Таким чином, можна сказати, що психологічне значення опанування полягає в тому, щоб якнайкраще адаптувати суб'єкта до вимог ситуації, дати

йому можливість опанувати нею, знизити її вимоги і знизити стресову дію ситуації. Отже, головне завдання опанувальної поведінки – забезпечення та підтримання благополуччя людини, її фізичного та психічного здоров'я та задоволеності соціальними стосунками.

У такій поведінці відбувається вибір стилів і стратегій (копінг -стратегій), що базуються на внутрішніх ресурсах людини, що визначає успішність адаптації [44]. Стили і стратегії справляє поведінки формуються і розвиваються в процесі всього онтогенезу.

Однією з найпоширеніших у психології опанувальної поведінки класифікацій є класифікація копінг-стратегій, запропонована Р.С. Лазарус і С. Фолкман [78], які, як вказувалося вище, виділяють: проблемно-орієнтований і емоційно-орієнтований копінг. На основі даного поділу ними були виділені такі ситуативно-специфічні стратегії подолання важких ситуацій: конфронтативний копінг; самоконтроль; дистанціювання, втеча-уникнення; прийняття відповідальності; пошук соціальної підтримки; планування вирішення проблеми; позитивна переоцінка.

В цілому автори вважають, що проблемно-орієнтовані копінг-стратегії пов'язані з більшою ефективністю діяльності та суб'єктивно оцінюються як більш ефективні, ніж емоційно-орієнтовані копінг-стратегії [78].

В даний час у вітчизняній психології визнається той факт, що вибір тієї чи іншої стратегії ще не забезпечує ефективність опанування. Важливо враховувати вплив обставин, індивідуальні чинники, важливість самого стресу. Найбільш успішним буде вибір тієї стратегії, витрата сил при застосуванні якої буде найменшою задля найпозитивнішого результату [13; 15; 51; 53; 44].

В даний час велика увага приділяється вивченню особливостей опанувальної поведінки у хворих, оскільки від того, наскільки ефективними будуть варіанти подолання стресу, що використовуються пацієнтом, залежить перспектива психічної адаптації до хвороби і лікування, успішність реабілітації і якість життя хворого. Тривале хронічне або тяжке захворювання накладає відбиток на подальшу опанувально-захисну поведінку та адаптацію хворого в

сторону зниження та збіднення репертуару копінг-стратегій. Внаслідок цього погіршується взаємодія хворого з навколишнім світом, знижується якість комплайєнсу (кооперації), що, своєю чергою, сприяє обтяженню вже наявної симптоматики. Дезадаптивний стиль опанування призводить здорову людину до «групи ризику», а хворих до декомпенсації, резистентності до лікування чи несприятливого прогнозу [2; 6; 14; 16].

Ситуація важкого онкологічного захворювання вимагає мобілізації ресурсів та активізації стратегій подолання стресу на різних етапах від постановки діагнозу до початку активного лікування та можливих наслідків: ремісії чи прогресування [35].

Найбільш ранні дослідження опанувальної поведінки при онкологічних захворюваннях орієнтовані вивчення впливу механізмів психологічного захисту в процесі адаптації до хвороби [86]. У пізніших роботах відбувається зміщення інтересу з досліджень неусвідомлюваних захисних механізмів на дослідження цілеспрямованого та активного опанування особистістю ситуації хвороби [46; 48; 51; 55].

Серед стратегій, що належать до опанування, спрямованого на взаємодію зі стресором у хворих з онкологічними захворюваннями окрему увагу дослідники приділяють стратегіям, спрямованим на пошук соціальної підтримки. Наголошується на значущості стратегії «Пошук інструментальної підтримки» у хворих на онкологічні захворювання [57]. Цю стратегію, як правило, пов'язують з покращенням психологічної адаптації хворих на рак молочної залози [49]. Аналогічна ситуація із стратегією, спрямованою на пошук емоційної підтримки. Результати досліджень, як правило, вказують на позитивний зв'язок задоволеності емоційною підтримкою зі зниженням психологічного дистресу, поліпшенням суб'єктивно сприйманого благополуччя [54; 26; 28].

Залученість хворих у процес лікування, зосередженість на хворобі, уникнення відволікання в сукупності являє собою стратегію «Подавлення конкуруючих видів активності». Використання цієї стратегії передбачає активне

залучення особистості в процес подолання онкологічного захворювання і є предиктором сприятливої психосоціальної адаптації на ранніх етапах захворювання [17].

Найменш продуктивною стратегією, що належить до даного стилю, вважається стратегія концентрації на емоціях та їх вивільненні. На думку І.Р. Мухаровської [35] дана стратегія пов'язана з вищим рівнем депресії та нижчим рівнем якості життя.

Розглядаючи стратегії, орієнтовані на уникнення стресора у хворих з онкологічними захворюваннями, дослідники зазвичай пов'язують їх зі зниженням адаптаційних можливостей та кризою хвороби [4; 48; 27].

Широко поширеною стратегією у хворих на рак є заперечення, даний спосіб подолання охоплює модальність когнітивних та поведінкових зусиль, спрямованих на мінімізацію загрози хвороби, зниження тривожних переживань і може в деяких випадках розглядатися як ефективна [27; 51]. Незважаючи на психологічне значення цієї стратегії, як сприятливої адаптації до хвороби, у низці досліджень підкреслюється зв'язок зі зниженням податливості до лікування у онкологічних хворих [18; 46].

Виокремлюють стратегії когнітивного та поведінкового уникнення. Ці стратегії опанувальної стрес-долаючої хворобу поведінки пов'язані з: (а) збільшенням емоційного дистресу; (б) зниженням соціального функціонування, уникнення проявляється в міжособистісних відносинах хворих, професійній сфері та повсякденному житті; (в) підвищенням рівня тривожно-депресивних переживань; (г) низьким рівнем сприймання контролю і толерантності до невизначеності [1].

Ще однією малоадаптивною стратегією є «самозвинувачення». Ця стратегія пов'язана з депресією, зниженням психосоціальної адаптації та ресоціалізації хворих [48].

Найскладнішим в онкозахворюваннях, за дослідженнями І.В. Сергет, є сприйняття людиною екстремальності ситуації захворювання, переживання надзвичайно сильного стресу, відчуття потужного тиску обставин зовнішнього

характеру, який порушує внутрішню адаптаційну ресурсність особистості. З моменту встановлення діагнозу онкологічного захворювання людина переживає важку психічну травму, впадаючи у емоційний стан безвихідності ситуації, погіршуючи якість власного життя, що трансформує життєві цінності [56], змінює спрямованість інтересів людини, звужує сенси буття навколо власного «Я». Дослідження стратегій подолання важких життєвих ситуацій, метакогнітивних стратегій контролю тривоги та стратегій переоцінки стресора виявило, що опанувальна поведінка у жінок з онкологічними захворюваннями неоднорідна і відрізняється в залежності від когнітивно-емоційного реагування на хворобу. Виділено три типи подолання ситуації онкологічного захворювання у жінок, які страждають на онкологічні захворювання. Перший виділений тип є дезадаптивним і передбачає сфокусованість хворих переважно на негативних аспектах захворювання, більш інтенсивні емоційні реакції і вибір малоадаптивних стратегій опанувальної поведінки. Другий тип подолання характеризується помірно вираженими емоційними реакціями, раціональним прийняттям хвороби у поєднанні із прагненням отримати пораду, допомогу чи інформацію про хворобу. Хворі, віднесені до третього типу, розглядають хворобу з погляду позитивних змін у життєвих пріоритетах, особистості та міжособистісних стосунках. Вивчення опанувальної поведінки в цій групі свідчить про суперечливе поєднання дезадаптивних і адаптивних стратегій поведінки опанування у хворобі. Статистично достовірно, на рівні високих показників, жінки в цій групі вдаються до стратегії «Позитивне переформулювання та особистісне зростання», що виражається у спробі переосмислити стресову ситуацію в позитивному ключі [48; 50].

В.В. Березянська вказує на пригніченість емоційного стану, переживання власної недосконалості, особистісне знецінення, негативні емоційні прояви, порушення соціальної взаємодії, аж до втрати їх особистісної значущості. Було показано, що використання онкологічними хворими адаптивних та частково адаптивних копінг-стратегій пов'язане з більшим ступенем емоційного благополуччя, а використання неадаптивних стратегій корелює з вираженістю

емоційних розладів, при цьому ступінь емоційних порушень визначає не тип чи тривалість захворювання, а характер адаптації до стресу [4; 5; 6].

Н.В Родіна, досліджуючи структуру та детермінанти копінг стратегій жінок із раком молочної залози, вказувала на особливості прояву стрес-долаючої поведінки, виділяючи дві групи опанувальної поведінки: копінг уникнення і копінг, потребує зусиль. Як і у інших дослідників, найбільш вираженим у онкохворих жінок виявився показник потреби соціальної підтримки [46; 44].

Ю.Ю. Мартинова, вивчаючи психологічні компенсаторно-адаптаційні механізми у жінок, які перенесли мастектомію, вказує на стиль захисної та стрес-долаючої поведінки, які є маркерами психічної дезадаптації жінок [30].

Дослідження опанувальної поведінки, спрямованої на взаємодію зі стресором при онкологічних захворюваннях вказують в цілому на позитивний зв'язок такого стилю, який орієнтований на уникнення стресора (дисфункціональний копінг), і спрямований на ухилення від взаємодії з ним, на уникнення загрози або пов'язаної з нею емоціями, з підвищенням якості життя та психологічного благополуччя, зниженням тривоги та депресії у онкохворих [35; 54; 53].

1.3. Особливості механізмів психологічного захисту у онкохворих

Переживання людиною встановлення діагнозу онкологічного захворювання не лише характеризується стресом, а й багатьма дослідниками визначається як переживання пацієнтом особистісної кризи [6; 30; 35; 48]. Як констатує І.В.Сергет «актуалізація поняття тривалості життя у свідомості людини відбувається при встановленні діагнозу про наявність у неї онкозахворювання, що викликає граничні за своєю силою переживання і може призводити до втрати життєвих сенсів» [49].

Н.В. Родіна у своїх дослідженнях зазначає про два напрямки в галузі онкології, де перший спрямований на вивчення впливу психологічних чинників на виникнення онкозахворювань, а другий напрям досліджень скерований на

вивчення психологічних реагувань на ракові захворювання, особливості прояву захисних механізмів та їх вплив на подальший перебіг хвороби [46].

Л.І. Паливода визначає два базові кризових шляхи: переживання через застосування механізмів психологічного захисту та шляхом використання долаючої поведінки, тобто копінг-стратегій [40]. Незважаючи на численність досліджень межі цих понять не є чітко визначені. Поняття копіngu у психології поєднує когнітивний, поведінковий та емоційний компоненти в процесі посилення свідомого зусилля задля вирішення особистісних проблем з метою опанувати життєву ситуацію невизначеності, стресу чи життєвої кризи [17].

Вперше механізми психологічного захисту були представлені у психоаналізі [17]. Психоаналітики вважають, що у кожної людини існують психологічні захисти, які стають частиною опанування життєвих труднощів. Основне завдання психологічного захисту – це швидке зняття напруги та безпеки внутрішнього «Я» або Его. Тому ці механізми виникають автоматично і несвідомо, особистість практично неспроможна відстежити їх появу. Використання конкретного виду психологічного захисту залежить від темпераменту особистості, самого стресу, дитячих переживань, батьківського виховання та цінностей [20]. Ці автоматичні реакції-захисти виявляються тоді, коли «Я» відчуває загрозу з боку несвідомих імпульсів чи зовнішніх конфліктних ситуацій. Щоб зберегти позитивний вигляд «Я» і залишитися в стані рівноваги включається механізм психологічного захисту. Таким чином, психологічний захист – це своєрідне регулювання внутрішніх та зовнішніх конфліктів особистості, що дозволяє індивіду дотримуватися суспільних норм. Одночасно захист здійснює ще одну функцію – це спотворення інформації, що сприймається для збереження позитивної самооцінки особистості. Таким чином, соціальна адаптація досягається через блокування образу реальності та образу самого суб'єкта. Але рефлексія дозволяє суб'єкту за певних умов критично оцінити психологічний захист і побачити спотворення власного способу мислення та дійсну реальність [31; 19].

Л.І. Паливода[40], аналізуючи праці З.Фрейда, вказує на виділення ним таких механізмів психологічного захисту: *заперечення*, за допомогою якого особистість заперечує деякі обставини, що викликають тривогу (або заперечення будь-якої сторони себе); *витіснення*, засобом якого неприпустимі для особистості імпульси чи бажання стають неусвідомлюваними; *регресія*, з допомогою якої особистість у своїй поведінці прагне уникнути тривоги, практикуючи реакції ранніх стадій розвитку лібідо; *компенсація*, яка проявляється у заміні реальної (або уявної) нестачі привласненої собі гідності іншої особи, яка не може стати її частиною, тому що не переосмислена; *ідентифікація*, що проявляється як психологічне злиття особистості зі значним об'єктом, особистість відчуває ті ж самі почуття, може бути носієм аналогічного захворювання; *проекція*, в основі якої лежить процес перенесення неприйнятних для особистості почуттів (або думок) на інших людей, стаючи як би вторинними; *заміщення*, дія якого проявляється у розрядці стеничних пригнічених емоцій (ворожості та гніву), спрямованих на менш небезпечний чи доступний об'єкт; *інтелектуалізація*, яка проявляється як надмірно «когнітивний» спосіб подолання фруструючої ситуації без емоційного переживання; *раціоналізація*, яка дозволяє створити особистості благовидні псевдорозумні аргументи для обґрунтування своєї чи чужої поведінки, викликані тими причинами, які вона (особистість) не визнає через побоювання втратити самоповагу; *реактивні утворення*, прояви яких полягають у вираженні неприйнятних для особистості думок і почуттів з допомогою гіпертрофованого розвитку різноспрямованих мотивів; *сублімація*, за якої особистість спрямовує енергію свого сексуального бажання на діяльність. З. Фрейд розглядав психологічний захист як форму розв'язання конфлікту між неусвідомленими переживаннями, тривогою та складною системою соціальних вимог та заборон, що виступають у ролі примусу зовнішнього середовища. Функціонування психологічного захисту пов'язується З. Фрейдом з такими психічними функціями, як адаптація, підтримання інтрапсихічної рівноваги і регулювання. Реалізація психологічного захисту

відбувається через суб'єктивну ретрансляцію дійсності з метою редукції емоційного напруження [40].

Таким чином, у психоаналітичній концепції зміст власної поведінки представлено психологічним захистом, метою якого є зменшення напруги особистості для збереження її внутрішнього балансу.

Погляди роль психологічного захисту відмінні. Науковці визначають два підходи до розуміння ролі механізмів психологічного захисту, де, на думку одних, психологічними захистами або захисними механізмами називаються способи спотворення сприйняття реальності, що зменшують вплив на психіку людини травмуючих подій. На думку інших авторів, механізми психологічного захисту знижують інтенсивність як зовнішніх психотравмуючих впливів, так і внутрішнього психологічного дискомфорту, що емоційно травмують переживання людини [58].

Й. Біннебезель [9], зазначає, що люди розробляють як свідомі, так і підсвідомі психологічні операції, щоб впоратися з тривогою, що породжується основними екзистенційними занепокоєннями – смертю, свободою, ізоляцією та безглуздістю.

Захисні механізми виступають структурним компонентом особистісної саморегуляції. Вони виконують контролюючу функцію взаємодії особистості у реальності, особливості її когнітивної оцінки та прояву ставлень до неї. Базові їх функції полягають у збереженні психіки особистості та позитивного самоставлення, захисту від травмуючих впливів в процесі подолання афективної напруги як результату неефективної взаємодії з навколишньою дійсністю.

Таким чином, психологічний захист є одним із способів саморегуляції емоційного стану у ситуації стресу.

Н. Мак-Вільямс [81] описала два види психологічних захистів. Первинні (незрілі, примітивні) захисти «нижчого порядку» мають справу з межами між власним «Я» та зовнішнім світом. Захисти «вищого порядку», зріліші, «працюють» з внутрішніми кордонами – між Его, Супер-Его та Ід або між частиною Его, що спостерігає і переживає.

Як зазначає І.О. Гордієнко [12], у загрозовій ситуації людина з низьким рівнем адаптивності використовує, як правило, незрілі, примітивні захисти (псевдокомпенсації). Не будучи адекватними ситуації, псевдокомпенсації є малоефективними, а часом можуть відігравати негативну роль у ситуаціях, які потребують реадаптації. У своєму дослідженні Н.І. Меленчук та, К.О. Прокопенко [32] діагностували такі «псевдокомпенсації» як: «впадання у хворобу», «демонстративна слабкість», «хитрість», «тиранія», «перевага», «самореклама», «жалість до себе», «уявна простодушність», «заздрість», «жадібність», «вина», «ущербність», «страх», «довірливість».

Ю.М. Кашпур, І.В. Роєнко [22] визначаючи зв'язок механізмів психологічного захисту з індивідуально-особистісними властивостями людини, стверджують, що більш широкий спектр здатні використовувати екстравертовані особистості, найчастіше вдаються до компенсації, регресії й проєкції. Нейротичні особистості використовують реактивне утворення, регресію й компенсацію. Регресію застосовують відкриті позитивному досвіду, інтелектуалізація має кореляційний зв'язок з самоконтролем, регресія та компенсація корелює із доброзичливістю. Прояв рівня нейротизму обернено корелює з механізмом витіснення.

Сучасні дослідження визначають чотири рівні механізмів психологічного захисту, в залежності від ступеня усвідомленості та ефективної їх для особистості. До першого рівня належить – конверсія, марення, заперечення, спотворення, екстремальна проєкція, розщеплення – такі захисти деформують реальність сприйняття і негативно впливають на адаптацію тому їх вважають патологічними. Другий рівень характеризується незрілістю психологічних захистів, оскільки властиві для депресивних розладів особистості, які можуть впливати на тривожність особистості та стрес, однак часте їх використання може порушувати соціальну адаптацію особистості – це відреагування назовні, фантазія, інтроекція, пасивна агресія, проєктивна ідентифікація, проєкція, прийняття бажаного за дійсність соматизація. До третього рівня належать невротичні захисти, тривале застосування яких здатне порушити міжособистісну

взаємодію – дисоціація, заміщення, іпохондрія, інтелектуалізація, раціоналізація, ізоляція, витіснення, регресія, реактивне утворення, анулювання, уникнення, соціальні порівняння з іншими – такі механізми мають короткострокову ефективність. До четвертого рівня захистів належать найбільш адаптивні, зрілі захисти, які здатні до інтеграції конфліктів, емоцій та думок людини у нові, соціально адаптивні форми співіснування – самоусвідомленість, альтруїзм, антиципація, емоційна самодостатність, прощення, милосердя, гумор, повага, здатність сублімувати негативні емоції й трансформувати їх у діяльнісний позитив, здатність до свідомого відволікання від стресуючої ситуації, толерантність до думок і почуттів інших людей [17]. Оскільки такі психологічні захисти потребують високого ступеня осмислення та вольових зусиль то їх часто ідентифікують з копінг-стратегіями. Проте, захисні механізми здатні тимчасово вирішити проблему і мають спрямування на внутрішній світ особистості, а копінг-стратегії є цілеспрямованими діями з метою вирішення ситуації на тривалий термін і сприяють становленню (відновленню) соціальних стосунків особистості [40].

