

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г.С. КОСТЮКА НАПН УКРАЇНИ**

Кваліфікаційна наукова праця

на правах рукопису

УДК: 159.9:618.19-006-055.2(043.3)

ЧЕРНЕНКО ГАЛИНА ФЕДОРІВНА

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ,
ХВОРИМ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ**

Спеціальність 053 – Психологія

Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки

Подається на здобуття ступеня доктора філософії (PhD)

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Г.Ф. Черненко

Науковий керівник:

доктор психологічних наук,

професор Сердюк Л.З.

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Черненко Г. Ф. Особливості психокорекційної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії у галузі знань 05 – соціальні та поведінкові науки, спеціальність 053 – психологія. – Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ, 2026.

У дисертації представлено теоретичне узагальнення та нове розв’язання проблеми психокорекційної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози. Дослідження ґрунтується на положеннях психоонкологічного, біопсихосоціального, салютогенетичного, ресурсно орієнтованого підходів та методології позитивної психотерапії. Обґрунтовано розуміння раку молочної залози як складної медико-психологічної, соціальної та екзистенційної ситуації, що впливає на емоційний стан, тілесний образ, самоставлення, міжособистісні стосунки, життєві смисли, якість життя та психологічну цілісність жінки.

У роботі визначено, що психокорекційна допомога жінкам із раком молочної залози повинна поєднувати зниження психологічного дистресу, тривожних, депресивних і посттравматичних проявів із розвитком внутрішніх ресурсів особистості, самоприйняття, життєстійкості, саморегуляції, психологічного благополуччя та здатності до смислової інтеграції досвіду хвороби.

Мета дослідження полягає у виявленні психологічних чинників і закономірностей переживання раку молочної залози, а також у розробленні та перевірці ефективності комплексної психокорекційної програми допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, спрямованої на розвиток внутрішніх ресурсів психічного здоров’я, психологічного благополуччя та покращення якості життя.

Об'єкт дослідження – психологічні чинники та особливості психічного здоров'я жінок, хворих на рак молочної залози.

Предмет дослідження – зміст, структура та психологічні умови ефективності комплексної психокорекційної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, спрямованої на розвиток внутрішніх ресурсів психічного здоров'я, життєстійкості, самоприйняття, психологічного благополуччя та якості життя.

Досягненню цієї мети сприяло розв'язання комплексу завдань, у межах яких: узагальнено основні теоретико-методологічні підходи до розуміння психологічних чинників переживання раку молочної залози, внутрішньої картини хвороби, психосоматичних симптомів, психологічного дистресу та ресурсів психічного здоров'я жінок; обґрунтовано методичне забезпечення дослідження психологічних чинників, особистісних передумов, психоемоційних станів і внутрішніх ресурсів жінок із захворюваннями молочної залози; емпірично виявлено психологічні чинники, закономірності переживання захворювання та психологічні особливості жінок із доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози; розроблено та перевірено ефективність комплексної програми психотерапевтичної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, спрямованої на розвиток внутрішніх ресурсів психічного здоров'я, життєстійкості, самоприйняття та покращення якості життя.

Наукові пошуки та здобутки висвітлено у трьох розділах дисертаційної роботи.

У першому розділі *«Теоретико-методологічний аналіз психологічних чинників виникнення раку молочної залози»* здійснено аналіз сучасних підходів до розуміння психологічних аспектів переживання раку молочної залози, внутрішньої картини хвороби, психосоматичних симптомів, психологічного дистресу, якості життя, самоприйняття, життєстійкості та внутрішніх ресурсів особистості. Показано, що онкологічне захворювання

порушує звичний спосіб життя жінки, змінює її ставлення до тіла, майбутнього, власної жіночності, соціальних ролей і міжособистісних стосунків. Окрему увагу приділено тому, що психологічні чинники розглядаються не як прямі етіологічні причини виникнення раку молочної залози, а аналізуються як чинники переживання хвороби, психологічної вразливості, адаптації та збереження психічного здоров'я.

У другому розділі *«Емпіричне дослідження психологічних чинників, особистісних ресурсів та закономірностей переживання захворювань молочної залози у жінок»* обґрунтовано дизайн емпіричного дослідження, визначено його етапи, описано вибірку, методичний апарат і процедуру статистичної обробки результатів. У дослідженні взяли участь 365 жінок віком від 16 до 74 років. До вибірки увійшли 77 жінок із діагностованим раком молочної залози, 89 жінок із доброякісними новоутвореннями молочної залози, 45 здорових жінок, які мали родичок першого ступеня спорідненості з раком молочної залози, та 154 практично здорові жінки без діагнозу і сімейного анамнезу раку молочної залози.

Для вивчення психологічних особливостей досліджуваних застосовано комплекс психодіагностичних методик: Вісбаденський опитувальник позитивної психотерапії та сімейної терапії, опитувальник резильєнтності Ніколсона МакБрайда, шкалу психологічної стійкості Connor-Davidson, опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу, Гіссенський опитувальник соматичних скарг, шкалу психологічного благополуччя К. Ріфф, короткий п'ятифакторний опитувальник особистості, Госпітальну шкалу тривоги і депресії та авторський соціально-демографічний і клініко-психологічний опитувальник.

За результатами емпіричного дослідження встановлено, що жінки з діагнозом раку молочної залози характеризуються більш вираженим психоемоційним напруженням, підвищеним рівнем тривожності, депресивних проявів і посттравматичної напруги. Виявлено зниження

окремих компонентів психологічного благополуччя, насамперед показника цілей у житті. Порівняльний аналіз засвідчив, що у жінок із раком молочної залози та жінок із доброякісними новоутвореннями простежується низка спільних психологічних характеристик, зокрема підвищена добросовісність, відповідальність, орієнтація на контроль, порядок, пунктуальність, старанність, обов'язковість і схильність до надмірної адаптації до зовнішніх очікувань. Визначено ресурси, які підтримують адаптацію до хвороби: самоприйняття, життєстійкість, резильєнтність, соціальна підтримка, автономія, здатність до саморегуляції, позитивні взаємини з іншими, надія, віра у майбутнє та смислова інтеграція досвіду хвороби.

У третьому розділі *«Комплексна програма психотерапевтичної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, на різних етапах лікування»* здійснено перехід від теоретико-емпіричного аналізу психологічних чинників переживання хвороби до побудови та апробації практико-орієнтованої психокорекційної програми. Програма побудована на засадах ресурсно орієнтованого та салютогенетичного підходів, позитивної психотерапії, психоедукаційної, стабілізаційної, копінгової та рефлексивно-смислової роботи. Метою програми є розвиток внутрішніх ресурсів психічного здоров'я, життєстійкості, самоприйняття та якості життя жінок шляхом посилення здатності сприймати досвід хвороби як більш зрозумілий, керований та осмислений.