Адаптація відбувається за допомогою процесу усвідомлення особистістю складнощів та вироблення стратегій поведінки в цій ситуації для вирішення проблеми.

Опанувальна поведінка, таким чином, є усвідомленою, тоді як психологічні захисні механізми не усвідомлюються.

За даними вітчизняних та зарубіжних дослідників, механізми психологічного захисту онкохворих відрізняються від захисту інших людей.

Watson M, Pruyn J, Greer S [86] отримані дані про те, що успішність психосоціальної адаптації до онкологічного захворювання визначається «Силою его», іншими словами виражений емоційний дистрес пов'язувався з пасивними моделями поведінки у хворобі, песимізмом та самозвинуваченням.

Результати дослідження Ю.Ю. Мартинової [30] виявили різні механізми їхнього взаємозв'язку, що зумовлює специфіку психологічних особливостей онкологічних пацієнтів: схильність до заперечення в онкологічних хворих

безпосередньо пов'язана з їх вираженим прагненням до встановлення доброзичливих взаємин з іншими людьми, стримуванням своїх емоцій та самоконтролем. Чим вище рівень емоційної незрілості, імпульсивності, запальності та неконструктивного переживання травматичних подій респондентів, тим менш у них переважає механізм «заперечення».

Дослідження механізмів психологічного захисту в інкурабельних онкохворих, проведене С.А. Місяк [34], показало, що онкологічні хворі в термінальній стадії здебільшого використовували механізми психологічного захисту (МПЗ) такі як: заперечення, витіснення, заміщення та раціоналізацію.

Згідно з даними, отриманими Б.В. Плєскач [42], що вивчав МПЗ і стратегії подолання у пацієнтів, які погодилися і відмовилися від операції, у пацієнтів, які відмовляються від операцій, система адаптаційних ресурсів неконструктивно забезпечується переважно архаїчними механізмами психологічного захисту. Пацієнти витісняють чи заперечують неприйнятні їм думки і почуття щодо операції. У пацієнтів, які дають згоду на операцію, система адаптаційних ресурсів забезпечується більшою мірою розумно, конструктивно за допомогою копінг-стратегій. Вони здатні виявляти зусилля щодо зміни ситуації та регуляції своїх почуттів, готовність до ризику. Пацієнти, які відмовилися від операції, та прооперовані хворі використовують механізми психологічного захисту «заперечення», «інтелектуалізацію», «проекцію» та «реактивні утворення». Це дозволяє їм не сприймати всі очевидні для оточуючих неприємні обставини об'єктивної реальності, приховувати свої внутрішні справжні почуття, використовувати «розумовий» спосіб подолання фруструючої ситуації, трансформувати внутрішні імпульси в суб'єктивно сприймаючу їх протилежність. У ситуації вітальної загрози хворі використовують переважно захисні механізми, але не опанувальні стратегії. Перевага надається «інтелектуальним» механізмам захисної поведінки та «запереченню» як формі первинної, базової реакції на хворобу у пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Використання психологічного захисту на кшталт «проекція» з упевненістю характеризують пацієнтів, які відмовляються від операції, як

нерішучих, відчують страх перед ситуацією, приховують свої емоції, агресивність і недоброзичливість шляхом приписування їх оточуючим [34].

Щільність кореляції між рівнем ситуативної та особистісної тривожності з вираженим ступенем захисту «анулювання» говорить про високу ефективність даного захисту та підтверджує її домінування в особистості хворого. Низький, порівняно з іншими групами, показник вираженості психологічного захисного механізму «проекція» у хворих на рак може говорити про те, що вони менш схильні приписувати свої переживання та негативні емоції. Цей факт доводить, що ці хворі не дають виходу своїм переживанням, замикаючи в собі негативні емоції. Вираженість, в порівнянні з іншими групами, захисту «регресія» говорить про прагнення особистості у своїх поведінкових реакціях на стрес і тривогу піти в більш ранні, дитячі типи реагування. Розкриваючи тему психосоматичних проявів, дитячий тип реагування має на увазі соматизацію через те, що не може впоратися з ним за допомогою інших, більш зрілих психологічних захистів. Також було виявлено, що використання цього механізму захисту не призводить до зниження тривоги, а навпаки збільшує її [11; 14].

Таким чином, характерною особливістю психологічного захисту у онкологічних хворих є надання переваги «інтелектуальним» механізмам захисної поведінки та «запереченню» як формам первинної, базової реакції на хворобу у пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Специфічні особливості захисних механізмів залежать від тяжкості захворювання та локалізації пухлини. Механізми психологічного захисту можуть як знижувати, так і підвищувати рівень тривоги у онкохворих, а також впливають на прийняття або відмову від лікування.

Висновки до 1 розділу

1. Психологічними аспектами онкологічних захворювань є особливості реагування на стресові життєві ситуації та на захворювання, особистісні особливості, що перешкоджають або сприяють опануванню стресом, стилі опанувальної поведінки.

2. Стиль подолання хвороби багато в чому визначає перебіг і прогноз захворювання, що пояснює актуальність вивчення копінг-стратегій людей з онкологічними захворюваннями.

3. Опанувальна поведінка сприймається як усвідомлена цілеспрямована поведінка суб'єкта з подолання проблемної ситуації, у ході якого він застосовує методи і стратегії адекватні його ресурсам та ситуації опанування. У нашому дослідженні ми використовуємо найпоширеніший підхід до класифікації опанувальної поведінки, що виділяє проблемно-орієнтований, емоційно-орієнтований та уникаючий стилі. Основна відмінність опанувальної поведінки від механізмів психологічного захисту полягає в усвідомленості використання стратегій, оволодіння навичками конструктивного опанування та відповідальності за свою поведінку. Ефективність подолання оцінюється за результатом та станом суб'єкта.

4. Захисні механізми виступають структурним компонентом особистісної саморегуляції. Вони виконують контролюючу функцію взаємодії особистості у реальності, особливості її когнітивної оцінки та прояву ставлень до неї. Базові їх функції полягають у збереженні психіки особистості та позитивного самоставлення, захисту від травмуючих впливів в процесі подолання афективної напруги як результату неефективної взаємодії з навколишньою дійсністю.

5. Копінг-поведінка онкологічних хворих залежить від когнітивної оцінки захворювання. Переважання когнітивної оцінки хвороби та лікування як загрози пов'язана з вибором емоційно-орієнтованих стратегій копінг-поведінки, тоді як проблемно-орієнтована копінг-поведінка пов'язана з когнітивною оцінкою хвороби та лікування як виклик.

6. Копінг-поведінка онкологічних хворих залежить від рівня емоційної дезадаптації, рівня адаптивних можливостей, локалізації пухлини, кризи хвороби. При цьому не лише адаптивні, але деякі дезадаптивні копінг-стратегії покращують, допомагають онкохворим у опануванні хворобою.

7. Копінг-поведінка при онкологічних захворюваннях характеризується наявністю двох тенденцій: а) опанування, спрямоване на взаємодію зі стресором,

пов'язане з вищим рівнем психологічного благополуччя та якістю життя; б) опанування, орієнтоване на уникнення стресора у хворих з онкологічними захворюваннями знижує психосоціальну адаптацію.

8. Характерною особливістю психологічного захисту в онкологічних хворих є перевага «інтелектуальних» механізмів захисної поведінки та «заперечення» як форми первинної, базової реакції на хворобу у пацієнтів з онкологічними захворюваннями. Специфічні особливості захисних механізмів залежать від тяжкості захворювання та локалізації пухлини. Механізми психологічного захисту можуть як знижувати, так і підвищувати рівень тривоги у онкохворих, а також впливають на прийняття або відмову від лікування.

Таким чином, стратегії опанувальної поведінки і механізми психологічного захисту відрізняються у здорових і у хворих людей, а також мають свою специфіку, в залежності від особистісних особливостей пацієнтів, їх реакції на хворобу та локалізації пухлини.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА МЕХАНІЗМІВ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ОНКОХВОРИХ

2.1 Опис вибірки та методик дослідження

Дослідження проводилося на базі комунального некомерційного підприємства «Подільський регіональний центр онкології Вінницької обласної Ради» та інтернет ресурсів. У дослідженні взяли участь 80 досліджуваних, віком від 30 до 55 років. З них 40 онкологічних хворих 1-ї та 2-ї стадії та 40 жінок того ж віку, які не страждають на онкологічні та інші важкі соматичні захворювання.

У дослідженні взяли участь 80 випробуваних віком від 30 до 55 років. Основну групу склали 40 хворих на рак молочної залози 1-ї та 2-ї стадії та 40 – умовно здорових осіб.

В основну групу були включені пацієнти з різним ставленням до лікування:

Групу 1 склали хворі, які відразу погодилися на всі необхідні лікувальні процедури в повному обсязі та виконують усі вимоги лікаря – 25 осіб. Умовна назва групи «хворі з адекватним ставленням до лікування».

До групи 2 увійшли хворі, які відстрочили лікування після постановки діагнозу або відмовилися від операції – 15 осіб. Умовна назва групи «хворі, які відмовилися від лікування».

Для виявлення психологічних особливостей онкохворих у дослідження було включено контрольну групу жінок без онкологічних захворювань, а також, які не страждають на інші важкі хронічні соматичні захворювання – «умовно здорові» (40 осіб).

Усі випробувані психічно здорові.

В якості психологічних особливостей онкохворих у цьому дослідженні виділено механізми психологічного захисту та стратегії опанувальної поведінки, діагностика яких проводилася за допомогою наступних методик, за допомогою яких здійснювався якісний аналіз дослідження.

1. **Методика «Індекс Життєвого Стилю»** Р. Плутчик, Х. Келлерман і Х. Р. Конте [17] призначена для оцінки ступеня використання індивідом восьми механізмів психологічного захисту.

2. **Опитувальник способів подолання (WCQ)** [17] призначений для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності, копінг-стратегій.

3. Для вивчення механізмів подолання використовувалася також **Методика «Індикатор копінг-стратегій»** Дж. Амірхана [17]. Дана методика дозволяє описати базові за рівнем конструктивності-деструктивності й продуктивності способи реагування та подолання стресової ситуації, які визначають соціальну поведінку в цілому, прогнозуючи рівень надійності особистості.

З метою кількісного аналізу отриманих у дослідженні даних використовувалися методи математичної статистики. Для виявлення особливостей психологічного захисту та опанувальної поведінки у онкохворих був використаний метод порівняльного аналізу. Визначалася середня арифметична (M), її помилка ($\pm m$), непараметричний критерій Манна-Уїтні (U) при різних рівнях значущості (p). Вірогідними вважалися результати при $p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$. Аналіз даних провадився за допомогою статистичного пакету програм SPSS.

2.2. Порівняльний аналіз застосування механізмів психологічного захисту у онкохворих та «умовно здорових» осіб

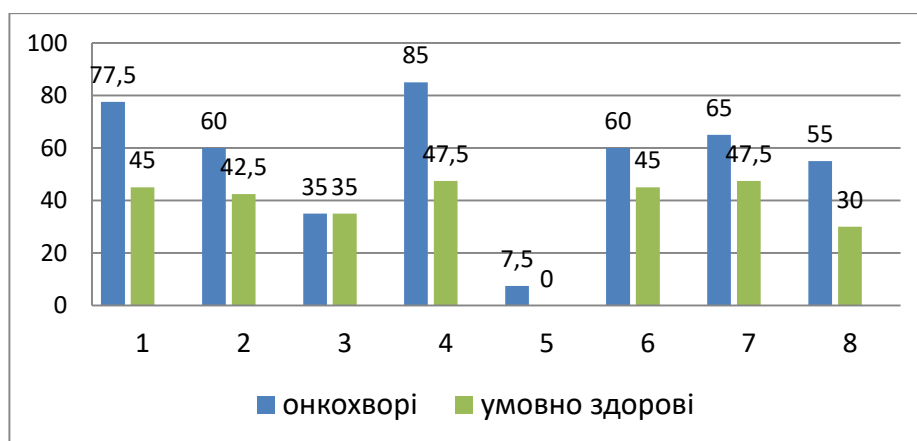
На першому етапі дослідження було проведено порівняльний аналіз психологічних особливостей онкохворих та «умовно здорових» жінок. Аналізу піддавалася кількість досліджуваних з високим рівнем напруженості механізмів психологічного захисту (далі МПЗ) та ступінь напруженості МПЗ у групах онкохворих та здорових людей.

Результати аналізу поширеності високого (дезадаптивного) рівня напруженості МПЗ у онкохворих представлені на рис. 2.1.

Згідно з отриманими даними, у групі хворих на рак найчастіше зустрічається високий рівень напруженості таких МПЗ, як «компенсація» (85%) і «заперечення» (77,5%). У групі «умовно здорових» осіб високий рівень напруженості цих МПЗ виявлено у 45% та 47,5% респондентів відповідно.

Крім того, у 60% онкохворих виявлено рівень МПЗ «витіснення» порівняно з 42,5% у контрольній групі.

Також у 60% онкохворих виявлено напруженість МПЗ «заміщення», яка перевищує нормативні значення і вказує на наявність невирішених зовнішніх та внутрішніх конфліктів, (45% у контрольній групі), а у 65% онкохворих – високий рівень МПЗ «раціоналізація» (47,5% у групі «умовно здорових»).



Умовні позначення:

1	Заперечення
2	Витіснення
3	Регресія
4	Компенсація
5	Проекція
6	Заміщення
7	Раціоналізація (інтелектуалізація)
8	Реактивна освіта

Рис. 2.1. Відсоткове співвідношення високого рівня напруженості механізмів психологічного захисту в онкохворих та умовно здорових (%)

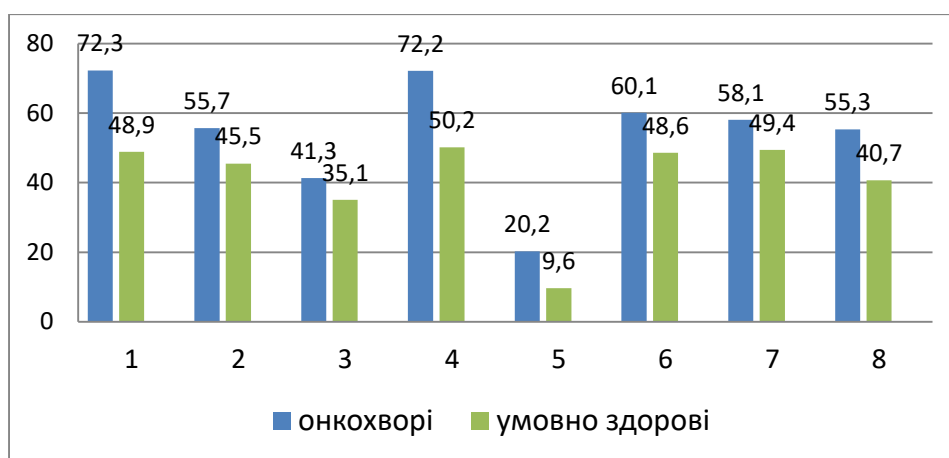
55% онкохворих відрізняються високим ступенем напруженості МПЗ «реактивне утворення», порівняно з 30% у групі «умовно здорових».

Найрідше у хворих на рак зустрічається висока напруженість таких МПЗ, як «проекція» (7,5%) та «регресія» (35%). У групі «умовно здорових» осіб не

виявлено досліджуваних із високим ступенем напруженості МПЗ «проекція», надмірна напруженість МПЗ «регресія» зафіксована також у 35% опитаних.

Усереднені профілі механізмів психологічного захисту в осіб з онкологією та «умовно здорових» осіб представлені на рис 2.2.

Як виявляється з отриманих даних, у структурі психологічних захистів у онкохворих домінують «заперечення» (72,3 %), «компенсація» (72,2 %) та «заміщення» (60,1 %). Найменше в онкохворих виражені такі МПЗ, як «проекція» (20,2 %) та «регресія» (41,3 %), ступінь напруженості яких не перевищує нормативних значень.



Умовні позначення:

1	Заперечення
2	Витіснення
3	Регресія
4	Компенсація
5	Проекція
6	Заміщення
7	Раціоналізація (інтелектуалізація)
8	Реактивна освіта

Рис. 2.2. Групові профілі механізмів психологічного захисту в онкохворих та «умовно здорових» (%)

Напруженість інших МПЗ в онкологічних хворих вище норми: «витіснення» – 55,7 %, «раціоналізація» – 58,1 %, «реактивна освіта» – 55,3 %.

На відміну від онкохворих, напруженість МПЗ групи «умовно здорових» осіб перебуває у межах нормативних показників. Виняток становить показник «компенсації», який трохи перевищує 50%-й рубіж (50,2%).

В результаті статистичного аналізу (табл. 2.1) були отримані достовірні відмінності в порівнюваних групах, які вказують на те, що у онкохворих напруженість таких МПЗ, як «заперечення», «компенсація», «проекція»,

«заміщення» та «реактивне утворення» значно вище, ніж у «умовно здорових» осіб ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$).

Таблиця 2.1

Результати порівняльного аналізу напруженості механізмів психологічного захисту в онкохворих та умовно здорових

МПЗ	M±m		U _{емп}
	онкохворі	умовно здорові	
Заперечення	72,3±22,2	48,9±30,9	444 ($p \leq 0,01$)
Витіснення	55,7±34,5	45,5±31,3	641,5 ($p > 0,05$)
Регресія	41,3±28,5	35,3±28,5	702,5 ($p > 0,05$)
Компенсація	72,2±26,5	50,2±30,8	479 ($p \leq 0,01$)
Проекція	20,2±19,9	9,6±7,8	529,5 ($p \leq 0,01$)
Заміщення	60,1±24,7	48,6±26,7	597,5 ($p \leq 0,05$)
Раціоналізація (інтелектуалізація)	58,1±32,6	49,4±28,4	642 ($p > 0,05$)
Реактивна освіта	55,3±27,8	40,7±27,0	564 ($p \leq 0,05$)
Загальна напруженість (СНЗ)	36,6±6,5	26,6±6,0	178,5 ($p \leq 0,01$)

Однаковою мірою в обох групах представлені такі захисні механізми, як витіснення », «регресія» та «раціоналізація» ($p > 0,05$), хоча на рівні тенденції можна сказати, що в онкохворих вони виражені сильніше, ніж у «умовно здорових» людей.

На рис 2.3 показано середні показники загальної напруженості психологічних захистів у порівнюваних групах.

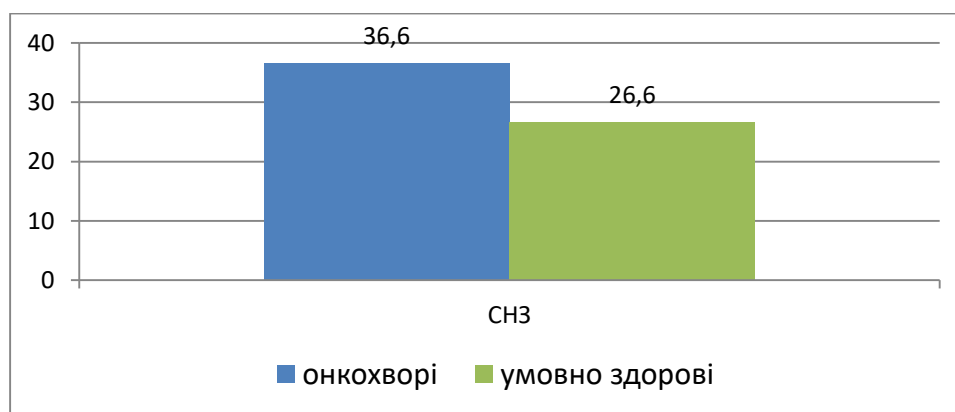
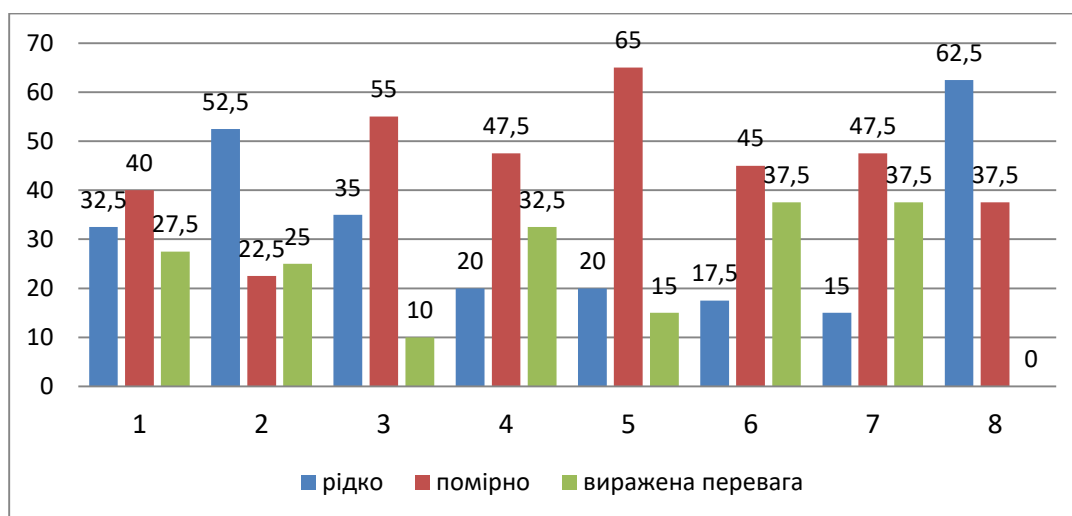


Рис. 2.3. Середні показники напруженості психологічного захисту у онкохворих та «умовно здорових» (%)

Як бачимо, середній ступінь напруженості психологічного захисту у онкохворих вищий, ніж у здорових осіб 36,6 і 26,6 % відповідно. При цьому відмінності у групах статистично значущі ($p \leq 0,01$) (див. табл. 2.1) .

Результати аналізу частоти використання копінг-стратегій, що оцінюються за методикою WCQ, у групах онкологічних хворих та «умовно здорових» досліджуваних представлені на рисунках 2.4 і 2.5.

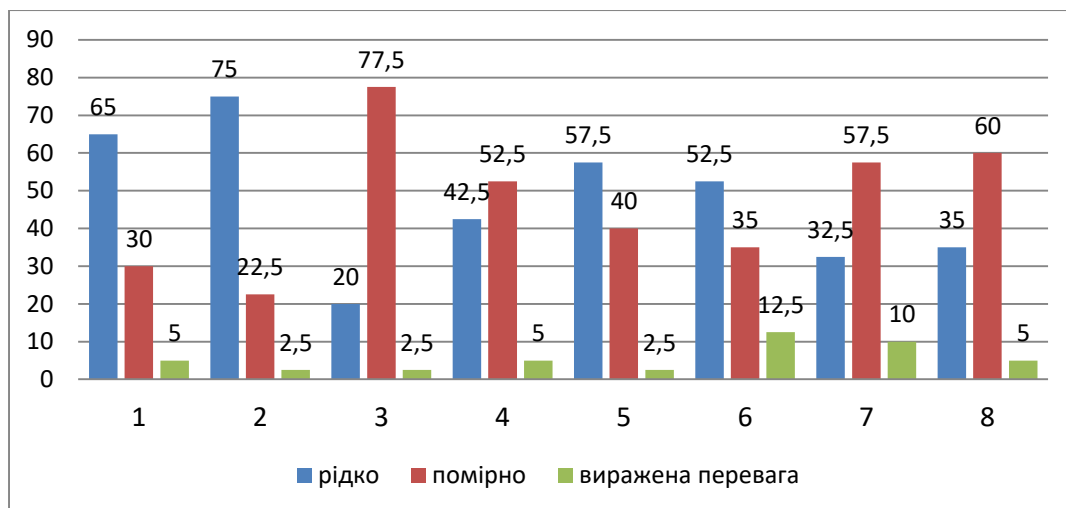


Умовні позначення:

1	Конфронтація
2	Дистанціювання
3	Самоконтроль
4	Пошук соціальної підтримки
5	Прийняття відповідальності
6	Втеча-уникнення
7	Планування вирішення проблеми
8	Позитивна переоцінка

Рис. 2.4. Відсоткове співвідношення частоти використання копінг-стратегій у онкохворих (%)

Згідно з даними, вказаними на рис. 2.4, у 27,5% пацієнтів з раком молочної залози виявлено виражену перевагу конфронтації. 32,5 % онкохворих рідко використовують цей копінг, а 40% – помірно. У контрольній групі лише 5% опитаних часто використовують конфронтацію як стратегію опанування. Переважна частина здорових людей (65%) рідко вдаються до цього копіngu, і 30% – помірно.



Умовні позначення:

1	Конфронтація
2	Дистанціювання
3	Самоконтроль
4	Пошук соціальної підтримки
5	Прийняття відповідальності
6	Втеча-уникнення
7	Планування вирішення проблеми
8	Позитивна переоцінка

Рис. 2.5. Відсоткове співвідношення частоти використання копінг-стратегій у умовно здорових досліджуваних (%)

Копінг « дистанціювання » часто використовують 25% онкохворих, тоді як частка досліджуваних із цим ступенем напруженості «дистанціювання» у контрольній групі склала 2,5%. Рідко використовують цю стратегію 52,5% онкохворих та 75% «умовно здорових». Помірна вираженість цього копінгу в порівнюваних групах зустрічається однаково часто (22,5% опитаних).

Часте використання стратегії самоконтролю виявлено у 10% хворих та у 2,5% здорових респондентів, а низька напруженість цього копінгу виявлена у 35% онкохворих та 20% здорових досліджуваних. Інші опитані використовують її помірно.

Низька напруженість стратегії «пошук соціальної підтримки» в основній групі зустрічається рідше, ніж у контрольній (20% та 42,5% відповідно), а висока – значно частіше (32,5% та 5% відповідно).

Часто використовують стратегію «прийняття відповідальності» 15% хворих на рак і лише 5% «умовно здорових», а низька напруженість цієї копінг-стратегії в основній групі зустрічається рідше, ніж у контрольній (20% та 57,5% відповідно).

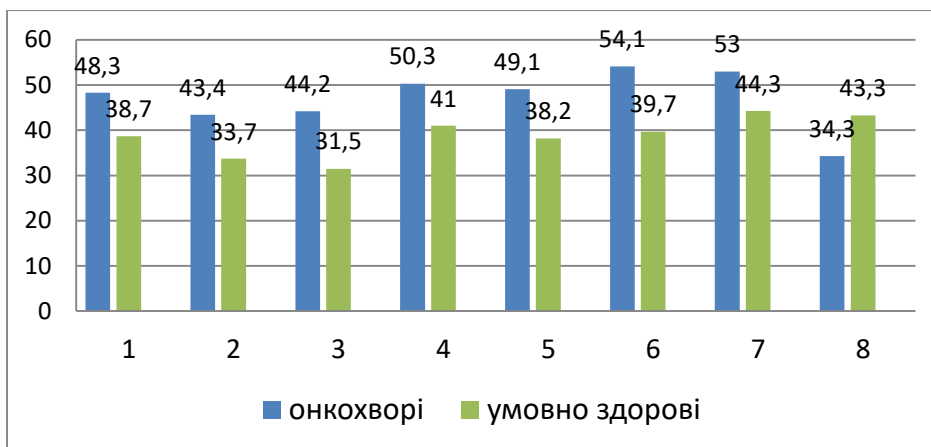
Також значно менша частка хворих, порівняно з «умовно здоровими», рідко використовують копінг уникнення (17,5% і 52,5% відповідно), тоді як виражена перевага цієї стратегії у онкохворих зустрічається частіше, ніж у здорових осіб (37, 5% та 12,5% відповідно).

У 37,5% пацієнтів з раком молочної залози виявлено виражену перевагу копінг-стратегії «планування вирішення проблем», тоді як у контрольній групі частота народження високого ступеня напруженості цього копінгу склала лише 10%. Респондентів же, які рідко вдаються до планування вирішення проблеми для подолання важкої життєвої ситуації, серед хворих на онкологічні захворювання менше, ніж серед «умовно здорових» (15% та 32,5% відповідно).

Виражена перевага копінгу «позитивна переоцінка» у досліджуваній вибірці онкохворих виявлена не була (0%), а у контрольній групі частка таких досліджуваних досить мала (5%). Але рідке використання цієї стратегії опанування в онкохворих зустрічається частіше, ніж у «умовно здорових» (62,5% та 35% відповідно), а поміrne – майже вдвічі рідше (37,5% та 60% відповідно).

Результати порівняльного аналізу середніх тенденцій вираженості копінг-стратегій у групах онкохворих та «умовно здорових» представлені на рис 2.6 та в табл. 2.3.

Згідно з отриманими даними, у онкологічних хворих середні показники всіх копінг-стратегій вказують на поміrne їх використання (конфронтація – 48,3 Т-бали, дистанціювання – 43,4 Т-бали, самоконтроль – 44,2 Т-бали, «пошук соціальної підтримки» – 50,3 Т-бали), «прийняття відповідальності» – 49,1 Т-бали, «втеча-уникнення» – 54,1 Т-бали, «планування вирішення проблеми» – 53 Т-бали), крім «позитивної переоцінки», рівень якої свідчить про рідке використання цієї стратегії (34,3 Т-бали).



Умовні позначення:

1	Конфронтація
2	Дистанціювання
3	Самоконтроль
4	Пошук соціальної підтримки
5	Прийняття відповідальності
6	Втеча-уникнення
7	Планування вирішення проблеми
8	Позитивна переоцінка

Рис. 2.6. Середні профілі копінг-стратегій у онкохворих та «умовно здорових» (Т-бали)

У «умовно здорових» осіб напруженість більшості копінгів низька – менше 40 Т-балів («конфронтація», «дистанціювання», «самоконтроль», «прийняття відповідальності», «втеча-уникнення». Напруженість стратегій «пошук соціальної підтримки», «планування» вирішення проблем та «позитивна переоцінка» у досліджуваних контрольної групи відповідає помірному рівню.

Результати порівняльного аналізу (табл. 2.3) показують, що напруженість усіх копінг-стратегій, крім «позитивної переоцінки» у онкохворих значно вища, ніж у здорових людей ($p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$). А копіngu «позитивна переоцінка» хворі на рак віддають значно менше переваги, ніж здорові люди ($p \leq 0,01$).

Таблиця 2.3

Результати порівняльного аналізу вираженості копінг -стратегій у онкохворих та умовно здорових

Копінги	M±m		U _{емп}
	онкохворі	умовно здорові	
Конфронтація	48,3±16,7	38,7±10,8	517,5 ($p \leq 0,01$)
Дистанціювання	43,4±19,4	33,7±10,5	600,5 ($p \leq 0,05$)
Самоконтроль	44,2±16,1	31,5±11,1	559,5 ($p \leq 0,05$)
Пошук соціальної підтримки	50,3±13,5	41,0±10,0	455 ($p \leq 0,01$)
Прийняття відповідальності	49,1±12,1	38,2±11,5	405,5 ($p \leq 0,01$)
Втеча-уникнення	54,1±14,3	39,7±13,7	364 ($p \leq 0,01$)
Планування вирішення проблеми	53,0±12,4	44,3±10,9	459,5 ($p \leq 0,01$)
Позитивна переоцінка	34,3±11,5	43,3±8,5	457 ($p \leq 0,01$)

Більшою мірою онкохворі надають перевагу стратегії уникнення, плануванню вирішення проблем та пошуку соціальної підтримки, і в найменшій – стратегії самоконтролю. Здорові люди для подолання стресів більшою мірою схильні до планування вирішення проблем і позитивної переоцінки, і меншою – до самоконтролю.

Особливості опанувальної поведінки у онкохворих були вивчені також за допомогою методики Дж. Амірхана. Результати порівняльного аналізу, частота прояву рівнів вираженості копінг-стратегій у групах онкохворих і здорових представлені на рис. 2.7 і 2.8.

Як можна спостерігати з наведених даних, високий рівень напруженості копінгу «вирішення проблеми» виявлено у 25% онкохворих, тоді як серед здорових таких досліджуваних не виявлено. Помірний (середній) рівень цього копінгу характерний для 37,5% хворих на рак та для 50% здорових досліджуваних. Низьким рівнем напруженості стратегії, спрямованої на вирішення проблеми, вирізняються 32,5% онкохворих та 45% «умовно здорових» опитаних. Дуже низький рівень цього копінгу виявлено у однаковій частки випробуваних обох груп (5%).

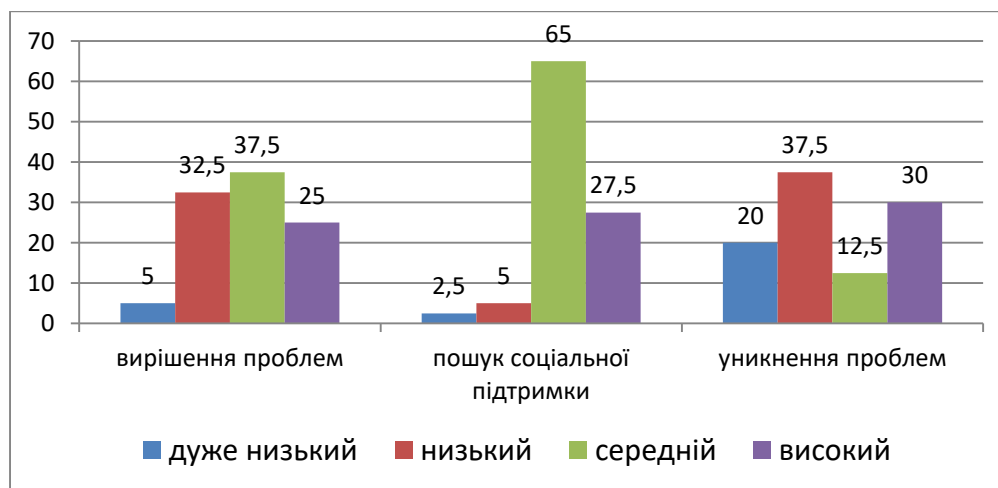


Рис. 2.7. Співвідношення рівнів копінг-стратегій у онкохворих (%)

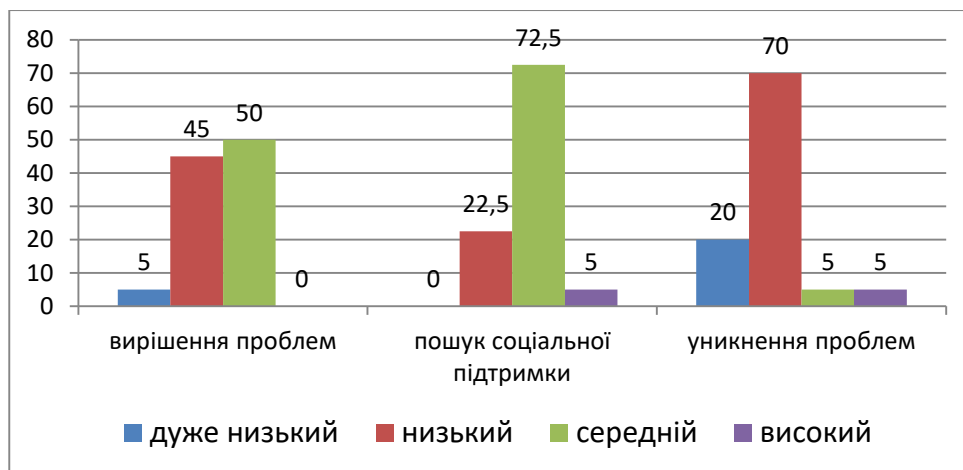


Рис. 2.8. Співвідношення рівнів копінг-стратегій в «умовно здорових» (%)

Високий рівень напруженості копінг-стратегії, спрямованої на пошук соціальної підтримки, виявлено у 27,5% хворих на рак і лише у 5% здорових осіб. В обох групах переважна кількість випробуваних відрізняються помірним рівнем напруженості цього копінгу. Низький рівень пошуку соціальної підтримки мають лише 5% онкохворих, тоді як у контрольній групі цей показник становив 22,5%.

Відсоткове співвідношення рівнів вираженості стратегії уникнення проблеми показує, що її високий рівень в основній групі зустрічається значно частіше, ніж у контрольній (30% та 5% відповідно). Також частіше у онкохворих представлений помірний рівень цього копінгу, порівняно зі здоровими випробуваними (12,5% та 5% відповідно). А ось низький рівень напруженості стратегії уникнення в основній групі зустрічається значно рідше – він виявлений у 37,5% онкохворих, тоді як серед здорових частка опитаних з низьким рівнем уникнення становила 70%. Дуже низький рівень уникнення зустрічається у обох групах однаково часто (по 20%).

На рис. 2.9 означено середні тенденції вираженості копінг-стратегій вирішення проблем, пошуку соціальної підтримки та уникнення у порівнюваних групах.