Центральним змістом розділу є опис комплексної психокорекційної програми, реалізованої у груповому форматі. Програма складається з 8 занять тривалістю 150 хвилин кожне та має триблокову структуру: психоедукаційно-нормалізувальний, стабілізаційно-копінговий і рефлексивно-інтегративний блоки. Ефективність програми підтверджено через порівняння показників до та після її реалізації. На етапі апробації було залучено 36 жінок, з яких сформовано три групи по 12 осіб: першу становили учасниці з підтвердженим діагнозом раку молочної залози та дві

групи – жінки групи ризику. За результатами повторної діагностики встановлено позитивну динаміку показників психологічного благополуччя, а також гармонізацію особистісної структури за показниками Вісбаденського опитувальника позитивної психотерапії.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше психокорекційну допомогу жінкам, хворим на рак молочної залози, концептуалізовано як цілісний психологічний феномен, пов'язаний з актуалізацією та розвитком внутрішніх ресурсів особистості, життєстійкості, самоприйняття, психологічного благополуччя та салютогенетичної спрямованості; виявлено психологічні особливості переживання раку молочної залози, зокрема взаємозв'язки між психоемоційним станом, психологічним благополуччям, життєстійкістю, особистісними характеристиками, внутрішніми конфліктами та самоставленням жінок; обґрунтовано й розроблено комплексну програму психокорекційної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, побудовану на засадах ресурсно-орієнтованого та салютогенетичного підходів; уточнено наукові уявлення про психологічні чинники й закономірності розвитку салютогенетичної спрямованості у жінок із доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози; поглиблено розуміння ролі внутрішніх ресурсів особистості у збереженні психічного здоров'я, підтримці самоприйняття, підвищенні життєстійкості та якості життя жінок в умовах важкого соматичного захворювання; дістали подальшого розвитку положення щодо психологічних умов, засобів і напрямів підвищення ефективності психокорекційної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози.

Теоретичне значення дослідження полягає в тому, що воно пропонує цілісну інтерпретацію психокорекційної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, як системно організованого процесу розвитку внутрішніх ресурсів особистості, що забезпечують збереження психічного здоров'я,

підтримку психологічної цілісності, адаптацію до досвіду хвороби та покращення якості життя. Теоретично обґрунтовано ресурсно-орієнтовану та салютогенетичну логіку психокорекційної роботи, у межах якої психотерапевтична допомога розглядається не лише як засіб подолання психоемоційного напруження й адаптації до хвороби, а як умова особистісного відновлення, гармонізації внутрішньої структури, розвитку життєстійкості, самоприйняття та зміцнення психологічних ресурсів, необхідних для збереження якості життя жінок в умовах онкологічного захворювання.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що встановлені психологічні чинники та особливості переживання раку молочної залози можуть бути використані для вдосконалення психологічного супроводу жінок із цим діагнозом на різних етапах лікування та відновлення. Обґрунтований у дослідженні психодіагностичний інструментарій дає змогу комплексно вивчати психоемоційні стани, особистісні характеристики, психологічне благополуччя, життєстійкість, самоприйняття та внутрішні ресурси жінок із доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози. Розроблена й апробована комплексна психокорекційна програма може бути впроваджена у практику медичних психологів, психотерапевтів, клінічних психологів, психоонкологів, а також у діяльність психологічних служб закладів охорони здоров'я та програм психологічного супроводу онкопацієнтів

Ключові слова: *хронічна хвороба, внутрішні ресурси, якість життя, толерантність до невизначеності, психологічна стійкість, управління захворюванням та осморегуляція, вираження емоцій, протидія стресу, копінг-стратегії, психологічні механізми захисту, психологічні технології, психоедукація, психотерапія, психологічне консультування, структура тренінгової програми, тренінгові сесії.*

ABSTRACT

Chernenko H. F. *Features of Psychocorrective Support for Women Diagnosed with Breast Cancer. – Qualifying scientific work as a manuscript.*

Dissertation submitted for the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 05 – Social and Behavioral Sciences, specialty 053 – Psychology. – H.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine, Kyiv, 2026.

The dissertation presents a theoretical generalization and a new solution to the problem of psychocorrective support for women diagnosed with breast cancer. The study is based on the principles of psycho-oncological, biopsychosocial, salutogenic, resource-oriented approaches, and the methodology of Positive Psychotherapy. Breast cancer is conceptualized as a complex medical-psychological, social, and existential situation that affects a woman's emotional state, body image, self-attitude, interpersonal relationships, life meanings, quality of life, and psychological integrity.

The study establishes that psychocorrectional assistance for women with breast cancer should combine the reduction of psychological distress, anxiety, depressive, and post-traumatic manifestations with the development of internal personal resources, self-acceptance, hardiness, self-regulation, psychological well-being, and the capacity for meaningful integration of the illness experience.

The aim of the study is to identify the psychological factors and patterns of experiencing breast cancer, as well as to develop and test the effectiveness of a comprehensive psychocorrectional support program for women diagnosed with breast cancer, aimed at developing internal mental health resources, psychological well-being, and improving quality of life.

The object of the study is the psychological factors and characteristics of the mental health of women diagnosed with breast cancer.

The subject of the study is the content, structure, and psychological conditions for the effectiveness of comprehensive psychocorrectional assistance for women diagnosed with breast cancer, aimed at developing internal mental health resources, hardiness, self-acceptance, psychological well-being, and quality of life.

The achievement of this aim was ensured through the completion of a set of research tasks, within which the main theoretical and methodological approaches to understanding the psychological factors of experiencing breast cancer, the internal picture of the disease, psychosomatic symptoms, psychological distress, and women's mental health resources were summarized; the methodological framework for studying psychological factors, personality prerequisites, psycho-emotional states, and internal resources of women with breast diseases was substantiated; psychological factors, patterns of illness experience, and psychological characteristics of women with benign and malignant breast diseases were empirically identified; and the effectiveness of a comprehensive psychotherapeutic support program for women diagnosed with breast cancer, aimed at developing internal mental health resources, hardiness, self-acceptance, and improving quality of life, was developed and tested.

The scientific research and findings are presented in three chapters of the dissertation.

The first chapter, "Theoretical and Methodological Analysis of Psychological Factors in the Development of Breast Cancer," analyzes contemporary approaches to understanding the psychological aspects of experiencing breast cancer, the internal picture of the disease, psychosomatic symptoms, psychological distress, quality of life, self-acceptance, hardiness, and internal personal resources. It is shown that oncological disease disrupts a woman's usual way of life and changes her attitude toward her body, future, femininity, social roles, and interpersonal relationships. Special attention is paid to the fact that psychological factors are not considered direct etiological causes of

breast cancer, but are analyzed as factors of illness experience, psychological vulnerability, adaptation, and preservation of mental health.