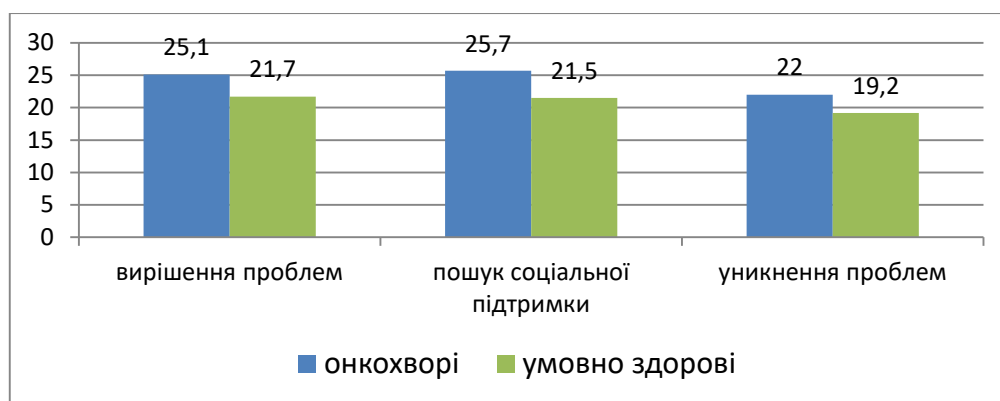


Рис. 2.9. Середні показники вираженості копінг-стратегій у онкохворих та «умовно здорових» (бали)

Рівень усіх копінгів обох групах відповідає помірному. Але в основній групі вище, ніж у контрольній, вираженість опанувальної поведінки, спрямованої на вирішення проблеми (25,1 балів та 21,7 балів відповідно), пошук соціальної підтримки (25,7 балів та 21,5 балів відповідно), уникнення проблеми (22,0 балів та 19,2 балів відповідно).

Таблиця 2.4

Результати порівняльного аналізу вираженості копінг-стратегій у онкохворих та умовно здорових

Копінги	M±m		U _{емп}
	онкохворі	умовно здорові	
Вирішення проблеми	25,1±5,87	21,7±4,1	523 (p≤0,01)
Пошук соціальної підтримки	25,7±4,7	21,5±4,1	372, 5 (p≤0,01)
Уникнення проблем	22,0±6,8	19,2±4,0	618 (p≤0,05)

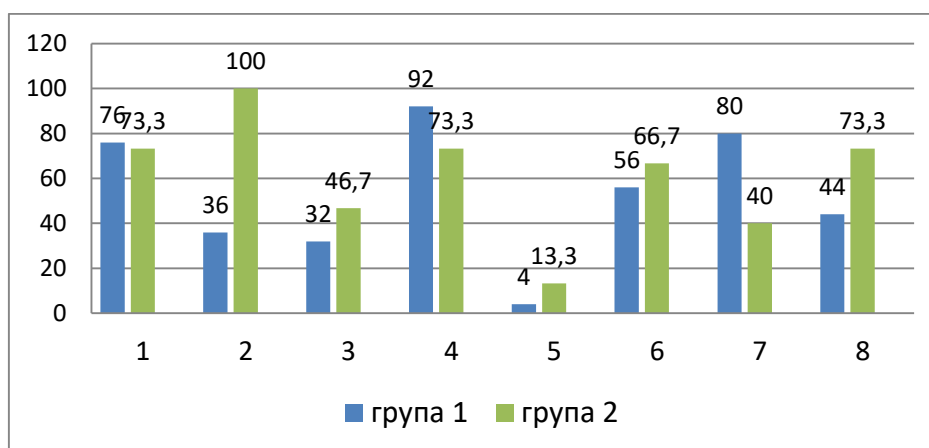
Дані статистичного аналізу (табл. 2.4) свідчать про те, що у онкохворих значно більшою мірою виражені як активні ($p \leq 0,01$), так і пасивні ($p \leq 0,05$) копінги.

Таким чином, результати кількісного аналізу отриманих даних показують, що структура та напруженість психологічних захистів та копінг стратегій у хворих на рак відрізняються від таких у здорових людей.

2.3. Психологічні особливості прояву механізмів психологічного захисту у онкохворих із різним ставленням до лікування

На другому етапі дослідження був проведений порівняльний аналіз механізмів психологічного захисту і стратегій опанувальної поведінки у онкологічних хворих з різним ставленням до лікування.

Згідно з даними, представленими на рис. 2.10, високий рівень напруженості МПЗ «заперечення» у хворих з адекватним ставленням до лікування і у хворих, які відмовилися від лікування, зустрічається приблизно однаково часто (76% та 73,3% відповідно). Виражену напруженість копінгу «витіснення» виявлено у всіх пацієнтів, які відмовилися від лікування (100%), тоді як серед хворих на рак, які вчасно розпочали терапію, цей рівень витіснення виявлено лише у 36% опитаних. Також, у групі онкохворих, які відмовилися від лікування, частіше, ніж у групі хворих з адекватним ставленням до нього, зустрічається високий рівень регресії (46,7% та 32% відповідно), проекції (13,3% та 4% відповідно), заміщення (66,7% та 56% відповідно) та реактивної освіти (73,3% та 44% відповідно).



Умовні позначення:

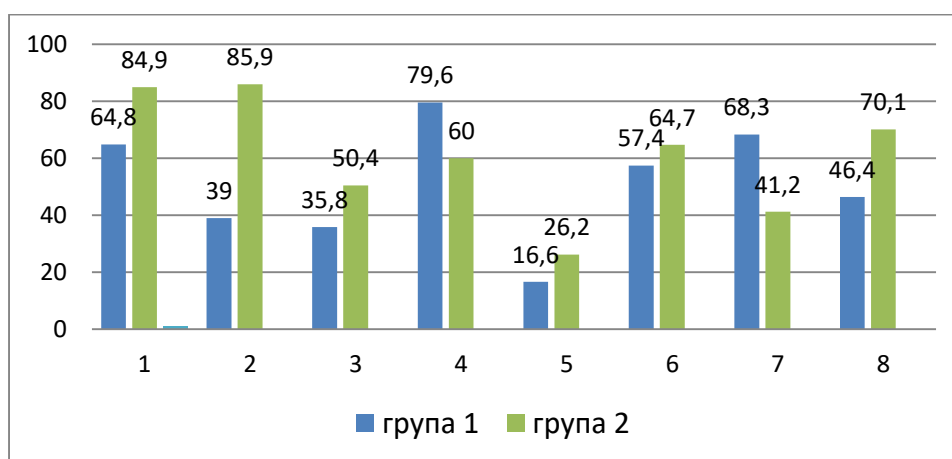
- 1 Заперечення
- 2 Витіснення
- 3 Регресія
- 4 Компенсація
- 5 Проекція
- 6 Заміщення
- 7 Раціоналізація (інтелектуалізація)
- 8 Реактивна освіта

Рис. 10. Відсоткове співвідношення високого рівня напруженості механізмів психологічного захисту у онкохворих з різним ставленням до лікування (%)

Середні показники напруженості МПЗ у онкохворих із різним ставленням до лікування (рис. 2.11) відображають відмінності у структурі неусвідомлюваних захистів. У хворих з адекватним ставленням до лікування найбільшою мірою виражені такі МПЗ, як «компенсація» (79,6 %), «раціоналізація» (68,3 %) та «заперечення» (64,8 %), і найменшою – «проекція» (16,6 %). У онкохворих, які

відмовилися від лікування, домінуючими є «витіснення» (85,9 %), «заперечення» (84,9 %) та «реактивна освіта» (70,1 %). Однак, як і в онкохворих з адекватним ставленням до лікування, у пацієнтів, які відмовилися від нього, найменше виражений механізм захисту у вигляді проекції (26,2 %).

Напруженість МПЗ «витіснення», «регресія» та «реактивна освіта» у хворих на рак, які відразу почали лікування, відповідають середньонормативним показникам (39,0, 45,8, 36,4 % відповідно), а напруженість МПЗ «заміщення» – вище за норму (57,4 %).



Умовні позначення:

1	Заперечення
2	Витіснення
3	Регресія
4	Компенсація
5	Проекція
6	Заміщення
7	Раціоналізація (інтелектуалізація)
8	Реактивна освіта

Рис. 2.11. Групові профілі механізмів психологічного захисту в онкохворих з різним ставленням до лікування (%)

У хворих, які відмовилися від лікування, у межах норми напруженість «проекція» (26,2 %) та «раціоналізація» (41,2 %). Вище нормативних показників у хворих, які відмовилися від лікування, напруженість таких МПЗ, як «регресія» (50,4 %), «компенсація» (60 %) та «заміщення» (64,7 %).

Згідно з результатами статистичного аналізу, у хворих на рак молочної залози, які відмовилися від лікування, значно більша, ніж у хворих з адекватним ставленням до нього, напруженість таких МПЗ, як «заперечення» ($p \leq 0,01$), «витіснення» ($p \leq 0,01$), «проекція» ($p \leq 0,05$) та «реактивна освіта» ($p \leq 0,01$). У онкохворих з адекватним ставленням до хвороби значно вищий рівень

напруженості МПЗ «компенсація» ($p \leq 0,01$) і «раціоналізація» (інтелектуалізація) ($p \leq 0,01$).

Таблиця 2.5

Результати порівняльного аналізу напруженості механізмів психологічного захисту в онкохворих з різним ставленням до лікування

МПЗ	М $\pm$ m		U _{емп}
	Група 1	Група 2	
Заперечення	64,8 $\pm$ 21,4	84,9 $\pm$ 18,0	81 ($p \leq 0,01$)
Витіснення	39,0 $\pm$ 30,7	85,9 $\pm$ 12,4	27,5 ($p \leq 0,01$)
Регресія	35,8 $\pm$ 26,7	50,4 $\pm$ 30,0	137 ($p > 0,05$)
Компенсація	79,6 $\pm$ 29,2	60,0 $\pm$ 29,2	102,5 ($p \leq 0,01$)
Проекція	16,6 $\pm$ 17,2	26,2 $\pm$ 20,6	122 ($p \leq 0,05$)
Заміщення	57,4 $\pm$ 26,5	64,7 $\pm$ 21,5	161 ($p > 0,05$)
Раціоналізація (інтелектуалізація)	68,3 $\pm$ 27,9	41,2 $\pm$ 33,6	106,5 ($p \leq 0,05$)
Реактивна освіта	46,4 $\pm$ 35,9	70,1 $\pm$ 25,2	93,5 ($p \leq 0,01$)
СНЗ	33,7 $\pm$ 5,8	41,3 $\pm$ 4,5	49,5 ($p \leq 0,01$)

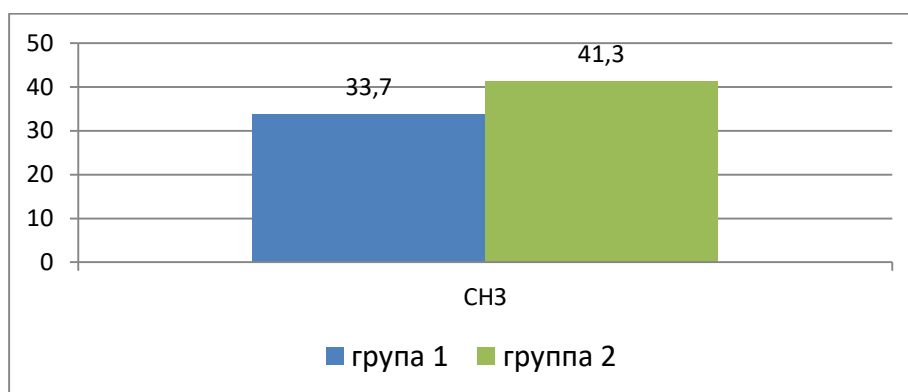
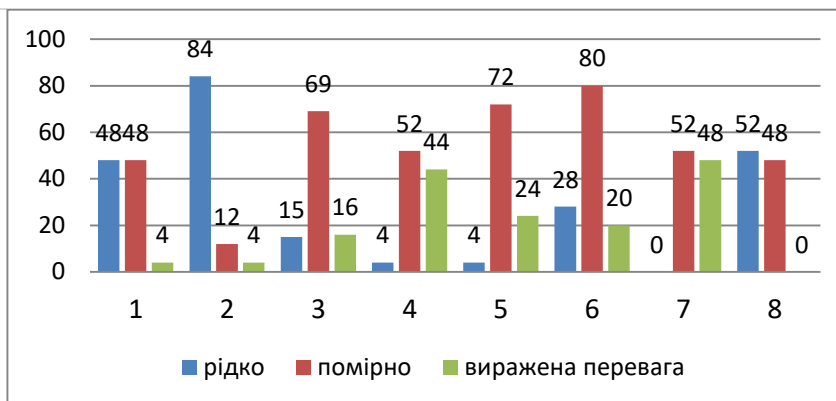


Рис. 2.12. Середні показники напруженості психологічного захисту у онкохворих з різним ставленням до лікування

Загальний рівень напруженості психологічних захистів у хворих, які відмовилися від лікування, (рис. 2.12 і табл. 2.4) значно вище, ніж у хворих з адекватним ставленням до терапії ($p \leq 0,01$; середні показники в групах 41,3 % і 33,7 % відповідно).

На рис. 2.13 та 2.14 представлені дані аналізу частоти використання копінг-стратегій, виділених Р. Лазарусом.

У групі хворих з адекватним ставленням до лікування кількість пацієнтів з рідким та помірним використанням копінгу «конфронтація» однакова (по 48%). Часто використовують цей копінг 4% респондентів цієї групи.

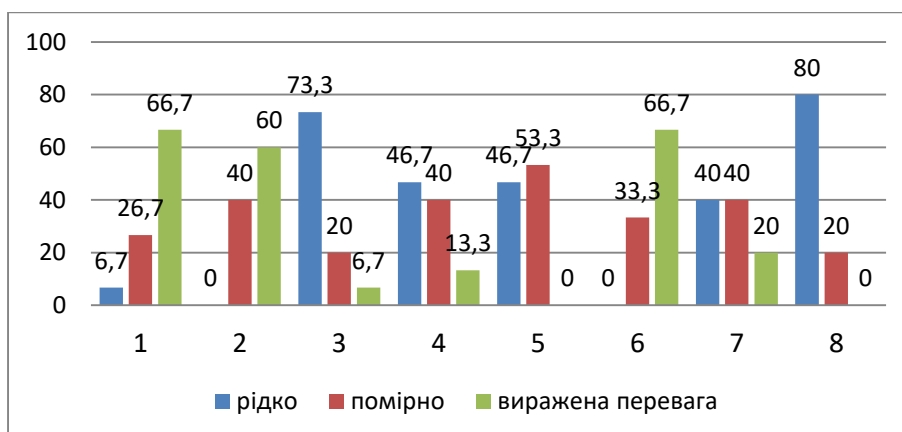


Умовні позначення:

1	Конфронтація
2	Дистанціювання
3	Самоконтроль
4	Пошук соціальної підтримки
5	Прийняття відповідальності
6	Втеча-уникнення
7	Планування вирішення проблеми
8	Позитивна переоцінка

Рис. 2.13. Відсоткове співвідношення частоти використання копінгів - стратегій у хворих з адекватним ставленням до лікування (%)

У групі онкохворих, які відмовилися від лікування, у 66,7% опитаних високий рівень напруженості цієї стратегії, а низький – лише у 6,7% хворих. Переважна більшість хворих, які адекватно відносяться до терапії (84%), рідко використовують стратегію дистанціювання, і лише 4% – часто.



Умовні позначення:

1	Конфронтація
2	Дистанціювання
3	Самоконтроль
4	Пошук соціальної підтримки
5	Прийняття відповідальності
6	Втеча-уникнення
7	Планування вирішення проблеми
8	Позитивна переоцінка

Рис. 2.14. Відсоткове співвідношення частоти використання копінг-стратегій у хворих, які відмовилися від лікування (%)

У групі хворих, які відмовилися від лікування, спостерігається зворотна тенденція – більшість з них (60%) для опанування проблемою часто використовують дистанціювання, при цьому рідкісне використання цього копіngu серед хворих цієї категорії не виявлено. У групі пацієнтів з адекватним ставленням до хвороби переважна частка опитаних (69%) схильна до помірного використання стратегії самоконтролю, тоді як у групі хворих, які відмовилися від лікування, 73,3% випробуваних рідко використовують цей копінг. Виражена перевага цієї стратегії виявлена у 16% хворих першої групи і лише у 6,7% пацієнтів, які відмовилися від лікування.

Стратегію «пошук соціальної підтримки» часто використовують лише 13,3% хворих, які відмовилися від лікування, а в групі хворих з адекватним ставленням до нього частка таких пацієнтів склала 44%. Рідко вдаються до неї 46,7% хворих, які відмовилися від лікування і лише 4% онкохворих, які адекватно ставляться до лікувального процесу.

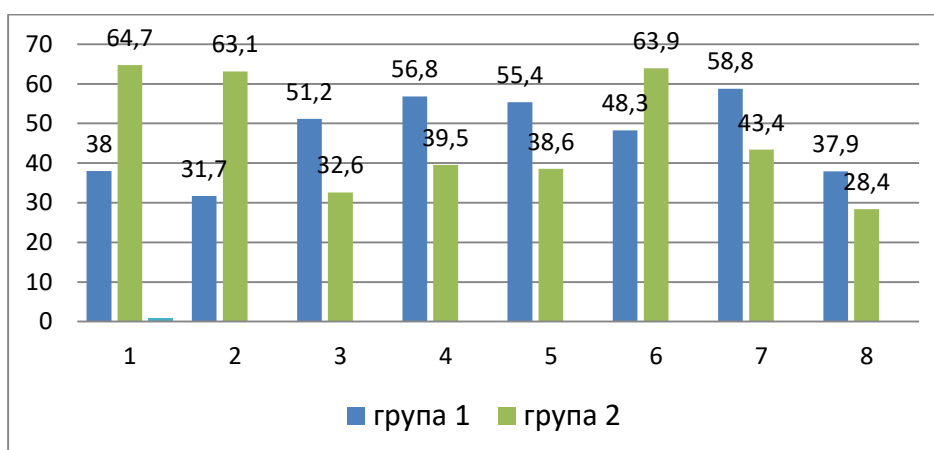
Подібна картина спостерігається і під час аналізу розподілу частоти використання стратегії «прийняття відповідальності». У групі хворих, які відмовилися від лікування, рідко її використовують 46,7% опитаних, а групі хворих з адекватним ставленням до лікування – 4%. Виражена перевага цього копіngu при опануванні хворобою виявлено у 34% хворих з адекватним ставленням до лікування. У порівнюваній групі таких хворих не виявлено. Більшість пацієнтів обох груп помірно використовують цей копінг, але серед хворих з адекватним ставленням до лікування частка таких пацієнтів більша, ніж у групі хворих, які відмовилися від лікування (72% та 46,7% відповідно).

У переважної більшості хворих з адекватним ставленням до лікування (80%) спостерігається помірне використання стратегії уникнення, і лише 20% з них використовують її часто. У групі хворих, які відмовилися від лікування, у більшості випробуваних (66,7%) виражена перевага цього копіngu. Пацієнтів, які рідко використовують стратегію уникнення в порівнюваних групах не виявлено.

Серед хворих, які адекватно ставляться до лікування, також не виявлено тих, хто рідко використовує стратегію «планування вирішення проблем», тоді як

у порівнюваній групі частка таких хворих становила 40%. Виражена перевага цього копінгу при опануванні ситуацією хвороби виявлено у 48% хворих з адекватним ставленням до лікування, і у 20% хворих, які відмовилися від нього.