The second chapter, “Empirical Study of Psychological Factors, Personal Resources, and Patterns of Experiencing Breast Diseases in Women,” substantiates the design of the empirical study, defines its stages, and describes the sample, methodological tools, and procedure for statistical processing of the results. The study involved 365 women aged from 16 to 74 years. The sample included 77 women diagnosed with breast cancer, 89 women with benign breast neoplasms, 45 healthy women who had first-degree female relatives with breast cancer, and 154 practically healthy women without a diagnosis or family history of breast cancer. A set of psychodiagnostic methods was used to study the psychological characteristics of the respondents: the Wiesbaden Inventory of Positive Psychotherapy and Family Therapy, the Nicholson McBride Resilience Questionnaire, the Connor-Davidson Resilience Scale, a questionnaire for screening post-traumatic stress disorder, the Giessen Subjective Complaints List, C. Ryff’s Psychological Well-Being Scale, a short Big Five personality questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and an author-developed socio-demographic and clinical-psychological questionnaire. The results of the empirical study revealed that women diagnosed with breast cancer are characterized by more pronounced psycho-emotional tension, increased levels of anxiety, depressive manifestations, and post-traumatic stress. A decrease in certain components of psychological well-being was identified, primarily in the indicator of purpose in life. Comparative analysis showed that women with breast cancer and women with benign neoplasms share a number of common psychological characteristics, including increased conscientiousness, responsibility, orientation toward control, order, punctuality, diligence, obligation, and a tendency toward excessive adaptation to external expectations. The resources that support adaptation to illness were identified as self-acceptance, hardiness, resilience, social

support, autonomy, capacity for self-regulation, positive relationships with others, hope, belief in the future, and meaningful integration of the illness experience.

The third chapter, “A Comprehensive Program of Psychotherapeutic Assistance for Women Diagnosed with Breast Cancer at Different Stages of Treatment,” presents the transition from theoretical and empirical analysis of the psychological factors of illness experience to the development and approbation of a practice-oriented psychocorrectional program. The program is based on resource-oriented and salutogenic approaches, Positive Psychotherapy, and psychoeducational, stabilization, coping, and reflective-meaning-oriented work. The aim of the program is to develop women’s internal mental health resources, hardiness, self-acceptance, and quality of life by strengthening their capacity to perceive the illness experience as more comprehensible, manageable, and meaningful. The central content of the chapter is the description of a comprehensive psychocorrectional program implemented in a group format. The program consists of 8 sessions, each lasting 150 minutes, and has a three-block structure: a psychoeducational-normalizing block, a stabilization-coping block, and a reflective-integrative block. The effectiveness of the program was confirmed by comparing indicators before and after its implementation. At the approbation stage, 36 women were involved and divided into three groups of 12 participants each. The results of repeated diagnostics showed positive dynamics in psychological well-being indicators, as well as harmonization of personality structure according to the indicators of the Wiesbaden Inventory of Positive Psychotherapy.

The scientific novelty of the obtained results lies in the fact that, for the first time, psychocorrectional assistance for women diagnosed with breast cancer has been conceptualized as a holistic psychological phenomenon associated with the actualization and development of internal personal resources, hardiness, self-acceptance, psychological well-being, and salutogenic orientation; psychological characteristics of experiencing breast cancer have been identified, particularly the relationships between psycho-emotional state, psychological well-being, hardiness,

personality characteristics, internal conflicts, and women's self-attitude; a comprehensive program of psychocorrectional assistance for women diagnosed with breast cancer, based on resource-oriented and salutogenic approaches, has been substantiated and developed; scientific understanding of the psychological factors and patterns of development of salutogenic orientation in women with benign and malignant breast diseases has been clarified; understanding of the role of internal personal resources in preserving mental health, supporting self-acceptance, enhancing hardiness, and improving the quality of life of women facing severe somatic illness has been deepened; and theoretical provisions concerning the psychological conditions, means, and directions for increasing the effectiveness of psychocorrectional assistance for women diagnosed with breast cancer have been further developed.

The theoretical significance of the study lies in the fact that it offers a holistic interpretation of psychocorrectional assistance for women diagnosed with breast cancer as a systematically organized process of developing internal personal resources that ensure the preservation of mental health, support psychological integrity, facilitate adaptation to the illness experience, and improve quality of life. The resource-oriented and salutogenic logic of psychocorrectional work is theoretically substantiated, within which psychotherapeutic assistance is considered not only as a means of overcoming psycho-emotional tension and adapting to illness, but also as a condition for personal recovery, harmonization of internal structure, development of hardiness, self-acceptance, and strengthening of psychological resources necessary for maintaining women's quality of life in the context of oncological disease.

The practical significance of the research results lies in the fact that the identified psychological factors and characteristics of experiencing breast cancer can be used to improve psychological support for women with this diagnosis at different stages of treatment and recovery. The psychodiagnostic tools substantiated in the study make it possible to comprehensively examine psycho-

emotional states, personality characteristics, psychological well-being, hardiness, self-acceptance, and internal resources of women with benign and malignant breast diseases. The developed and approbated comprehensive psychocorrectional program can be implemented in the practice of medical psychologists, psychotherapists, clinical psychologists, psycho-oncologists, as well as in the activities of psychological services of healthcare institutions and psychological support programs for cancer patients.

Keywords: *chronic disease, internal resources, quality of life, tolerance to uncertainty, psychological resilience, disease management and osmoregulation, expression of emotions, stress counteraction, coping strategies, psychological defense mechanisms, psychological technologies, psychoeducation, psychotherapy, psychological counseling, training program structure, training sessions.*

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Статті у наукових вітчизняних періодичних виданнях, затверджених МОН України, що входять до міжнародних наукометричних баз даних:

1. Черненко Г. Ф. Теоретико-методологічні засади розробки комплексної програми психотерапевтичної допомоги жінкам із раком молочної залози. *Habitus*. 2025. № 77, т. 2. С. 253-258. DOI: <https://doi.org/10.32782/hbts.77.2.46>
2. Сердюк Л. З., Черненко Г. Ф. Емоційні та особистісні зміни у хворих на рак молочної залози: сучасний погляд. Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. 2025. Т. 36 (75), № 5. С. 174–178. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.5.27>
3. Сердюк Л., Черненко Г. Самоприйняття як внутрішній ресурс стійкості в умовах життєвої кризи. *Психологічний часопис*. 2026. Т. 12, № 1. С. 84–91. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2026.12.1.6>