Ні у кого з хворих, незалежно від ставлення до лікування, не виявлено вираженої схильності до позитивної переоцінки ситуації. Але у групі хворих, які відмовилися від лікування, 80% рідко використовують цю стратегію, а у групі хворих з адекватним ставленням до лікування частка таких випробуваних становила 48%. В інших хворих використання цього копінгу помірне.



Умовні позначення:

1	Конфронтація
2	Дистанціювання
3	Самоконтроль
4	Пошук соціальної підтримки
5	Прийняття відповідальності
6	Втеча-уникнення
7	Планування вирішення проблеми
8	Позитивна переоцінка

Рис. 2.15. Групові профілі копінг-стратегій у онкохворих з різним ставленням до лікування (Т-бали)

Групові профілі копінг-стратегій, представлені на рис. 2.15, відображають відмінності в структурі опанувальної поведінки хворих з різним ставленням до лікування. Хворі з адекватним ставленням до нього найбільше схильні до використання таких копінгів, як «планування вирішення проблеми» (58,8 Т-балів), «пошук соціальної підтримки» (56,8 Т-балів) та «прийняття відповідальності» (55,4 Т-балів). Найрідше вони використовують дистанціювання (31,7 Т-балів). У хворих, які відмовилися від лікування, домінуючими є стратегії конфронтації (64,7 Т-балів), втечі-уникнення (63,9 Т-

балів) та дистанціювання (61,3 Т-балів). Найменшу перевагу вони віддають позитивній переоцінці (28,4 Т-балів) та самоконтролю (32,6 Т-балів).

Дані з статистичного аналізу відмінностей застосування копінг-стратегій, представлені в таблиці 2.5, дозволяють говорити про те, що онкологічні хворі з адекватним ставленням до лікування значно більшою мірою, ніж хворі, які відмовилися від нього, воліють використовувати такі стратегії, як «самоконтроль» ($p \leq 0,01$), «пошук соціальної підтримки» ($p \leq 0,01$), «прийняття відповідальності» ($p \leq 0,01$), «планування вирішення проблем» ($p \leq 0,01$) та «позитивна переоцінка» ($P \leq 0,05$).

Таблиця 2.5

Результати порівняльного аналізу вираженості копінг-стратегій у онкохворих з різним ставленням до лікування

Копінги	М±m		U _{емп}
	Група 1	Група 2	
Конфронтація	38,0±8,8	64,7±13,5	23 ($p \leq 0,01$)
Дистанціювання	31,7±12,4	63,1±11,1	14 ($p \leq 0,01$)
Самоконтроль	51,2±9,9	32,6±17,9	73 ($p \leq 0,01$)
Пошук соціальної підтримки	56,8±9,1	39,5±12,7	53 ($p \leq 0,01$)
Прийняття відповідальності	54,3±7,5	38,6±11,0	40,5 ($p \leq 0,01$)
Втеча-уникнення	48,3±13,4	63,9±10,0	65,5 ($p \leq 0,01$)
Планування вирішення проблеми	58,8±7,4	43,4±12,5	63,5 ($p \leq 0,01$)
Позитивна переоцінка	37,9±9,8	28,4±11,9	103,5 ($p \leq 0,05$)

Хворі, що відмовилися від лікування, відрізняються від хворих з адекватним ставленням до нього значною перевагою таких копінгів, як «дистанціювання» ($p \leq 0,01$) та «втеча-уникнення» ($p \leq 0,01$).

На рисунках 2.16 і 2.17 представлені дані аналізу співвідношення рівнів вираженості копінг-стратегій, виділених Дж. Амірханом.

Згідно з отриманими даними, високий рівень стратегії «вирішення проблем» виявлено у 36% хворих з адекватним ставленням до лікування і лише у 6,7% хворих, які відмовилися від нього. 20% онкохворих, які адекватно ставляться до лікування, мають низький рівень цього копінгу, а 4% – дуже низький. У групі хворих, які відмовилися від лікування, низький рівень вирішення проблем мають 53,3% опитаних, а дуже низький – 6,7%. Інші пацієнти використовують цю стратегію помірно.

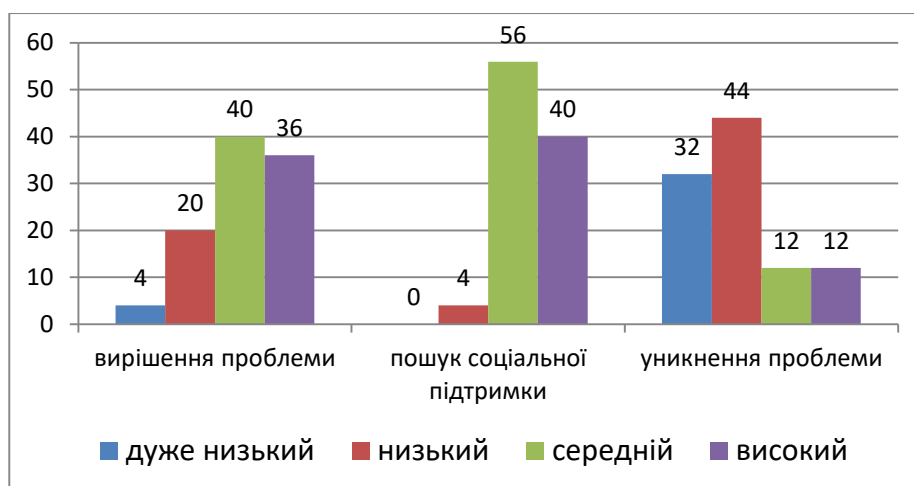


Рис. 2.15. Відсоткове співвідношення рівнів копінг- стратегій у онкохворих з адекватним ставленням до лікування (%)

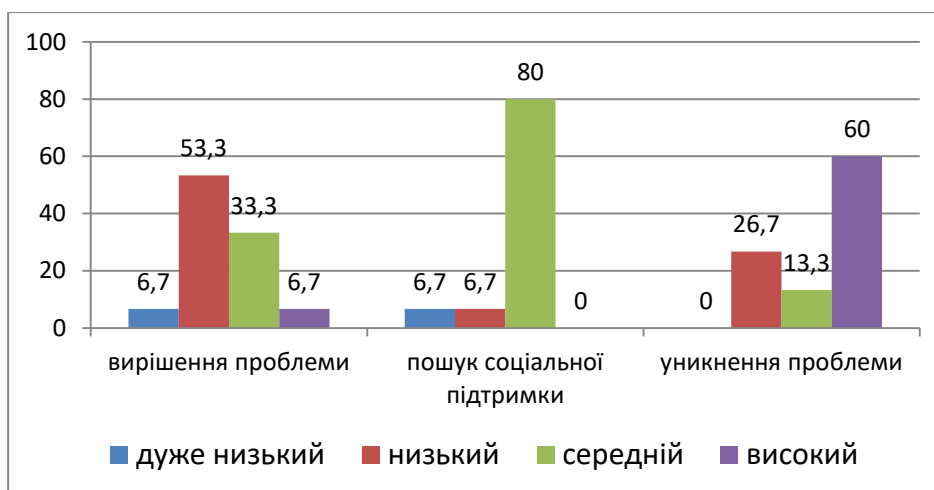


Рис. 2.16. Відсоткове співвідношення рівнів копінг- стратегій у онкохворих, які відмовилися від лікування (%)

Найбільші відмінності на рівні копінг-стратегій отримані за шкалою «пошук соціальної підтримки». У групі хворих з адекватним ставленням до лікування у 40% виявлено високий рівень цього копіngu, тоді як у порівнюваній групі таких хворих не виявлено. Помірний рівень пошуку підтримки від оточуючих мають 80% хворих, які відмовилися від лікування, та 56% хворих з адекватним ставленням до нього.

Тільки у 12% хворих, що адекватно ставляться до лікування, виявлено високий рівень уникнення проблем, тоді як у групі, що відмовилися від лікування, він зустрічається у 60% хворих. Низький рівень уникнення проблем мають 44% хворих з адекватним ставленням до хвороби та 26,7% хворих, які відмовилися від нього. Серед хворих, які відмовилися від лікування, не

виявилося пацієнтів з низьким рівнем напруженості цього копіngu, а серед хворих з адекватним ставленням до терапії дуже низький рівень уникнення виявлено у 32% опитаних.

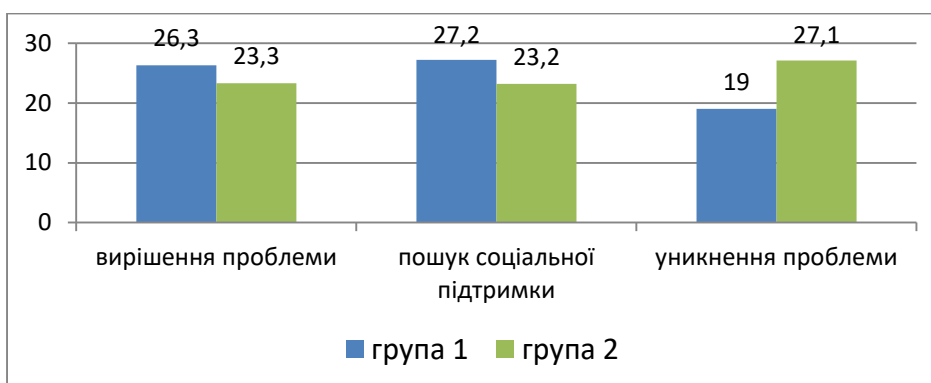


Рис. 2.17. Середні показники вираженості копінг-стратегій у онкохворих з різним ставленням до лікування (%)

Таблиця 2.6

Результати порівняльного аналізу вираженості копінг-стратегій у онкохворих з різним ставленням до лікування

Копінги	M±m		U _{емп}
	Група 1	Група 2	
Вирішення проблеми	26,3±5,7	23,3±5,6	125 (p≤0,01)
Пошук соціальної підтримки	27,2±4,2	23,2±5,6	125 (p≤0,01)
Уникнення проблем	19,0±5,5	27,1±5,5	55 (p≤0,05)

Відповідно до рис 2.17 і таблиці 2.6, вираженість копіngu, спрямованого на вирішення проблем у хворих з адекватним ставленням до лікування значно вище, ніж у хворих, які відмовилися від лікування ($p \leq 0,01$, середні показники 26,3 балів та 23,3 балів відповідно).

Також у хворих, які адекватно ставляться до лікування, значно вищий, ніж у порівнюваній групі, рівень стратегії пошуку соціальної підтримки ($p \leq 0,01$, середні показники 27,2 балів та 23,2 балів відповідно).

Хворі, що відмовилися від лікування, відрізняються від хворих з адекватним ставленням до нього значно більш вираженою схильністю до використання стратегії уникнення проблем ($p \leq 0,01$, середні показники 27,1 балів та 19,0 балів відповідно).

Таким чином, існують значні відмінності у вираженості та ієрархії механізмів психологічного захисту та копінг-стратегій у онкологічних хворих з різним ставленням до лікування.

2.4. Психологічний аналіз отриманих даних

Результати порівняльного аналізу механізмів психологічного захисту та стратегій опанувальної поведінки дозволяють говорити про специфічну структуру захисних механізмів і копінг-стратегій у онкохворих, що відрізняються від такої у людей, які не страждають на онкологічні та інші важкі захворювання.

У ході дослідження було виявлено, що у онкохворих напруженість таких захисних механізмів, як заперечення, компенсація, проєкція, заміщення та реактивна освіта значно вища, ніж у «умовно здорових» осіб. У структурі психологічних захистів у онкохворих домінують заперечення, компенсація, заміщення та раціоналізація. При цьому, з домінуючих МПЗ найчастіше хворі на рак молочної залози використовують (в порядку зменшення) компенсацію, заперечення та раціоналізацію.

Крім того, у хворих на рак виявлено високий рівень напруженості таких захисних механізмів, як витіснення та реактивне утворення. Найменшою мірою в онкохворих виражені такі захисні механізми, як проєкція та регресія, рівень напруженості яких відповідає рівню в нормативній вибірці.

Отримані результати дозволяють говорити про те, що онкохворі з ситуації хвороби використовують як примітивні – протективні (тип захисту, який призводить до недопущення у свідомість психотравмуючої інформації (витіснення, заперечення, регресія тощо) психологічні захисту від травм ззовні, що виражаються в пасивному уникненні проблеми (заперечення, проєкція, витіснення та реактивне утворення), так і захисту вищого порядку – дефензивні (тип захистів, які допускають психотравмуючу інформацію у свідомість за рахунок її «знешкодження за допомогою захисної реінтерпретації»), що вимагають активності у опануванні хвороби – (компенсація, інтелектуалізація, заміщення). Пасивні ж захисні механізми, сприяють лише зниженню емоційного напруження та нейтралізації негативних психічних станів (тривожності, страху).

Виявлене домінування у структурі МПЗ у онкохворих механізму заперечення підтверджує дані науковців, проаналізовані у теоретичному розділі нашого дослідження, про те, що у цієї категорії хворих, надмірно виражений механізм «заперечення». Можна сказати, що в стресовій ситуації, пов'язаній із захворюванням, онкохворі більшою мірою, ніж здорові люди, схильні до відкидання думок, почуттів, бажань, потреб чи реальності, які на свідомому рівні не можуть у собі прийняти, вони намагаються не допускати до свідомості і не сприймати, той факт, що їхньому здоров'ю загрожує серйозна небезпека.

Високий рівень компенсації у хворих на рак також можна пояснити прагненням уникати негативних переживань, пов'язаних із захворюванням. Однак це активний механізм захисту, що дозволяє підтримувати високу самооцінку та виходити зі стану пригніченості [30]. Висока ж (адекватна) самооцінка, своєю чергою, є особистісним ресурсом в подоланні важких життєвих ситуацій. Це зумовлено тим, що наслідком високої самооцінки є віра у свою здатність до ефективної діяльності, вирішення проблем та опанування стресів [46]. До того ж [27], люди, що володіють позитивною самооцінкою, віддають перевагу конструктивним стратегіям опанування в стресових ситуаціях. Окрім цього, високий рівень компенсації корелює з адекватним типом ставлення до захворювання, і навпаки, чим нижче виражається компенсація, тим вищим є ризик виникнення різного роду психічних порушень, найчастіше афективних. Це дозволяє розглядати компенсацію як адаптивний механізм психологічного захисту в онкохворих [49].

Механізм заміщення, який у онкохворих є домінуючим, поряд з запереченням, компенсацією та раціоналізацією, сприяє зниженню емоційного напруження, викликаного фруструючою ситуацією. Даний механізм не призводить до вирішення проблеми, але в ситуації подолання хвороби його можна розглядати як адаптивний, спрямований на збереження відносного психологічного благополуччя хворих. Психологічне благополуччя особистості, своєю чергою, є одним із важливих чинників, що позитивно впливає на процес одужання. Раціоналізація належить до дефензивних механізмів захисту, які

допускають травмуючу інформацію до свідомості, але дозволяють інтерпретувати її «безболісно». Наявність високого рівня раціоналізації (інтелектуалізації) у онкохворих є сприятливим показником, оскільки раціоналізація відноситься до захисту вищого порядку та сприяє конструктивній поведінці у стресовій ситуації, ніж при використанні примітивних захистів.

У вибірці здорових людей механізми заперечення, компенсації, заміщення та раціоналізації також є провідними, однак рівень напруженості цих механізмів психологічного захисту в них у межах норми, а рівень дефензивних механізмів вищий за рівень протективних. У онкохворих ці механізми є наднапруженими, що свідчить про дезадаптацію і існуючі невирішені внутрішньоособистісні конфлікти. Це підтверджує і загальний рівень напруженості психологічних захистів, який у хворих на рак значно вищий, ніж у здорових досліджуваних. Також у хворих на рак напруженість протективних захисних механізмів вища, ніж дефензивних.

Отже, отримані результати дозволяють зробити висновок у тому, що і онкохворі, і здорові люди, у стресовій ситуації використовують як пасивні, так і активні механізми психологічного захисту. Але ієрархія, напруженість та репертуар цих захистів різний.

Вивчення довільних способів опанування стресом виявило досить велику кількість хворих на рак з високим рівнем напруженості копінг-стратегій, які, залежно від ситуації, можуть приймати як продуктивну, так і непродуктивну форму. Найчастіше високим рівнем напруженості в онкохворих представлені такі копінги, як втеча-уникнення (37,5% опитаних), пошук соціальної підтримки (32,5%) та конфронтація (27,7%). Найрідше у хворих на рак зустрічається висока напруженість стратегій самоконтролю (10%) та прийняття відповідальності (15%), а наднапруженість копінгу позитивної переоцінки ситуації у досліджуваній вибірці онкохворих не виявлено. Ці дані дозволяють говорити про те, що хворі на рак молочної залози в ситуації стресу використовують як емоційно-орієнтовані копінги (втеча-уникнення та конфронтації), так і проблемно-орієнтовані (пошук соціальної підтримки).

У порівнянні з онкохворими, у здорових людей висока напруженість копінгів зустрічається з частотою, що не перевищує 12,5%. Якщо розглядати напруженість копінгів, високий рівень яких найчастіше зустрічається у онкохворих, то слід зазначити, що, на відміну від хворих на рак, здорові люди або рідко використовують ці стратегії, або помірно.

Груповий профіль копінг-стратегій відображає відмінності в структурі поведінкових реакцій у важкій життєвій ситуації у хворих на рак та здорових осіб. Онкохворі віддають перевагу стратегіям уникнення, планування вирішення проблем та пошуку соціальної підтримки, і найменше використовують стратегію самоконтролю. Здорові ж люди найчастіше у важкій ситуації надають перевагу плануванню вирішення проблем і позитивній переоцінці, і, як і онкохворі, найрідше – самоконтролю. Середній рівень напруженості копінгу показує, що для здорових людей характерне помірне використання таких стратегій, як пошук соціальної підтримки, планування вирішення проблеми і позитивна переоцінка та виявлено рідке використання інших копінг-стратегій. Тобто, здорові люди найчастіше використовують копінги, спрямовані на вирішення проблеми. У онкохворих виявлена тенденція до помірного використання всіх копінг-стратегій, крім позитивної переоцінки, яка використовується рідко.

Порівняльний аналіз напруженості копінг-стратегій у онкохворих і здорових досліджуваних виявив статистично значущі відмінності за всіма показниками. Отримані дані дозволяють констатувати, що хворі на рак, порівняно зі здоровими особами, значно частіше у стресовій ситуації використовують стратегії конфронтації, дистанціювання, самоконтролю, пошуку соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втечі-уникнення та планування вирішення проблем, значно рідше стратегію позитивної переоцінки.

Результати дослідження копінг-стратегій, отримані за допомогою методики Дж. Амірхана, показали, що чверть онкохворих має високий рівень стратегії вирішення проблем, 27,5% – пошуку соціальної підтримки та 30% – уникнення проблем. Щодо здорових людей можна сказати, що високий рівень

напруженості цих копінгів у них зустрічається рідко (не більше 5%), і ступінь їхньої напруженості значно нижчий, ніж у онкохворих.

Таким чином, у здорових людей в ситуації стресу домінують проблемно-орієнтовані копінги, то в структурі копінг-стратегій хворих на рак приблизно однаково представлені як проблемно-орієнтовані, так і емоційно-орієнтовані копінги. Однак, використання всіх копінг-стратегій може мати як конструктивний, так і деструктивний характер, зокрема, у контексті ставлення хворих до лікування. Ми припустили, що механізми психологічного захисту та копінг-поведінка у хворих з різним ставленням будуть відмінними.

Для перевірки цього припущення було проведено порівняльний аналіз МПЗ та копінг-стратегій хворих з різним ставленням до хвороби.

Вивчення особливостей копінг-стратегій у плані традиційного розуміння копінгу як способу уникнення проблеми у онкохворих, що проводиться за допомогою методики WCQ) Р. Лазаруса і С. Фолкмана, показало, що тільки у 4% онкохворих з адекватним ставленням до лікування виражена перевага стратегії конфронтації, тоді як серед пацієнтів, які відмовилися від лікування, частка таких хворих становила 66,7%. Порівняльний аналіз середнього рівня цього копінгу в групах показав, що його напруженість у тих, хто відмовився від лікування, значно вища, ніж у хворих з адекватним ставленням до нього. При цьому, у групі пацієнтів з адекватним ставленням до лікування напруженість цього копінгу ближче до помірного, тоді як у порівнюваній групі високий і має дезаптивний характер. На підставі цього ми можемо припустити, що конфронтація у хворих з адекватним ставленням проявляється у здійсненні конкретних дій, спрямованих на зміну ситуації, пов'язаної з хворобою, або на відреагування негативних емоцій. Тобто, можна припустити, що у цієї категорії хворих конфронтація спрямована, крім зниження рівня емоційної напруги, ще й на дії щодо подолання ситуації хвороби, у тому числі й активну участь у лікуванні. У хворих, які відмовилися від лікування, рівень напруженості цього копінгу дозволяє говорити про те, що їх поведінка відрізняється імпульсивністю,

ворожістю, конфліктністю та невиправданою завзятістю. При цьому поведінка спрямована не на зміну ситуації, а на розрядку емоційної напруги.

Таким чином, рівень напруженості копінгу конфронтації дозволяє констатувати, що у хворих з адекватним ставленням до хвороби він адаптивний і проявляється як можливість активного протистояння труднощам та стресогенному впливу ситуації онкозахворювання. У хворих цей копінг неадаптивний, оскільки не веде до вирішення проблеми, а є лише засобом зниження емоційної напруги, що, можливо, є причиною пасивного ставлення до лікування.

Серед хворих з адекватним ставленням до лікування переважна кількість пацієнтів рідко використовують стратегію дистанціювання (82%), тоді як 60% хворих, які відмовилися від лікування, використовують її часто. Значні відмінності в напруженості цієї опанувальної поведінки отримані і при порівнянні середніх показників у хворих, які відмовилися від лікування – напруженість цього копінгу значно вище. Отримані нами результати дозволяють говорити про те, що у хворих на рак молочної залози, які відмовилися від лікування, когнітивні зусилля спрямовані на відокремлення від ситуації хвороби та зменшення її значущості, що може бути причиною відмови від лікування на початковому етапі захворювання або невиконання всіх необхідних лікувальних процедур. Зокрема відмови від хірургічного втручання. Хворі ж із адекватним ставленням до хвороби не прагнуть дистанціюватися від ситуації, адекватно оцінюють її загрозу та значущість своєчасного лікування.

Значні відмінності отримані як у частоті використання так і у напруженості копінгу «самоконтроль». У групі хворих з адекватним ставленням до лікування переважають пацієнти з помірним використанням цієї стратегії (69%), а у 16% з них виражена її перевага. Також, у них значно вище, ніж у порівнюваної групі, рівень напруженості цього копінгу. Хворі ж, які відмовилися від лікування, у 73,3% випадків рідко використовують копінг спрямований на контроль своїх емоцій та поведінки. Самоконтроль емоцій дозволяє хворим стримувати їх, не допускаючи негативного впливу на адекватну оцінку ситуації та вибір стратегії

подолання її, а також дозволяє зберігати самовладання. Відносна емоційна стабільність, зумовлена високим рівнем самоконтролю, дозволяє хворим адекватно оцінити ступінь загрози, прогноз та роль у своєчасному та лікуванні та професійній медичній допомозі у подоланні хвороби. У разі емоційної нестабільності у хворого може спостерігатися або недооцінка загрози ситуації, і тоді він відмовляється від лікування, або її переоцінка, у разі чого хворий може вирішити, що все марно, потрібно доживати, не страждаючи хоча б від наслідків хімеотерапії, оскільки всеодно нічим не можна допомогти. У цьому випадку копінг самоконтролю є адаптивним в опануванні осіб з онкозахворюванням.

На відміну від хворих, які відмовилися від лікування, серед хворих які лікуються частіше зустрічається виражена перевага копінгів, спрямованих на пошук соціальної підтримки та прийняття відповідальності, а пацієнтів, які рідко використовують його, серед хворих, які відмовилися від лікування, майже половина (46,7%). Несприятливою ознакою є повна відсутність серед хворих, які відмовилися від лікування, пацієнтів із вираженою перевагою стратегії планування. Напруженість цих копінгів у хворих з адекватним ставленням до лікування значно вища, ніж у порівнюваній групі. Це підтверджують і результати, отримані за допомогою методики Д. Амірхана, згідно з якими хворі з адекватним ставленням до хвороби значно більшою мірою орієнтовані на пошук соціальної підтримки та вирішення проблем, ніж хворі, які відмовилися від лікування.

Пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності та планування вирішення проблем розглядається як адаптивні стратегії при опануванні стресом, спрямовані на вирішення проблемної чи стресової ситуації. Значно менший рівень напруженості цих стратегій у хворих, які відмовилися від лікування, з високою ймовірністю дозволяють припустити, що копінг-стратегії впливають на ставлення онкохворих до лікування.

Також в ході дослідження було виявлено, що, не дивлячись на рівень копіngu втечі-уникнення, що вказує на виражену перевагу у хворих обох порівнюваних груп, його напруженість у пацієнтів з адекватним самоставленням

значно нижча, ніж у тих, хто відмовився від лікування. Схильність онкохворих до уникнення може пояснюватися тим, що хворі прагнуть подавлення небажаних думок, лякливих образів через переоцінку небезпеки подій для життя, а також у зв'язку з необхідністю подолання негативних емоційних переживань. При відносно невисокому рівні напруженості цей копінг розглядається для онкохворих як адаптивний, що допомагає впоратися із ситуацією хвороби. Однак, надмірно висока напруженість уникнення у хворих, які відмовилися від лікування, може виявлятися у зниженні зусиль, спрямованих на взаємодію з проблемами [30; 48; 49], у тому числі й у відмові від лікування. Результати, отримані за методикою WCQ Лазаруса, підтверджуються і даними методики Дж. Амірхана, згідно з якими, у хворих, які відмовилися від лікування, частіше фіксується високий рівень уникнення, а його вираженість значно вища, ніж у хворих з адекватним ставленням до хвороби.

Статистично значущі відмінності отримані і в структурі і у вираженості неусвідомлюваних механізмів психологічного захисту від стресу у хворих із різним ставленням до хвороби.

Результати дослідження МПЗ показали, що механізм заперечення хворі обох груп використовують однаково часто, але рівень його напруженості у хворих, які відмовилися від лікування, значно вищий, ніж у порівнюваній групі. Також у хворих, які відмовилися від лікування, значно вищий рівень напруженості таких протективних захисних механізмів, як витіснення, реактивні утворення, проекція) та значно менш виражені дефензивні механізми (компенсація, заміщення, раціоналізація). Тобто, несвідомий захист хворих, які відмовилися від лікування, спрямовано здебільшого на нейтралізацію або зниження негативних емоцій, пов'язаних із захворюванням, а у хворих з адекватним ставленням до хвороби – на подолання стресової ситуації, що є більш конструктивним, ніж при використанні примітивних захистів.

Таким чином, у онкологічних хворих, які відмовилися від лікування, при подоланні стресу, пов'язаному з ситуацією онкологічного захворювання, переважають незрілі, примітивні механізми психологічного захисту та суб'єктно-

орієнтований копінг (пасивний), що полягає в емоційному реагуванні на психотравмуючу ситуацію, який не супроводжується конкретними діями, спрямованими на опанування нею. Хворі з адекватним ставленням до лікування значно більше, ніж ті, що відмовилися від нього, на неусвідомлюваному рівні частіше використовують захисні механізми вищого порядку, а на усвідомлюваному – проблемно-орієнтовані копінг-стратегії, спрямовані на подолання хвороби.

Висновки до 2 розділу

1. Існує специфічна структура неусвідомлюваних захисних механізмів у онкохворих, що відрізняється від такої у людей, які не страждають на онкологічні та інші важкі захворювання:

- у онкохворих напруженість таких захисних механізмів, як заперечення, компенсація, проекція, заміщення та реактивна освіта значно вища, ніж у «умовно здорових» осіб;

- у структурі психологічних захистів у онкохворих домінують заперечення, компенсація, заміщення та раціоналізація. При цьому з домінуючих МПЗ найчастіше хворі на рак молочної залози використовують компенсацію, заперечення та раціоналізацію;

- онкохворі в ситуації хвороби використовують як примітивні (протективні) психологічні захисти від травм ззовні, що виражаються в пасивному уникненні проблеми (заперечення, проекція, витіснення та реактивне утворення), так і захисти вищого порядку (дефензивні), що вимагають активності у подоланні хвороби – (компенсація, інтелектуалізація, заміщення.)

- у здорових людей механізми заперечення, компенсації, заміщення та раціоналізації також є провідними, проте рівень напруженості цих механізмів психологічного захисту в межах норми, а дефензивні механізми домінують над протективними. У онкохворих напруження протективних захисних механізмів вище, ніж дефензивних, а всі механізми психологічного захисту, крім регресії та

проекції, є наднапруженими, що свідчить про дезадаптацію та існуючі невинішені внутрішньоособистісні конфлікти;

- в онкологічних хворих при опануванні стресом переважають незрілі, примітивні механізми психологічного захисту та суб'єктно-орієнтований копінг (пасивний), що полягає в емоційному реагуванні на психотравмуючу ситуацію, що не супроводжується конкретними діями, спрямованими на опанування нею.

- Отже, гіпотетичне передбачення того, що онкохворі і здорові люди у стресовій ситуації використовують як пасивні, так і активні МПЗ, але ієрархія, напруженість і репертуар цих захистів різний, підтверджене.

2. Існують відмінності в структурі та напруженості усвідомлюваних способів опанування стресом у онкохворих і здорових людей:

- онкохворі при опануванні стресом надають перевагу стратегіям уникнення, планування вирішення проблем та пошуку соціальної підтримки і найменше використовують стратегію самоконтролю. Здорові ж люди найчастіше у важкій ситуації надають перевагу плануванню вирішення проблем та позитивній переоцінці;

- здорові люди найчастіше використовують копінги, спрямовані на вирішення проблеми, тоді як онкохворі використовують одночасно як проблемно-орієнтовані, так і емоційно-орієнтовані копінги;

3. Існують відмінності в структурі та напруженості як неусвідомлюваних механізмів психологічного захисту, так і усвідомлюваних способів подолання стресу у хворих з різним ставленням до хвороби:

- у хворих, які відмовилися від лікування, значно вищий рівень напруженості протективних захисних механізмів (витіснення, реактивні утворення, проекція) та значно менш виражені дефензивні механізми (компенсація, заміщення, раціоналізація). Тобто, несвідомий захист хворих, які відмовилися від лікування, спрямовано здебільшого на нейтралізацію або зниження негативних емоцій, пов'язаних із захворюванням, а у хворих з адекватним ставленням до хвороби – на подолання стресової ситуації, що є більш конструктивним, ніж при використанні примітивних захистів.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню особливостей психологічного захисту і опанувальної поведінки (копінг-стратегій) у онкологічних хворих. У ході дослідження було здійснено теоретичний аналіз психологічних аспектів онкологічного захворювання, розглянуто підходи та емпіричні дослідження особливостей копінг-стратегій та механізмів психологічного захисту в онкохворих. Результати теоретичного дослідження показали, що психологічними аспектами онкологічних захворювань є особливості реагування на стресові життєві ситуації і на захворювання, особистісні особливості, що перешкоджають або сприяють подоланню стресу, стилі опанувальної поведінки. Копінг-поведінка онкологічних хворих залежить від когнітивної оцінки захворювання. Переважання когнітивної оцінки хвороби та лікування як загрози, пов'язане з вибором емоційно-орієнтованих стратегій копінг-поведінки, тоді як проблемно-орієнтована копінг-поведінка пов'язана з когнітивною оцінкою хвороби та лікування як виклику. Копінг-поведінка онкологічних хворих залежить від рівня емоційної дезадаптації, рівня адаптивних можливостей, локалізації пухлини, кризи хвороби. При цьому не лише адаптивні, але деякі дезадаптивні копінг-стратегії покращують, допомагають онкохворим у опануванні хвороби. Копінг-поведінка при онкологічних захворюваннях характеризується наявністю двох тенденцій: а) подолання, спрямоване на взаємодію зі стресором, пов'язане з вищим рівнем психологічного добробуту та якістю життя; б) опанування, орієнтоване на уникнення стресора у хворих з онкологічними захворюваннями знижує психосоціальну адаптацію.

Характерною особливістю психологічного захисту в онкологічних хворих є переважання «інтелектуальних» механізмів захисної поведінки та «заперечення» як форми первинної, базової реакції на хворобу. Специфічні особливості захисних механізмів залежать від тяжкості захворювання та локалізації пухлини. Механізми психологічного захисту можуть як знижувати,

так і підвищувати рівень тривоги у онкохворих, а також впливають на прийняття або відмову від лікування.

Результати дозволяють констатувати, що стратегії опанувальної поведінки і механізми психологічного захисту відрізняються від таких у здорових людей, а також мають свою специфіку в залежності від особистісних особливостей пацієнтів, їх реакції на хворобу і локалізації пухлини.

В емпіричній частині дослідження було проведено порівняльний аналіз особливостей опанування стресом онкохворих і здорових людей, а також онкохворих з різним ставленням до хвороби.

Отримані емпіричні дані дозволили зробити висновок про те, що існує специфічна структура неусвідомлюваних захисних механізмів у онкохворих, що відрізняються від такої у людей, які не страждають на онкологічні та інші важкі захворювання: у онкохворих значно вище, ніж у здорових людей, напруженість таких захисних механізмів, як заперечення, компенсація, проекція, заміщення та реактивне утворення. У структурі психологічних захистів у онкохворих домінують заперечення, компенсація, заміщення та раціоналізація. При цьому з домінуючих МПЗ найчастіше хворі на рак молочної залози використовують компенсацію, заперечення та раціоналізацію. Таким чином, онкохворі в ситуації хвороби використовують як примітивні (протективні) психологічні захисти від травм ззовні, що виражаються в пасивному уникненні проблеми (заперечення, проекція, витіснення та реактивне утворення), так і захисту вищого порядку (дефензивні), що вимагають активності в опануванні хворобою – (компенсація, інтелектуалізація, заміщення).

У здорових людей механізми заперечення, компенсації, заміщення та раціоналізації є також провідними, проте рівень напруженості цих механізмів психологічного захисту в межах норми, а дефензивні механізми домінують над протективними. У онкохворих напруження протективних захисних механізмів вище, ніж дефензивних, а всі механізми психологічного захисту, крім регресії та проекції, є наднапруженими, що свідчить про дезадаптацію та існуючі невирішені внутрішньоособистісні конфлікти.

Виявлено статистично значущі відмінності у структурі та напруженості усвідомлюваних способів подолання стресу в онкохворих і здорових людей: онкохворі при опануванні стресом надають перевагу стратегіям уникнення, плануванню вирішення проблем та пошуку соціальної підтримки, і найменше використовують стратегію самоконтролю. Здорові ж люди найчастіше у важкій ситуації надають перевагу плануванню вирішення проблем та позитивній переоцінці. Здорові люди найчастіше використовують копінги, спрямовані на вирішення проблеми, тоді як онкохворі використовують одночасно як проблемно-орієнтовані, так і емоційно-орієнтовані копінги.

Отримані результати підтвердили гіпотетичне передбачення про те, що онкохворі і здорові люди у стресовій ситуації використовують як пасивні так і активні механізми психологічного захисту, але ієрархія, напруженість і репертуар цих захистів різний.

Однак, використання копінг-стратегій може мати як конструктивний, так і деструктивний характер, зокрема, у контексті ставлення хворих до лікування. Ми припустили, що механізми психологічного захисту та копінг-поведінка у хворих з різним ставленням будуть різні.

Результати порівняльного аналізу показали, що, на відміну від хворих з адекватним ставленням до лікування, поведінка пацієнтів, які відмовилися від лікування, характеризується значно більш частим використанням неадаптивних стратегій, і більш рідкісним – адаптивних. Можна сказати, що для хворих з адекватним ставленням до лікування характерним є визнання своєї ролі в проблемі із супутніми спробами її вирішення, прагнення робити проблемно-фокусовані зусилля щодо зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до проблеми, а також зусилля щодо створення позитивного значення ситуації хвороби з фокусуванням на її подоланні. Вони рідше вдаються до стратегії «втечі-уникнення», що дозволяє її розцінювати як адаптивну в ситуації, що склалася, оскільки вона дозволяє уникати психотравмуючих переживань. Можна сказати, що онкохворі з адекватним ставленням до лікування характеризуються

більшою схильністю до активних зусиль щодо зміни ситуації та готовністю до ризику, ніж хворі, які відмовилися від лікування.

Пацієнти, які відмовилися від лікування, прагнуть відокремитися від ситуації хвороби і зменшити її значущість, недостатньо докладають зусиль у пошуку інформаційної, дієвої та емоційної підтримки з боку оточуючих, спрямовують зусилля не на вирішення проблеми, а на нівелювання негативних емоційних переживань. Вони мають високий рівень напруженості копінг, спрямованого на уникнення проблеми. Проблемно-орієнтовані когнітивні копінг-стратегії (пошук інформації) пов'язані з позитивною афективністю, а емоційні копінг-стратегії (уникнення) та надмірна напруженість конфронтації та дистанціювання пов'язані з негативною емоційністю, зниженням самооцінки та погіршенням адаптації до стресової ситуації.

Таким чином, у хворих, які відмовилися від лікування, значно вищий рівень напруженості протективних захисних механізмів (витіснення, реактивні утворення, проекція) та значно менш виражені дефензивні механізми (компенсація, заміщення, раціоналізація). Тобто, неусвідомлювані захисти хворих, які відмовилися від лікування, спрямовані, здебільшого, на нейтралізацію чи зниження негативних емоцій, пов'язаних із захворюванням, а у хворих з адекватним ставленням до хвороби – на подолання стресової ситуації.