4. Сердюк Л. З., Черненко Г. Ф., Собченко С. О. Психологічні чинники вразливості до захворювань молочної залози у жінок. Психологічний часопис. 2026. Т. 12, № 2. С. 7–15. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2026.12.2.1>.
5. Черненко Г. Ф. Роль психотерапії у лікуванні хворих на рак молочної залози. Перспективи та інновації. 2025. № 4(50). С. 1842–1854. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4\(50\)-1842-1854](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-1842-1854)

Публікації в інших виданнях та збірниках матеріалів наукових конференцій

6. Черненко Г. Ф. Психологічні аспекти реабілітації жінок, хворих на рак молочної залози. Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження (PPMSRPR) : матеріали XXVII Міжнародної конференції молодих науковців (Київ, 24–25 квітня 2025 р.). Київ, 2025. С. 339–340. DOI: <https://doi.org/10.59647/978-617-8633-38-7/1>
7. Черненко Г. Ф. Основні напрями психотерапії у лікуванні онкохворих жінок. Всеукраїнська наукова конференція «Костюківські читання», присвячена 125-річчю від дня народження Григорія Силовича Костюка : збірник матеріалів наукових доповідей (Київ, 23 квітня 2025 р.). Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. С. 431–440. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/745324/>
8. Черненко Г. Ф. Самоприйняття як внутрішній ресурс психічного здоров'я жінок, хворих на рак молочної залози. Modern Science and Education : proceedings of the International Scientific and Practical Conference (Paris, France, April 10–12, 2026). Paris, France, 2026. С. 140–144. DOI: <https://doi.org/10.64828/conf-113-2026-5>

ЗМІСТ

ВСТУП.....	17
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВИНИКНЕННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....	26
1.1. Внутрішня картина хвороби у жінок «групи ризику» та з підтвердженням діагнозом раку молочної залози.....	26
1.2. Психосоматичні симптоми як вияв конфліктного змісту переживання пацієнтів.....	36
1.3. Психологічні чинники вразливості та адаптації жінок у контексті онкопатології.....	48
Висновки до І розділу.....	56
РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ, ОСОБИСТІСНИХ РЕСУРСІВ ТА ЗАКОНОМІРНОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК.....	60
2.1. Психологічна характеристика вибірки досліджуваних.....	60
2.2. Методичний апарат дослідження.....	67
2.3. Емпіричне дослідження особистісної схильності та внутрішніх чинників виникнення захворювань молочної залози: порівняльний аналіз.....	77
2.3.1 Порівняльний аналіз психоемоційного стану жінок залежно від стану їх здоров'я.....	77
2.3.2 Порівняльний аналіз стійких особистісних рис жінок залежно від стану їх здоров'я.....	85
2.4. Психологічні чинники, предиктори та закономірності виникнення захворювання у жінок з доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози.....	106

2.5. Самоприйняття як внутрішній ресурс стійкості у жінок з доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози	112
Висновки до II розділу.....	121
РОЗДІЛ III. КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ, ХВОРИМ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ.....	126
3.1. Психотерапевтичні основи розвитку салютогенетичної спрямованості як передумови зміцнення психічного здоров'я і життєстійкості онкопацієнтів.....	127
3.2. Зміст і структура комплексної психотерапевтичної програми допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, на різних етапах.....	132
3.3. Результати впровадження та перевірка ефективності психотерапевтичної програми.....	144
Висновки до III розділу.....	150
ВИСНОВКИ.....	154
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	159
ДОДАТКИ.....	178

ВСТУП

Актуальність дослідження. Онкологічні захворювання належать до найгостріших медико-соціальних проблем сучасності. Особливе місце серед них посідає рак молочної залози як одне з найпоширеніших онкологічних захворювань у жінок, що має виразні медичні, психологічні, соціальні та екзистенційні наслідки. Діагностування захворювання, проходження оперативного втручання, хіміотерапії, променевої терапії та тривалої реабілітації супроводжуються значним психоемоційним навантаженням, порушенням звичного способу життя, переживанням невизначеності, страху прогресування чи рецидиву, зниженням якості життя, змінами образу тіла, самотавлення та життєвих перспектив. Онкологічне захворювання доцільно розглядати не лише як соматичний розлад, а і як подію, що суттєво змінює психологічне функціонування особистості (Holland & Lewis, 2000; Holland et al., 2015). Для значної частини жінок рак молочної залози постає не лише як соматичне захворювання, а як глибока особистісна криза, що впливає на емоційну, когнітивну, поведінкову, ціннісно-смислову та міжособистісну сфери. Психологічні реакції на діагноз і лікування часто включають тривогу, депресивні прояви, страх рецидиву, емоційне виснаження та труднощі адаптації, що підтверджується як класичними, так і сучасними психоонкологічними дослідженнями (Greer & Moorey, 1987; Greer et al., 1992; Andersen et al., 2005; Romito et al., 2020). У зв'язку з цим рак молочної залози потребує розгляду не лише в межах медичної проблематики, а і як складна психологічна ситуація, що вимагає спеціально організованої допомоги.

У сучасній психоонкології утверджується положення про те, що ефективна допомога жінкам, хворим на рак молочної залози, не може обмежуватися виключно медичним лікуванням. Вона має бути спрямована на зниження психологічного дистресу, підтримку адаптації до хвороби, відновлення внутрішньої рівноваги, розвиток життєстійкості, актуалізацію внутрішніх ресурсів особистості, підтримку самоприйняття та покращення

якості життя (Holland & Lewis, 2000; Maya, 2021; Safar & Mazanec, 2023). У цьому контексті особливого значення набуває салютогенетичний підхід, який акцентує увагу не лише на чинниках порушення, а й на ресурсах збереження психічного здоров'я, психологічного благополуччя та адаптаційних можливостей особистості (Antonovsky, 1979, 1984, 1993, 1996).

Стан наукової розробленості проблеми свідчить про значний інтерес до психологічних аспектів онкологічного захворювання. У вітчизняній і зарубіжній науці досліджувалися проблеми психологічного дистресу, якості життя, тривожних і депресивних станів, посттравматичних проявів, адаптації до хвороби, ролі соціальної підтримки та психологічного супроводу онкопацієнтів (Holland & Lewis, 2000; Holland et al., 2015; Idman, 2011; Kinsinger, McGregor, Bowen, 2009). Психологічне благополуччя як важливий ресурс адаптації особистості висвітлено у працях (Ryff & Keyes, 1995), тоді як зв'язок внутрішніх ресурсів, автономії та самодетермінації з позитивним функціонуванням особистості обґрунтовано у дослідженнях (Deci & Ryan, 2000). Для даного дослідження принципове значення мають також положення позитивної психотерапії, у межах якої розвиток внутрішніх ресурсів особистості, баланс актуальних здібностей і психотерапевтичне опрацювання конфлікту розглядаються як підґрунтя психологічного відновлення й особистісного зростання (Peseschkian, 1987; Peseschkian & Deidenbach, 1988; Peseschkian, 2016). Водночас недостатньо системно розробленими залишаються питання внутрішніх психологічних чинників переживання раку молочної залози, особливостей внутрішньої картини хвороби, ролі самоприйняття, життєстійкості, психологічного благополуччя та побудови цілісної психокорекційної програми, орієнтованої на різні етапи лікування. Це зумовило вибір теми дисертаційного дослідження: **«Особливості психокорекційної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози».**

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконувалося в лабораторії психології особистості імені П.Р. Чамати Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України у межах планових наукових досліджень «Психологічні технології сприяння позитивному психічному здоров'ю особистості» (2022-2024 рр.; номер держреєстрації – 0122U000305) та «Розвиток особистісних ресурсів психічного здоров'я молоді у складних життєвих обставинах» (2025-2027 рр.; номер держреєстрації – 0125U000294).

Тему дисертаційного дослідження «Особливості психокорекційної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози» затверджено на вченій раді Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України за спеціальністю 053 – Психологія, галузь знань 05 – Соціальні та поведінкові науки (протокол № 8 від 27.06.2023 р.).

Об'єкт дослідження – психологічні чинники та особливості психічного здоров'я жінок, хворих на рак молочної залози.

Предмет дослідження – зміст, структура та психологічні умови ефективності комплексної психокорекційної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, спрямованої на розвиток внутрішніх ресурсів психічного здоров'я, життєстійкості, самоприйняття, психологічного благополуччя та якості життя.

Мета дослідження полягає у виявленні психологічних чинників і закономірностей переживання раку молочної залози, а також у розробленні та перевірці ефективності комплексної психокорекційної програми допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, спрямованої на розвиток внутрішніх ресурсів психічного здоров'я, психологічного благополуччя та покращення якості життя.

Завдання дослідження:

1. Узагальнити основні теоретико-методологічні підходи до розуміння психологічних чинників переживання раку молочної залози, внутрішньої

картини хвороби, психосоматичних симптомів, психологічного дистресу та ресурсів психічного здоров'я жінок.

2. Обґрунтувати методичне забезпечення дослідження психологічних чинників, особистісних передумов, психоемоційних станів і внутрішніх ресурсів жінок із захворюваннями молочної залози.

3. Емпірично виявити психологічні чинники, закономірності переживання захворювання та психологічні особливості жінок із доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози.

4. Розробити та перевірити ефективність комплексної програми психотерапевтичної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, спрямовану на розвиток внутрішніх ресурсів психічного здоров'я, життєстійкості, самоприйняття та покращення якості життя.

Теоретико-методологічна основа дослідження:

1. Положення психоонкологічного підходу до розуміння психологічних аспектів онкологічного захворювання, психологічного дистресу, адаптації до хвороби, якості життя та психосоціальної підтримки онкопацієнтів (Holland et al. , 2015; Holland & Lewis, 2000; Andersen et al., 2005; Idman, 2011).

2. Положення салютогенетичного підходу до збереження психічного здоров'я особистості, розвитку внутрішніх ресурсів, життєстійкості та адаптаційних можливостей людини в умовах стресу і хвороби (Antonovsky, 1979, 1984, 1993, 1996; Ryff & Keyes, 1995; Deci & Ryan, 2000; Сердюк та ін., 2022).

3. Положення позитивної психотерапії щодо розвитку внутрішніх ресурсів особистості, гармонізації актуальних здібностей, розуміння внутрішнього конфлікту та можливостей психотерапевтичної допомоги в ситуації хвороби (Peseschkian, 1987; Peseschkian & Deidenbach, 1988; Peseschkian, 2016; Сердюк, 2025; Serdiuk & Otenko, 2021; Сердюк, 2022).

4. Підходи до вивчення психологічного благополуччя, самоприйняття, самодетермінації, смисложиттєвих орієнтацій, стресу і копіngu, життєстійкості та посттравматичного зростання особистості (Ryff & Keyes, 1995; Deci & Ryan, 2000; Frankl, 2020; Rogers, 1980; Lazarus & Folkman, 1984; Maddi, 2005; Tedeschi & Calhoun, 1996).

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети та розв'язання завдань дослідження використано комплекс методів: *теоретичні* – аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукової літератури, порівняння та інтерпретація теоретичних і емпіричних даних; *емпіричні* – психодіагностичні методи: Вісбаденський опитувальник позитивної психотерапії та сімейної терапії (WIPPF), опитувальник резильєнтності Ніколсона МакБрайда (NMRQ), шкала психологічної стійкості Connor-Davidson (CD-RISC-10), опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу, Гіссенський опитувальник соматичних скарг (GBB-24), шкала психологічного благополуччя К. Ріфф, короткий п'ятифакторний опитувальник особистості (BFI-10), Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), авторський опитувальник; *методи обробки та інтерпретації емпіричних даних* – описова статистика, критерії перевірки нормальності розподілу, непараметричні методи порівняння вибірок, кореляційний, факторний та інші методи математичної статистики. В основу психокорекційної роботи покладено метод позитивної психотерапії.

Емпірична база дослідження. Емпіричне дослідження було проведено на вибірці 365 жінок віком від 16 до 74 років, середній вік досліджуваних становив 42 роки. До вибірки увійшли жінки з різним онкологічним статусом: 77 жінок із діагностованим раком молочної залози, 89 жінок із доброякісними новоутвореннями молочної залози, 45 здорових жінок, які мали родичок першого ступеня спорідненості з раком молочної залози, та 154 практично здорові жінки без діагнозу і сімейного анамнезу РМЗ, які склали контрольну групу. Дослідження було організоване з урахуванням етичних принципів

психологічного дослідження: добровільності участі, поінформованої згоди, конфіденційності, анонімності та узагальненого представлення отриманих результатів. На етапі апробації психокорекційної програми було залучено 36 жінок, з яких сформовано три групи по 12 осіб: першу становили учасниці з підтвердженим діагнозом раку молочної залози та дві групи – жінки групи ризику.