Таким чином, гіпотетичне передбачення про те, що існують відмінності в структурі та напруженості, як неусвідомлюваних механізмів психологічного захисту, так і усвідомлюваних способів подолання стресу у хворих з різним ставленням до хвороби підтвердилася.

Отримані результати можуть бути використані в психотерапії онкохворих, спрямованій на формування установки до лікування шляхом корекції неадаптивних захисних механізмів і стратегій опанувальної поведінки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук, О.С. Когнітивні стратегії уникнення в осіб із соціальним тривожним розладом у період адаптації до умов війни. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2024. Вип. 1. С. 30-36. URL : [DOI:10.32782/psy-visnyk/2024.1.6](https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.1.6).
2. Баженов О.С. Медико-психологічна характеристика різних форм соматоформних розладів (психодіагностичні особливості, патопсихологічні механізми формування, принципи психотерапевтичної корекції) : [дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04]. Харків, 2006. 172 с.
3. Балицький К., Шмалько Ю. Стрес і метастазування злоякісних пухлин. Київ : Наукова думка, 1987. 174 с.
4. Березянська В. В. Психологічні особливості онкологічних хворих у ремісії. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія психологічні науки*. 2017. Вип. 5. С. 181–187.
5. Березянська В. В. Стратегія особистої адаптації онкологічних хворих. *Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. Костюка НАПН України*. 2017. Том. 7. Вип. 43. С. 10–20.
6. Березянська В. Психологічні особливості онкохворих. *Молодий вчений*. 2018. Вип. 10 (62). С. 20–24.
7. Березянська В.В. Психологічний портрет онкохворих. Транзакційний підхід. *Молодий вчений*. 2018. № 10(62). С. 20–24.
8. Білова М.Е. Психологічні особливості осіб з різним рівнем стресостійкості (на прикладі працівників стресогенних професій). (Автореф. дис. канд. психол. наук). Одеса, 2007
9. Біннебезель Й. Екзистенція страху життя і смерті в сучасних реаліях: мультимодальні та мультикультуральні аспекти (теоретичний та психотерапевтичний досвід). За ред. д. пс. н. проф. Г. Католик. Львів: “Місіонер”, 2022. 352 с.

- 10.Велитченко Л. К., Ма Фу. Копінг-поведінка в контексті її системних зв'язків. *Габітус. Видавничий дім «Гельветика»*, 2021. Вип. 27. С. 43-50.
- 11.Володарська Н.Д. Особливості захисних механізмів особистості в психотерапії травми. *Перспективи та інновації науки*. 2023. № 4 (22). С. 371–384.
- 12.Гордієнко І. О. Механізми психологічного захисту агресивних і неагресивних осіб. *Психологічний простір особистості в звичайних та надзвичайних умовах сучасності : Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Психологія самоздійснення особистості : теорія, досвід, практика» (19–20 травня 2023 р.) / відп. ред. О. П. Саннікова. Одеса : ФОП Бєлий А. Є., 2023. С.130-138.*
- 13.Грабовська С. Л. Проблема копіngu в сучасних психологічних дослідженнях. *Психологічне здоров'я особи і суспільства*. 2010. № 4. С. 188–199.
- 14.Дідковська Л. І. Ставлення до хвороби та психологічне благополуччя осіб у ситуації хронічного соматичного захворювання. [*Науковий вісник ХДУ Серія Психологічні науки*](#). Секція 5 медична психологія. 2020. № 1. С. 182-189.
- 15.Дучимінська Т. І. Психологічні особливості подолання особистісної безпорадності в навчальній діяльності студентів : дис. канд. псих. наук : 19.00.07 Луцьк, 2013. 286 с.
- 16.Загальна та медична психологія / за ред. І. Д. Спіріної, І. С. Вітенко. Дніпропетровськ : АРТ–прес, 2012. 348 с.
- 17.Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
- 18.Ігумнова О. Б. Дослідження копінг-стратегій осіб у складних життєвих обставинах. *Теорія і практика сучасної психології*. 2020. № 1, Т. 2. С. 28-33. DOI <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.1-2.5>
- 19.Ільницька Л.А. Особливості психологічного захисту особистості у осіб з різним рівнем інтернальності. *Габітус. Видавничий дім «Гельветика»*,

2021. Вип. 56. 2023. 137- 142. URL: DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.56.25>
- 20.Каргіна Н. В. Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя особистості: теоретичний аспект. *Наука і освіта*. 2015. № 3. С. 48–55.
- 21.Католик Г., Біннебезель Й. Сприйняття страху смерті в контексті замісної реляційної терапії та танатопедагогіки. *Психологія і особистість*. 2015. № 2 (8), ч. 2. С. 208–222.
- 22.Кашпур Ю.М., Роєнко І.В. Емпіричне дослідження зв'язку механізмів психологічного захисту з рисами особистості. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 34 (73) № 5. 2023. С. 6- 10. URL : DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.5/02>
- 23.Кихтюк О.В. Теоретико-методологічні аспекти та емпіричне дослідження внутрішньої картини хвороби в клінічній психології. *Психологічні перспективи*. 2018. Вип. 31. С. 131–140. URL: DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2018-31-131-140>
- 24.Корнієнко І. О. Психологія опанувальної поведінки особистості: монографія. Мукачеве : РВУ МДУ, 2017. 465 с.
- 25.Кущевий Є.В. Роль психологічної підтримки у комплексному лікуванні онкологічних захворювань. *Онкологія. Гематологія. Хіміотерапія*. № 3 (82). 2023. С. 26-27.
- 26.Ларіна Т. О. Особливості вияву копінг-стратегій особистості, що зазнала впливу травматичної ситуації. *Соціальна психологія особистості Наукові студії із соціальної та політичної психології*. Вип. 41 (4). 2018. С. 180-191.
- 27.Литвиненко О.Д. Адаптаційний потенціал як система адаптивностей особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету: Серія Психологічні науки*. 2018. Том 1 № 2. С. 74-81.
- 28.Малімон Л. Зв'язок копінг-поведінки і психологічного благополуччя особистості. *Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві, ортобіоз та паліативна допомога із циклу: Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування на виклики*

- сучасності : матеріали ІХ наук.-практ. інтернет-конф. (з міжнар.участ.) (28 листопада - 02 грудня. 2022 р.) = *Materials of IX-th Scientific and Practical Internet Conference (with international participation) (Nov 28 – Dec 02, 2022)* / за заг. ред. Т. І. Дучимінської та ін. Луцьк : ПП Іванюк В. П, 2022. С.93-97.
- 29.Малімон Л.Я., Балабус В.А., Малімон В.Ю. Особливості копінг-поведінки осіб із домінуванням симптоматики вторгнення як наслідку травматичного стресу. *Наукові перспективи* № 8(50). 2024. С. 888-899. URL : [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-8\(50\)-888-899](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-8(50)-888-899)
 - 30.Мартінова Ю.Ю. Особливості психологічних компенсаторно-адаптаційних механізмів у жінок, які перенесли мастектомію. *Український вісник психоневрології*. 2013. Т. 21. Вип. 2(75). С. 81–87.
 - 31.Медведєв В.С., Шевченко О.М. Науковий аналіз українських джерел щодо феномена психологічного захисту. *Юридична психологія та педагогіка*. 2009. № 2. С. 22–29.
 - 32.Меленчук Н.І., Прокопенко К.О. Психологічний захист осіб із різним рівнем агресивності. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2021. № 1. С. 25–31.
 - 33.Мірошніченко Н.В. Соматоформні розлади (клініка, діагностика, патогенетичні механізми, принципи відновлюючої терапії) : [дис. ... д. мед. н.]. Харків, 2006. 385 с.
 - 34.Місяк С.А. Методологія проведення індивідуальної програми реабілітації пацієнта з інвалідністю внаслідок онкологічного захворювання в умовах реабілітаційного центру. *Онкологія*. 2015. Т 17. №4 (66). С. 292–295.
 - 35.Мухаровська І.Р. Якість життя онкологічних хворих на етапах лікувального процесу. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2017. № 1(7). Т. 4. С. 91–95.
 - 36.Мушкевич М.І., Чагарна С.Є. Основи психотерапії : навч. посіб; за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.

37. Національний канцер-реєстр України: стан бази даних на початку 2024 року. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/ucr_db_today.pdf
38. Орап М. О. Скурський Т. Я. Вплив комунікації між лікарем та пацієнтом на ментальне здоров'я в процесі одужання. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали IX Всеукраїнської науково-практичної конференції (22-23 лютого 2024 року / за ред.: Кузікової С. Б., Вертеля А.В / Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка*. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2024. С. 136-137.
39. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. 540 с.
40. Паливода Л.І. Механізми психологічного захисту та копінг-стратегій у подоланні стресу. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2023. Вип. 3. С. 76-79. URL : DOI:<https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.15>
41. Плєскач Б. В. Психологічні фактори в розвитку та перебігу онкологічного захворювання. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. праць / Інститут психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Ніжин : Лисенко М.М., 2009. Т. 3, вип. 6. С. 241–257.
42. Плєскач Б. Експериментальна методика дослідження стилів надання психологічної допомоги онкологічним хворим. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. праць / Інститут психології ім. Г. Костюка АПН України. К. : ПОЛІГРАНД, 2011. Т. 3, вип. 8. С. 229–255.
43. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. Уклад. О. Ю. Овчаренко. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с.
44. Родіна Н. В. Психологія копінг-поведінки: системне моделювання : монографія. Одеса, 2011. 364 с.
45. Родіна Н.В. Ієрархічна модель структури копінг-поведінки. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*: зб. наук. пр. / Київ, нац. ун-т ім.

- Тараса Шевченка ; редкол.: В.І. Судаков (та ін.). Київ: Логос, 2011. Т. 1. С. 120-129.
- 46.Родіна Н.В. Копінг-поведінка пацієнтів із раком молочної залози. Структура та детермінанти. *Наука і освіта*. 2012. № 3. С. 86–91.
 - 47.Роль психологічної підтримки у комплексному лікуванні онкологічних захворювань. URL: <https://mazg.com.ua/ua/archive/2023/3-4%28150-151%29/pages-15-20/rol-psihologichnoyi-pidtrimki-u-kompleksnomu-likuvanni-onkologichnih-zahvoryuvan>
 - 48.Сергет І.В. Переживання особистістю онкологічного захворювання як кризової ситуації. *Одинадцяті Сіверянські соціально-психологічні читання : матеріали Міжнародної наукової онлайн-конференції, м. Чернігів, 27 листопада 2020 р. / за наук. ред. О.Ю. Дроздова, І.І. Шлімакової. Чернігів : НУЧК імені Т.Г. Шевченка, 2021. С. 229–231.*
 - 49.Сергет І.В. Психологічні аспекти соціальної адаптації жінок з онкологічними хворобами. *Інсайт. Вип.2. С. 99-103.* URL: DOI <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2019-2-14>
 - 50.Сергет І.В. Трансформація життєвих цінностей осіб, хворих на онкологію. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2022. № 2. С. 35–40.*
 - 51.Сивогракова З.А. Проблема індивідуально-психологічних факторів поведінки, що спрямована на подолання складних життєвих ситуацій. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання : наукова монографія. Харків, 2006. № 3. С. 96–101.*
 - 52.Скаковська А. В. Вивчення образу хвороби в малюнках дітей з онкогематологічним діагнозом на різних стадіях лікування з відмінним досвідом хвороби. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна: збірник наукових праць / головний редактор З.Я. Ковальчук. Львів: ЛьвДУВС, 2024. Вип. 1. С. 60-69.*
 - 53.Соломка Е. Т., Хома Т. В, Хлопек А. Б. Опанувальна поведінка особистості у психологічних дослідженнях та деякі методи управління стресом.

- Науковий вісник Ужгородського національного університету, 2021. Серія ПСИХОЛОГІЯ. Випуск 2. С. 23-27. URL: DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2021.2.5>*
- 54.Татьянчиков А.О., Цільмак О.М., Яковенко В.Ю. Психологічні особливості переживання пацієнтами онкологічного захворювання. *Психофізіологія та медична психологія. Габітус. Видавничий дім «Гельветика», 2024. Вип. 58. С. 286-290.*
 - 55.Титаренко Т.М. Від чого залежить опанування. Життєвий світ особистості у межах і за межами буденності. Київ, 2003. С. 259–262.
 - 56.Хазратова Н., Малімон Л., Олійник А. Особливості копінг-стратегій у людей з різними ціннісними орієнтаціями. *Психологічні перспективи, Вип. 41, 2023. С. 175–190. URL : DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-41-kha>*
 - 57.Хомич Г.О. Психологічна допомога онкохворим у процесі консультування. *Проблеми сучасної психології. 2011. № 13. С. 596 – 605.*
 - 58.Шайхлісламов З.Р., Горбенко В.Ю. Теоретичні підходи визначення копінг-стратегії поведінки особистості. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 34 (73) № 1 2023. С. 64-69.*
 - 59.Шевченко В., Оганян, А. Взаємозв'язок захисних механізмів та форм агресивної поведінки. *Науковий вісник Миколаївського національного університету В.О. Сухомлинського. Психологічні науки. 2016. № 1. С. 235–239.*
 - 60.Штепа О. С. Ресурсна насиченість особистості. *Проблеми сучасної психології: зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С. Д. Максимен-ка, Л. А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друкарня «Рута», 2020. Вип. 47. С. 231–252. URL : doi.org/10.32626/2227-6246.2020-47.231-252*

61. Штепа О. Стратегії ресурсної насиченості особистості. *Збірник наукових праць Проблеми сучасної психології*. 2020. Вип. 48. С. 313-38, <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2020-48.313-338>
62. 4 лютого 2024 року – всесвітній день боротьби проти раку. URL: <https://odkl.kh.ua/ua/4-lyutogo-2024-roku-vsesvtny-deny-borotybi-proti-raku>
63. Aarstad H.J., Heimdal J.H. et al (2002). Personality traits in head and neck squamous cell carcinoma patients in relation to the disease state, disease extent and prognosis. *Acta Otolaryngol. Vol. 122*. Pp. 92-99.
64. Ader R. Psychoneuroimmunology. N-Y: Academic Press, 2010. 1320 p.
65. Antoni M.H. (1987). Neuroendocrine influences in psychoimmunology and neoplasia: A review. *Psychology and Health. Vol.1*. Pp. 3-24.
66. Brodie D. Cancer and common sense: combining science and nature to control cancer. A Guide to Alternative, Complementary and Integrative Therapies, Winning Publications, White Bear Lake, MN, 1997.
67. Cardenal V., Ortiz-Tallo M. et al. Life stressors, emotional avoidance and breast cancer. *The Spanish Journal of Psychology. 2008. Vol. 11. No. 2*. Pp. 522-530
68. Cooper C.L., Faragher E.B. (1992). Coping strategies and breast disorders of cancer. *Psychological Medicine. Vol. 22*. Pp. 447-455.
69. Cooper C.L., Faragher E.B. (1993). Psychosocial stress of breast cancer: the interrelationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychological Medicine. Vol. 23*. Pp. 65-662.
70. Deimling, G. T., Wagner, L. J., & Bowman, K. F. (2006). Coping among older-adult, long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology, 15*. Pp. 143–159.
71. Greer S. (1985) Cancer: Psychiatric Aspects. In Granville Grossman K. (ed.) Recent Advances in Clinical Psychiatry. Edinburgh: Churchill-Livingstone. Pp. 87-104.
72. Greer S. Watson M. Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys. 1987. Vol. 6*. Pp. 439-453.

73. Greer S., Morris T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/002239975900628>
74. Hislop G.T. The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. *J. Chron. Dis.* 1987 Vol. 40 (№7). Pp. 729-735.
75. Ioannidou-Mouzaka L, Mantonakis J., et al. Is prolonged psychological stress an etiological factor in breast cancer? *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1986;15(8). Pp. 49-53.
76. Kissen D.M., Eysenck H.J. Personality in male lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 6, Issue 2, April–June 1962. Pp. 123–127.
77. Lamkin D.M., Slavich G.M. Psychosocial factors and cancer. In H. L. Miller (Ed.), *Encyclopedia of theory in psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2014. URL: http://www.uclastresslab.org/pubs/Lamkin_Slavich_TheoryInPsych_2014.pdf
78. Lazarus R.S., Folkman S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer. 456 p.
79. Lillberg K. Verkasalo P.K, Kaprio J., Teppo L. Stressful life events and risk of breast cancer in 10,808 women: a cohort study.. *Am J Epidemiol*. 2003 Mar 1; 157(5): 415-23.
80. McCaul, K., Sandgren, A.K., King, B. (1999). Coping and adjustment to breast cancer. *Psycho-oncology*, 8, 230-236.
81. McWilliams Nancy. *Psychoanalytic diagnosis: understanding personality structure in the clinical process* / 2-nd ed. New York : The Guilford Press, 2011 426 p.
82. Moorey S., Greer S. *Cognitive behavior therapy for people with cancer*. Oxford: Oxford University Press, 2002. 221 p.
83. Nakaya N., Tsubono Y. et al. Personality and the risk of cancer. *J. Natl Cancer Inst* 95 (2003). Pp. 799–805.
84. Nielsen N.R. (2006) Self-reported stress and risk of breast cancer - a secondary publication. *Ugeskr. Laeger. Vol. 168(№6)*. Pp. 587-589.

- 85.Schapiro I.R., Ross-Petersen L., Saelan H., et al (2001). Extroversion and neuroticism and the associated risk of cancer: a Danish cohort study. *Am J Epidemiol. Vol. 153*. Pp. 57-63.
- 86.Watson M, Pruyn J, Greer S, van den Borne B. Locus of control and adjustment to cancer. *Psychol Rep. 1990 Feb;66(1):39-48*. URL: doi: 10.2466/pr0.1990.66.1.39. PMID: 2326428
- 87.Zakowski S., Hall M.H., Barnes A. (1992). Stress, stress management, and the immune system. *Applied and Preventive Psychology. Vol. 1*. Pp. 1-13.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опис методик наукового дослідження

1. Методика «Індекс Життєвого Стилю» Р. Плутчик, Х. Келлерман і Х. Р. Конте [17] призначена для оцінки ступеня використання індивідом восьми механізмів психологічного захисту, визнаних у структурній теорії Р. Плутчика основними. Деякі із захисних механізмів виділяються як однозначні, інші є кластерами з кількох варіантів захисних стратегій, близьких за психологічним змістом.

Механізми психологічного захисту визначаються у дослідженні як автоматизовані способи послідовного спотворення когнітивної та афективної складових образу стимульної ситуації.