Надійність і достовірність результатів дослідження забезпечувалися ґрунтовним теоретичним аналізом проблеми, методологічною обґрунтованістю вихідних положень дослідження, відповідністю застосованих методів меті й завданням роботи, використанням комплексу валідних психодіагностичних методик, поєднанням якісного і кількісного аналізу емпіричних даних, коректним застосуванням методів математичної статистики, а також дотриманням етичних принципів проведення дослідження.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

уперше психокорекційну допомогу жінкам, хворим на рак молочної залози, концептуалізовано як цілісний психологічний феномен, пов'язаний з актуалізацією та розвитком внутрішніх ресурсів особистості, життєстійкості, самоприйняття, психологічного благополуччя та салютогенетичної спрямованості;

виявлено психологічні особливості переживання раку молочної залози, зокрема взаємозв'язки між психоемоційним станом, психологічним благополуччям, життєстійкістю, особистісними характеристиками, внутрішніми конфліктами та самоставленням жінок;

обґрунтовано й розроблено комплексну програму психокорекційної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, побудовану на засадах ресурсно-орієнтованого та салютогенетичного підходів;

уточнено наукові уявлення про психологічні чинники й закономірності розвитку салютогенетичної спрямованості у жінок із доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози;

поглиблено розуміння ролі внутрішніх ресурсів особистості у збереженні психічного здоров'я, підтримці самоприйняття, підвищенні життєстійкості та якості життя жінок в умовах важкого соматичного захворювання;

дістали подальшого розвитку положення щодо психологічних умов, засобів і напрямів підвищення ефективності психокорекційної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози.

Теоретичне значення дослідження полягає в тому, що воно пропонує цілісну інтерпретацію психокорекційної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, як системно організованого процесу розвитку внутрішніх ресурсів особистості, що забезпечують збереження психічного здоров'я, підтримку психологічної цілісності, адаптацію до досвіду хвороби та покращення якості життя. Теоретично обґрунтовано ресурсно-орієнтовану та салютогенетичну логіку психокорекційної роботи, у межах якої психотерапевтична допомога розглядається не лише як засіб подолання психоемоційного напруження й адаптації до хвороби, а як умова особистісного відновлення, гармонізації внутрішньої структури, розвитку життєстійкості, самоприйняття та зміцнення психологічних ресурсів, необхідних для збереження якості життя жінок в умовах онкологічного захворювання.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що встановлені психологічні чинники та особливості переживання раку молочної залози можуть бути використані для вдосконалення психологічного супроводу жінок із цим діагнозом на різних етапах лікування та відновлення. Обґрунтований у дослідженні психодіагностичний інструментарій дає змогу комплексно вивчати психоемоційні стани, особистісні характеристики, психологічне благополуччя, життєстійкість, самоприйняття та внутрішні ресурси жінок із доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної

залози. Розроблена й апробована комплексна психокорекційна програма може бути впроваджена у практику медичних психологів, психотерапевтів, клінічних психологів, психоонкологів, а також у діяльність психологічних служб закладів охорони здоров'я та програм психологічного супроводу онкопациєнтів.

Матеріали дисертації можуть бути використані під час розроблення та викладання навчальних курсів із медичної психології, психоонкології, психотерапії, психологічного консультування, кризової психології та соціально-психологічного тренінгу.

Апробація та впровадження результатів дослідження. Основні положення дисертаційного дослідження обговорювались на засіданнях лабораторії психології особистості імені П. Р. Чамати Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України упродовж навчання в аспірантурі (2022–2026 рр.), а результати дослідження доповідались на міжнародних і всеукраїнських науково-практичних заходах: Всеукраїнській науковій конференції «Костюківські читання», присвяченій 125-річчю від дня народження Г. С. Костюка (23 квітня 2025 р., Київ); XXVII Міжнародній конференції молодих науковців «Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження (PPMSRPR)» (24–25 квітня 2025 р., Київ); International Scientific and Practical Conference «Modern Science and Education» (April 10–12, 2026, Paris, France). Результати дослідження впроваджено в практику діяльності Комунального некомерційного підприємства «Київський міський клінічний онкологічний центр» (довідка про впровадження № 7 від 07.01.2026 р.)

Публікації. Основні результати дисертаційного дослідження відображено у 8 наукових працях, з яких: 5 статей у наукових фахових виданнях із психології, затверджених МОН України, що входять до міжнародних наукометричних баз даних; 3 публікації апробаційного характеру у збірниках матеріалів наукових конференцій.

Особистий внесок здобувача. Дисертацію виконано самостійно. Усі теоретичні положення, організацію та проведення емпіричного дослідження, обробку, аналіз та інтерпретацію результатів, формулювання висновків і практичних рекомендацій здійснено автором особисто. У співавторстві опубліковано 3 наукові праці, особистий внесок здобувача в яких полягає в участі в постановці проблеми, теоретичному аналізі, організації та проведенні емпіричного дослідження, узагальненні результатів, формулюванні висновків і підготовці матеріалів до друку.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Список використаних джерел містить 151 найменування, з них 116 – іноземною мовою.

Робота містить 22 таблиці, 5 рисунків та 6 додатків. Основний зміст дисертації викладено на 158 сторінках, загальний обсяг роботи – 208 сторінок.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВИНИКНЕННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

У першому розділі подано результати теоретико-методологічного аналізу психологічних чинників переживання раку молочної залози жінками, зокрема внутрішньої картини хвороби, психосоматичних симптомів, особистісних чинників вразливості та ресурсів психологічної адаптації. Розглянуто основні наукові підходи до розуміння онкологічного захворювання як складної медико-психологічної та життєвої ситуації, що впливає на емоційний стан, тілесний образ, самоствавлення, міжособистісні стосунки, якість життя та життєву перспективу жінки. Окрему увагу приділено внутрішнім ресурсам особистості, зокрема самоприйняттю, життєстійкості, психологічному благополуччю, здатності до саморегуляції та смислової інтеграції досвіду хвороби, які розглядаються як важливі чинники збереження психічного здоров'я та адаптації в умовах онкологічного захворювання.

1.1. Внутрішня картина хвороби у жінок «групи ризику» та з підтвердженням діагнозом раку молочної залози.

Онкологічне захворювання є не лише медичним діагнозом, а й потужним психологічним стресором, що змінює внутрішню рівновагу жінки, порушує звичний ритм життя та ставить під сумнів відчуття безпеки. Те, як жінка сприймає ризик захворювання або вже підтверджений діагноз, формує її внутрішню картину хвороби як комплекс думок, уявлень, емоційних реакцій і тілесних переживань. Саме цей внутрішній образ значною мірою визначає рівень психологічного благополуччя, впливає на інтенсивність тривоги, ступінь мобілізації ресурсів, очікування від лікування та адаптацію

до нової життєвої ситуації. У зв'язку з цим дослідження внутрішньої картини хвороби є важливим для розуміння психологічних потреб жінок як «групи ризику», так і тих, у яких уже діагностовано рак молочної залози.

Проблематика внутрішньої картини хвороби не обмежується дослідженнями минулого століття, а зберігає актуальність і в сучасному науковому дискурсі. Цей феномен має виразно суб'єктивний характер і вирізняється значною складністю для емпіричного вивчення та теоретичного осмислення, що зумовлює наявність різних підходів до його трактування. Варіативність інтерпретацій пов'язана як із відмінностями у наукових позиціях дослідників, так і з ускладненням самої структури захворювань у сучасному світі.

У медико-психологічному підході внутрішню картину хвороби розглядають як відображення індивідуального способу переживання людиною власного захворювання, що виявляється у різних типах психологічного реагування від гармонійного й адаптивного до дезадаптивних форм, зокрема іпохондричної, істеричної, апатичної чи анозогнозичної. Переживання хвороби змінюється відповідно до етапів її перебігу: від первинної невизначеності й тривоги через фазу активної адаптації до можливих станів психічної декомпенсації або пасивної капітуляції. Такі реакції суттєво впливають на мотивацію до лікування, характер взаємодії з медичним персоналом і суб'єктивну якість життя пацієнтки, що зумовлює важливість внутрішньої картини хвороби як об'єкта психологічної діагностики та корекції (Вітенко, 2007).

У сучасній українській психології внутрішню картину хвороби визначають як суб'єктивне переживання людиною власного патологічного стану, що охоплює уявлення про хворобу, емоційні реакції та ставлення до змін у житті, спричинених захворюванням. Водночас вона виконує не лише адаптивну, а й захисну функцію. Однак за наявності невротичних тенденцій, внутрішніх конфліктів або депресивних реакцій вона може набувати

дезадаптивного характеру, посилювати внутрішнє напруження та негативно впливати на суб'єктивну якість життя (Терлецька, 2021).

Внутрішню картину хвороби доцільно розглядати не ізольовано, а в ширшому контексті суб'єктивного ставлення особистості до власного здоров'я та захворювання. У цьому зв'язку важливим є підхід, відповідно до якого внутрішня картина здоров'я і внутрішня картина хвороби постають як взаємопов'язані психологічні утворення. Внутрішня картина здоров'я охоплює сукупність уявлень людини про власний стан, емоційні переживання щодо нього та поведінкові реакції, спрямовані на збереження або відновлення здоров'я. Натомість внутрішня картина хвороби є частиною цієї ширшої системи, яка актуалізується в умовах соматичного неблагополуччя і відображає те, як особистість усвідомлює, переживає та інтерпретує факт захворювання (Лісова, 2002).

Такий підхід дає змогу точніше окреслити співвідношення між внутрішньою картиною хвороби та ставленням до хвороби. Якщо перша формує суб'єктивний образ захворювання, то друге відображає особистісний спосіб реагування на нього. Йдеться не лише про те, що жінка знає або думає про ризик чи діагноз, а й про те, як вона емоційно переживає цю ситуацію, яких смислів їй надає та яку поведінкову позицію займає щодо лікування, контролю стану, пошуку допомоги чи уникання інформації. Саме тому внутрішню картину хвороби доцільно трактувати як багаторівневу систему, у якій поєднуються когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти. Подібне розуміння простежується і в працях, де підкреслюється єдність інтелектуальних уявлень, емоційних переживань і поведінкових реакцій щодо здоров'я та хвороби (Гасюк, Щурик, 2018).

На *когнітивному* рівні внутрішня картина хвороби включає уявлення жінки про причини, характер, перебіг, наслідки та прогноз захворювання. У жінок групи ризику раку молочної залози цей рівень пов'язаний із осмисленням власної уразливості, спадкових чинників, значення

профілактики та регулярних обстежень. У жінок із підтвердженим діагнозом когнітивний компонент набуває більшої конкретності й охоплює оцінку тяжкості хвороби, можливостей лікування, ризику рецидиву, імовірної інвалідизації та змін життєвих перспектив. *Емоційний* компонент відображає переживання, що супроводжують осмислення загрози захворювання або самого діагнозу: тривогу, страх, невизначеність, безпорадність, сором, втрату контролю, переживання тілесної вразливості. *Поведінковий* компонент пов'язаний із тим, як жінка діє у відповідь на переживання ризику або діагнозу: звертається по допомогу, активно включається в лікування, уникає інформації, заперечує серйозність стану або пасивно капітулює. Таким чином, внутрішня картина хвороби є не лише образом захворювання, а й внутрішнім механізмом, що опосередковує адаптацію або дезадаптацію особистості в ситуації хвороби, зокрема в онкологічному контексті (Лісова, 2002; Гасюк, Щурик, 2018; Сергет, 2020).

Важливим аспектом її аналізу є зв'язок із типом ставлення до хвороби. Останній відображає не лише суб'єктивне переживання захворювання, а й відносно стійкий спосіб особистісного реагування на нього. Показано, що ставлення до хвороби не є виключно індивідуальним феноменом, а формується також під впливом сімейних патернів і може набувати дезадаптивних форм. Одним із поширених варіантів є анозогнозичний тип, за якого людина схильна ігнорувати думки про захворювання, применшувати його значення, не визнавати себе хворою, уникати необхідних лікувально-діагностичних дій і продовжувати звичний спосіб життя. Близьким до нього є ергопатичний тип, коли захисне реагування реалізується у формі «втечі в діяльність» (Смайлова, Єпішкіна, 2013).

Для жінок із раком молочної залози ця логіка має особливе значення. У їхньому випадку внутрішня картина хвороби може набувати не лише тривожно-катастрофізованого, а й захисно-заперечного характеру. Це виявляється у схильності мінімізувати серйозність симптомів, відкладати

звернення до лікаря, уникати обговорення діагнозу, підтримувати зовнішню гіперактивність як спосіб не стикатися з власними переживаннями, а також недооцінювати психологічні наслідки онкологічного захворювання. Отже, внутрішня картина хвороби переходить у конкретний тип ставлення до хвороби, який значною мірою визначає особливості адаптації або дезадаптації жінки в ситуації онкологічного захворювання.

Особливої уваги в контексті раку молочної залози потребує зв'язок внутрішньої картини хвороби з образом тіла та самоставленням. На відміну від багатьох інших соматичних захворювань, ця патологія безпосередньо торкається тілесної ідентичності жінки, її переживання жіночності, привабливості, цілісності власного тіла та соціальної ролі. Тому внутрішня картина хвороби в цьому випадку охоплює не лише переживання загрози життю, а й глибоку перебудову ставлення до себе. Саме це робить її при раку молочної залози складним багатовимірним утворенням, у якому поєднуються медичний, емоційний, особистісний і соціальний виміри.