Методика є опитувальником, який складається з 97 тверджень, що передбачають дві градації відповіді: «вірно» або «не вірно». У інтерпретацію шкал включені особливості захисної поведінки у нормі. Оцінка ступеня використання механізмів психологічного захисту проводиться за такими шкалами, кожна з яких включає від 10 до 14 питань: 1 - заперечення, 2 - витіснення, 3 - регресія, 4 - компенсація, 5 - проекція, 6 - заміщення, 7 – інтелектуалізація (раціоналізація), 8 – реактивна освіта.

Обробка результатів: підрахунок результатів здійснюється за бланком відповідей, який є одночасно і ключем. При цьому підраховуються тільки позитивні відповіді за кожною шкалою, що являють собою «сирі» бали, які надалі можуть бути порівняні із середньонормативними показниками щодо вибірки стандартизації, або переведені у відсоткові показники. Останні показують умовне розташування випробуваного у вибірці стандартизації відповідно до її відсоткового розподілу.

Як додатковий показник використовується також вторинний показник, який є сумою «сирих» балів за всіма шкалами і відображає Ступінь Напруженості Захисту (СНЗ).

2. Опитувальник способів подолання (WCQ) [17] призначений для визначення копінг-механізмів, способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності, копінг-стратегій. Даний опитувальник вважається першою стандартною методикою в галузі вимірювання копінгу .

Містить 8 субшкал : 1. Конфронтаційний копінг. Агресивні зусилля щодо зміни ситуації. Передбачає певний ступінь ворожості та готовності до ризику. 2. Дистанціювання. Когнітивні зусилля відокремитися від ситуації та зменшити її значущість. 3. Самоконтроль. Зусилля щодо регулювання своїх почуттів та дій. 4. Пошук соціальної підтримки. Зусилля у пошуку інформаційної, дієвої та емоційної підтримки. 5. Прийняття відповідальності. Визнання своєї ролі у проблемі із супутньою темою спроб її вирішення. 6. Втеча-уникнення. Мисленнєве прагнення та поведінкові зусилля, спрямовані на втечу або уникнення проблеми. 7. Планування розв'язання проблеми. Довільні проблемно-

фокусовані зусилля щодо зміни ситуації, що включають аналітичний підхід до проблеми. 8. Позитивна переоцінка. Зусилля щодо створення позитивного значення з фокусуванням на зростанні власної особистості. Включає також релігійний вимір.

Обробка та інтерпретація результатів: підраховуються бали, підсумовуючи за кожною субшкалою : ніколи – 0 балів; рідко – 1 бал; іноді – 2 бали; часто – 3 бали. Після розрахунку «сирих» показників за шкалами їх переводять до стандартних Т-балів з використанням розроблених таблиць.

Ступінь переваги для випробуваного стратегії опанування стресом визначається на підставі наступного умовного правила: – показник менше 40 балів – відповідна стратегія використовується рідко; – $40 \text{ балів} \leq \text{показник} \leq 60 \text{ балів}$ – помірне використання відповідної стратегії; – показник більше 60 балів – виражена перевага відповідної стратегії.

3. Для вивчення механізмів подолання використовувалася також **Методика «Індикатор копінг-стратегій»** Дж. Амірхана [17]. Дана методика дозволяє описати базові за рівнем конструктивності-деструктивності й продуктивності способи реагування та подолання стресової ситуації, які визначають соціальну поведінку в цілому, прогножуючи рівень надійності особистості.

Дж. Амірхан виділив три групи копінг -стратегій:

1) вирішення проблем – активна поведінкова стратегія, коли людина намагається використовувати всі наявні в неї особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми;

2) пошук соціальної підтримки – активна поведінкова стратегія, за якої людина для ефективного вирішення проблеми звертається за допомогою та підтримкою до навколишнього середовища: сім'ї, друзям, значущих інших;

3) уникнення – поведінкова стратегія, за якої людина намагається уникнути контакту з навколишньою дійсністю, уникнути вирішення проблем. Може мати адекватний чи неадекватний характер залежно від конкретної стресової ситуації, віку та стану ресурсної системи особистості.

Обробка результатів: Відповіді випробуваного порівнюються з ключем. Для отримання загального балу за відповідною стратегією підраховується сума балів за всіма 11 пунктами, що належать до цієї стратегії. Мінімальна оцінка за кожною шкалою – 11 балів, максимальна – 33 бали.

Інтерпретація:

Рівень	Вирішення проблем	Пошук соціальної підтримки	Уникнення проблем
Дуже низький	< 16	< 13	< 15
Низький	17 - 21	14 - 18	16 - 23
Середній	22 - 30	19 - 28	24 - 26
Високий	> 31	> 29	> 27

Додаток Б

Результати діагностики механізмів психологічного захисту і копінг-стратегій

Індивідуальні результати діагностики механізмів психологічного захисту у онкохворих*

№ досл. з/п	МПЗ ¹																	СНЗ
	1		2		3		4		5		6		7		8		%	
	бал	%	бал	%	бал	%	бал	%	бал	%	бал	%	бал	%	бал	%		
1	6	79	4	63	3	35	7	97	1	5	7	93	12	100	2	39	43	
2	5	61	2	25	4	53	9	100	3	7	3	48	8	87	4	76	42	
3	5	61	3	42	2	19	6	95	3	7	4	65	7	76	4	76	35	
4	3	39	0	2	1	6	5	88	2	6	3	48	6	59	5	91	26	
5	7	61	0	2	2	19	8	99	1	5	4	65	8	87	4	76	35	
6	6	79	3	42	0	2	4	78	5	20	2	37	9	92	0	7	30	
7	3	39	1	8	4	53	6	95	2	6	6	86	9	92	4	76	36	
8	5	61	4	63	3	35	5	88	3	7	1	23	6	59	4	76	32	
9	4	50	0	2	6	80	6	95	10	72	6	86	7	76	1	19	41	
10	9	97	4	63	0	2	3	63	1	5	5	77	0	0	0	7	18	
11	0	3	5	76	2	19	4	78	7	36	6	86	8	87	1	19	36	
12	7	84	6	87	3	35	9	100	0	1	1	23	6	59	1	19	34	
13	8	90	1	8	5	70	7	97	3	7	0	6	9	92	3	61	35	
14	6	79	3	42	3	35	6	95	4	12	2	37	6	59	3	61	34	
15	6	79	6	87	0	2	3	63	8	46	5	77	5	42	2	39	36	
16	8	90	0	2	4	53	2	37	6	27	2	37	6	59	2	39	31	
17	4	50	2	25	9	95	4	78	2	6	6	86	4	28	0	7	32	
18	5	61	5	76	4	53	4	78	4	12	2	37	8	87	3	61	36	
19	7	84	0	2	2	19	3	63	7	36	4	65	8	87	2	39	34	
20	4	50	1	8	7	85	0	5	4	12	7	93	1	3	1	19	27	
21	6	79	3	42	3	35	9	100	7	36	4	65	6	59	4	76	43	
22	7	61	4	63	3	35	4	78	1	5	4	65	5	42	2	39	31	
23	3	39	1	8	0	2	4	78	0	1	3	48	10	97	2	39	24	
24	7	84	5	76	3	35	4	78	6	27	0	6	8	87	3	61	37	
25	5	61	2	25	2	19	5	63	4	12	5	77	9	92	2	39	35	
26	6	79	4	63	2	19	4	78	8	46	5	77	6	59	4	76	40	
27	9	97	9	98	7	85	0	5	6	27	4	65	1	3	2	39	39	
28	4	50	5	76	9	95	4	63	4	12	5	77	3	17	6	97	41	
29	7	84	7	92	6	80	1	20	6	27	2	37	8	87	3	61	41	
30	10	98	12	100	6	80	1	20	3	7	3	48	2	6	7	98	45	
31	4	50	6	87	2	19	4	78	5	20	6	86	9	92	2	39	39	
32	9	97	6	87	8	80	4	78	9	64	6	86	6	59	5	91	53	
33	5	61	8	97	3	35	3	63	5	20	3	48	4	28	4	76	36	
34	12	100	4	63	1	6	6	95	1	5	7	93	2	6	5	91	38	
35	10	98	6	87	4	53	3	63	7	36	1	23	5	42	4	76	41	
36	12	100	5	76	2	19	5	88	4	12	5	77	4	28	2	39	40	
37	6	79	8	97	6	80	3	63	6	27	4	65	2	6	4	76	40	
38	11	99	9	98	3	35	1	20	4	12	2	37	9	92	1	19	41	
39	7	84	7	92	3	35	5	88	10	72	4	65	7	76	6	97	49	
40	9	97	5	76	3	35	4	78	2	6	6	86	3	17	4	76	37	

* - хворі, що відмовилися від операції чи не одразу розпочали лікування

¹ МПЗ: 1. Заперечення. 2. Витіснення. 3. Регресія. 4. Компенсація. 5. Проекція. 6. Заміщення. 7. Раціоналізація (інтелектуалізація). 8. Реактивна освіта.

Додаток Б1

Індивідуальні результати діагностики механізмів психологічного захисту в групі умовно здорових

№ досл. з/П	МПЗ ²																СНЗ
	1		2		3		4		5		6		7		8		
	бал	%	бал	%	бал	%	бал	%	бал	%	бал	%	бал	%	бал	%	%
1	0	3	3	42	3	35	7	97	1	5	7	93	7	76	1	19	30
2	3	39	0	2	4	53	2	37	3	7	3	48	5	42	1	19	22
3	2	13	5	76	2	19	2	37	3	7	4	65	6	59	1	19	26
4	0	3	3	42	1	6	5	88	2	6	3	48	6	59	0	7	21
5	0	3	7	92	2	19	2	37	1	5	4	65	8	87	7	98	32
6	6	79	3	42	0	2	4	78	5	20	2	37	4	28	0	7	24
7	3	39	1	8	4	53	0	5	2	6	4	65	9	92	6	97	30
8	4	90	4	63	3	35	5	88	3	7	1	23	4	28	2	39	27
9	1	13	0	2	6	80	2	37	3	7	4	65	7	76	0	7	24
10	6	79	4	63	2	19	0	5	4	12	5	77	6	59	1	19	29
11	3	39	3	42	0	2	0	5	6	27	1	23	1	3	2	39	16
12	0	3	3	42	0	2	1	20	0	1	0	6	7	76	4	76	15
13	7	84	7	92	6	80	1	20	3	7	2	37	0	0	3	61	30
14	2	27	4	63	1	6	1	20	0	1	0	6	2	6	2	39	12
15	4	50	6	87	6	80	4	78	5	20	6	86	1	3	2	39	35
16	3	39	6	87	8	88	0	5	0	1	6	86	6	59	0	7	30
17	1	13	3	42	0	2	2	37	0	1	1	23	5	42	3	61	15
18	6	79	0	2	4	53	2	37	0	1	2	37	5	42	2	39	22
19	4	50	6	87	4	53	3	63	1	5	1	23	5	42	4	76	29
20	5	61	2	25	3	35	1	20	4	12	2	37	4	28	2	39	24
21	6	79	2	25	6	80	3	63	6	27	4	65	2	6	0	7	30
22	9	97	5	76	3	35	1	20	3	7	2	37	1	3	1	19	26
23	5	61	1	8	4	53	3	63	3	7	0	6	6	59	5	91	28
24	0	3	5	76	4	53	4	78	2	6	6	86	8	87	3	61	33
25	4	50	0	2	0	2	5	88	4	12	0	6	5	42	2	39	21
26	7	84	3	42	0	2	2	37	4	12	2	37	5	42	3	61	27
27	7	84	5	76	3	35	3	63	4	12	2	37	4	28	2	39	31
28	5	61	4	63	5	70	6	95	2	6	5	77	6	59	2	39	36
29	4	50	0	2	3	35	5	88	3	7	1	23	4	28	1	19	22
30	0	3	4	63	6	80	1	20	6	27	0	6	7	76	2	39	27
31	0	3	6	87	1	6	6	95	5	20	4	65	8	87	2	39	33
32	6	79	3	42	3	35	4	78	5	20	4	65	5	42	1	19	32
33	3	39	1	8	3	35	4	78	0	1	3	48	7	76	2	39	24
34	4	50	5	76	0	2	6	88	2	6	6	86	10	97	1	19	35
35	8	90	0	2	4	53	2	37	6	27	2	37	7	76	2	39	32
36	2	27	3	42	0	2	1	20	2	6	4	65	7	76	4	76	24
37	6	79	0	2	0	2	2	37	1	5	4	65	4	28	1	19	19
38	8	90	5	76	1	6	3	63	4	12	6	86	4	28	3	61	35
39	5	61	3	42	5	70	0	5	0	1	1	23	5	42	5	91	25
40	5	61	1	8	3	35	4	78	3	7	5	77	8	87	0	7	30

² МПЗ: 1. Заперечення.2. Витіснення.3. Регресія. 4. Компенсація.5. Проекція.6. Заміщення.7. Раціоналізація (інтелектуалізація).8. Реактивна освіта.

Додаток В

Первинні результати діагностики копінг-стратегій у онкологічних хворих (стандартні бали) (WCQ) Р. Лазарус

№ досл. з/п	Субшкали ³							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	35	19	45	47	50	57	71	22
2	40	32	52	55	57	28	59	47
3	30	19	49	63	46	37	61	33
4	28	22	30	47	63	37	53	42
5	44	33	46	46	39	59	55	19
6	40	27	67	69	54	46	58	30
7	33	38	49	57	60	40	62	42
8	31	56	60	53	49	51	68	37
9	24	36	58	66	52	43	53	35
10	27	22	41	59	63	16	60	52
11	40	36	36	63	60	49	62	30
12	39	19	64	44	52	37	49	37
13	42	21	45	60	48	49	58	33
14	36	21	48	66	66	54	65	55
15	29	68	55	36	55	66	43	40
16	27	33	42	53	56	33	55	41
17	38	38	52	57	68	65	48	27
18	50	38	63	56	48	61	61	45
19	46	29	49	66	57	44	45	45
20	43	50	38	40	50	37	67	39
21	65	41	57	66	54	58	61	19
22	44	26	49	63	66	73	67	42
23	40	26	70	68	57	66	68	47
24	43	19	56	56	68	52	56	36
25	50	24	60	63	48	49	65	53
26	56	45	17	49	42	62	48	20
27	69	61	36	40	51	79	42	38
28	38	58	30	28	34	71	35	22
29	65	74	54	34	46	51	45	45
30	72	74	10	34	22	71	22	20
31	81	42	24	19	52	60	49	20
32	46	71	63	44	31	62	62	22
33	69	51	21	63	40	68	35	35
34	65	64	3	28	36	75	49	13
35	68	59	15	47	28	71	62	32
36	79	62	56	63	40	58	63	19
37	50	78	38	34	31	46	27	17
38	83	73	35	43	22	62	32	26
39	53	74	51	41	60	49	43	50
40	76	60	36	25	44	73	37	47

* - хворі, що відмовилися від операції чи не одразу розпочали лікування

³ 1 – Конфронтація, 2 - Дистанціювання, 3 - Самоконтроль, 4 - Пошук соціальної підтримки, 5 - Прийняття відповідальності, 6 - Втеча-уникнення, 7 - Планування вирішення проблеми, 8 Позитивна переоцінка

Додаток В1

Первинні результати діагностики копінг-стратегій у умовно здорових осіб (стандартні бали)

№ досл. з/п	Субшкали ⁴							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1	39	19	42	41	45	23	34	55
2	50	36	27	33	49	28	46	37
3	33	36	39	44	34	28	52	40
4	57	36	45	31	52	43	38	30
5	26	45	8	44	32	57	24	43
6	46	26	34	25	51	34	46	50
7	53	38	48	43	39	29	38	43
8	40	49	39	34	22	35	45	43
9	43	65	30	47	60	52	31	35
10	26	24	33	51	37	21	51	48
11	30	24	27	32	44	36	38	53
12	38	27	42	46	37	26	51	45
13	33	19	51	63	31	25	43	52
14	33	23	39	41	22	31	28	57
15	68	58	4	22	39	41	45	38
16	35	32	53	54	53	32	60	45
17	26	21	63	39	34	44	42	38
18	34	38	42	46	19	46	61	38
19	36	25	35	40	52	41	32	45
20	50	49	45	37	41	37	65	50
21	22	41	49	60	34	29	45	33
22	30	34	42	51	40	51	38	53
23	38	27	45	41	47	49	49	45
24	44	21	36	33	31	21	65	32
25	31	24	42	46	31	32	68	43
26	40	45	39	44	12	73	34	50
27	46	31	45	28	31	46	42	63
28	26	42	21	37	19	62	58	48
29	38	41	36	28	40	46	45	32
30	22	21	42	57	37	29	35	63
31	56	25	46	63	46	44	42	35
32	36	29	39	29	25	23	55	41
33	38	32	30	31	52	51	40	47
34	34	26	42	41	63	42	46	42
35	46	39	42	41	47	64	24	37
36	30	34	48	40	34	68	51	40
37	65	32	33	39	49	34	31	45
38	38	34	51	31	36	61	52	38
39	38	38	39	37	31	32	45	27
40	34	41	27	49	32	23	38	35

⁴ 1 – Конфронтація, 2 - Дистанціювання, 3 - Самоконтроль, 4 - Пошук соціальної підтримки, 5 - Прийняття відповідальності, 6 - Втеча-уникнення, 7 - Планування вирішення проблеми, 8 Позитивна переоцінка

Додаток Д

Первинні результати діагностики копінг-стратегій (стандартні бали) (методика Амірхана)

№ досл. з/п	Онкохворі			Умовно здорові		
	«вирішення проблем»	«пошук соціальної підтримки»	«уникнення проблем»	«вирішення проблем»	«пошук соціальної підтримки»	«уникнення проблем»
1	22	24	25	17	19	12
2	32	28	16	20	27	23
3	33	30	12	18	20	20
4	29	27	17	22	25	19
5	21	23	30	26	22	13
6	28	22	22	20	21	19
7	19	31	15	24	20	22
8	23	25	19	16	23	25
9	23	28	12	18	16	17
10	33	33	14	22	18	20
11	20	21	20	24	22	23
12	31	28	18	20	14	26
13	32	33	11	26	16	21
14	29	27	19	26	19	15
15	14	24	29	17	20	27
16	32	30	13	24	24	19
17	25	29	28	22	21	20
18	22	33	20	19	22	15
19	20	21	17	29	26	19
20	31	29	15	12	30	19
21	33	33	13	20	24	15
22	17	18	26	21	19	18
23	32	26	24	28	26	19
24	29	26	19	24	18	21
25	27	30	20	18	20	16
26	18	17	26	23	18	18
27	20	25	29	17	22	30
28	17	19	27	21	24	16
29	25	23	20	20	21	20
30	16	27	33	26	24	18
31	21	21	23	20	20	23
32	26	25	33	32	33	18
33	21	25	33	19	24	14
34	19	11	24	24	19	20
35	19	24	32	23	29	20
36	28	25	32	23	16	17
37	32	30	16	27	25	12
38	24	24	29	19	16	20
39	36	28	30	25	18	15
40	26	24	20	17	20	24

*  - хворі, що відмовилися від операції чи не одразу розпочали лікування