Таким чином, внутрішню картину хвороби у жінок групи ризику та у жінок із підтвердженим діагнозом раку молочної залози слід розглядати як динамічну систему, що включає когнітивне осмислення загрози або захворювання, емоційне переживання цієї ситуації, поведінкові стратегії реагування на неї та тип ставлення до хвороби. Такий підхід дає змогу перейти від суто описового аналізу переживань хвороби до глибшого розуміння психологічних механізмів адаптації, що є важливим для побудови програм психологічного та психотерапевтичного супроводу жінок із раком молочної залози.

Водночас особливої значущості проблема внутрішньої картини хвороби набуває в контексті психосоматичних та онкологічних захворювань. Наукові уявлення про зв'язок психоемоційного стану людини з виникненням і перебігом пухлинних процесів мають глибоке історичне коріння. Ще в античній медицині висловлювалися припущення щодо ролі емоційних

чинників у розвитку тяжких захворювань. Зокрема, зазначається, що Гален пов'язував тривалий пригнічений емоційний стан із підвищенням імовірності виникнення раку, особливо у жінок. У подальші століття ці уявлення були розвинуті в працях європейських учених, які співвідносили онкологічні захворювання з хронічним емоційним напруженням, нервовим виснаженням і тривалим стресом (Кушта, Кушта, 2025).

Сучасні дослідження також засвідчують, що високий рівень тривоги, страху та психоемоційного дистресу у жінок із раком молочної залози пов'язаний із погіршенням психологічного стану, якості життя та адаптації в період лікування. У психоонкологічній практиці дистрес розглядається як один із ключових показників психологічного неблагополуччя, що потребує своєчасного виявлення та психосоціального супроводу (Bultz & Johansen, 2011; Матреницький, 2020; Yi et al., 2021).

Внутрішня картина хвороби формується не лише після встановлення діагнозу, а й на етапі усвідомлення ризику його можливого виникнення. У цьому контексті показовими є результати дослідження, у якому було проаналізовано досвід жінок із підвищеним ризиком раку молочної залози. Навіть за відсутності підтвердженого діагнозу саме повідомлення про ризик виступає потужним психотравмувальним чинником і активізує формування специфічних уявлень про можливу хворобу. Жінки інтерпретують загрозу захворювання крізь призму власного життєвого досвіду, сімейних випадків раку, досвіду догляду за хворими родичами, історій виживання або втрат, а також соціальних і медійних образів онкології (Woolf et al., 2025).

Таким чином, уже на доклінічному етапі у жінок групи ризику формується специфічна внутрішня картина хвороби, що поєднує когнітивні уявлення про причини та контрольованість захворювання, емоційні реакції страху, тривоги або емоційного дистанціювання, а також поведінкові рішення щодо профілактики. Вона значною мірою визначає готовність жінки

до можливого діагнозу, її ставлення до лікування та особливості психологічної адаптації.

Жінки, які перебувають у групі підвищеного ризику розвитку раку молочної залози, частіше демонструють підвищений рівень тривожності та депресивних переживань. Усвідомлення потенційної загрози для життя, невизначеність майбутнього та очікування можливого діагнозу виступають потужними психотравмувальними чинниками. Водночас соціальна підтримка - емоційна, інформаційна, інструментальна, а також підтримка позитивної соціальної взаємодії виконує виразну буферну функцію, знижуючи інтенсивність тривоги, депресії та психологічного дистресу. Жінки, які сприймають високий рівень соціальної підтримки, характеризуються кращою емоційною адаптацією навіть в умовах підвищеного суб'єктивного онкологічного ризику (Kinsinger, McGregor, Bowen, 2009).

Показано, що більшість жінок сприймають ризик раку не як абстрактну статистичну ймовірність, а як емоційно забарвлену загрозу. Це зумовлює конфлікт між суб'єктивним переживанням небезпеки та об'єктивними числовими оцінками ризику (Han et al., 2009).

Сучасні соціокультурні дослідження також підкреслюють, що ризик не є нейтральною статистичною величиною, а тісно пов'язаний з емоційними переживаннями та соціальними смислами. Він формується не лише у внутрішньому просторі особистості, а й у процесі її взаємодії з соціальним середовищем, медичним дискурсом, культурними уявленнями про хворобу, тілесність і простір. У цьому контексті уявлення жінок про власний ризик раку молочної залози набувають колективно забарвленого характеру, поєднуючи страх, тривогу, сором, вину та невизначеність. Отже, внутрішня картина хвороби у жінок групи ризику формується не лише як індивідуальне переживання, а як соціально й культурно сконструйована система емоційних і когнітивних уявлень про загрозу захворювання (Lupton, 2013).

Сприйняття ризику розвитку раку молочної залози є одним із ключових чинників формування внутрішньої картини хвороби у жінок групи підвищеного ризику. Встановлено, що афективне, тобто емоційне, сприйняття ризику має значно сильніший зв'язок із психологічним дистресом, ніж когнітивне, раціональне, розуміння ймовірності захворювання (Van Doren et al., 2004).

Жінки, які переоцінюють власний ризик розвитку раку, характеризуються вищим рівнем як специфічного онкологічного дистресу, так і загальної тривожності та емоційної напруги. Водночас після включення до аналізу афективного компонента сприйняття ризику вплив когнітивних оцінок на рівень дистресу втрачав статистичну значущість. Це свідчить про те, що внутрішня картина хвороби у жінок групи ризику формується передусім через емоційне переживання загрози, а не через раціональне осмислення статистичних імовірностей. Отже, вже на доклінічному етапі вона може набувати дезадаптивного характеру, супроводжуючись підвищеною тривожністю, страхом, катастрофічними очікуваннями та стійким психологічним напруженням (Van Doren et al., 2004).

Показано, що в доньок жінок, які перенесли рак молочної залози, суб'єктивне сприйняття особистого ризику формується задовго до можливого виникнення захворювання і нерідко перевищує його об'єктивні генетичні показники. Незалежно від реального рівня спадкової загрози, більшість учасниць оцінювали ймовірність власного захворювання як високу або вищу за середню. Це дає підстави вважати, що внутрішня картина хвороби у жінок групи ризику конструюється не лише на основі медичної інформації, а й під впливом сімейного досвіду, емоційної ідентифікації з матір'ю та страху можливого повторення сімейного досвіду. За таких умов загроза хвороби набуває внутрішньої психологічної присутності навіть за відсутності клінічного діагнозу (Quillin et al., 2010).

Однак виявлено суперечливу особливість: за високого рівня сприйнятого ризику актуальне занепокоєння щодо раку молочної залози у більшості жінок залишалося помірним. Це дає підстави говорити не про гострий афективний дистрес, а радше про хронічну фонову тривожність, інтегровану в структуру особистості та внутрішньої картини хвороби. Такий спосіб переживання загрози створює стійке психоемоційне напруження, яке не завжди усвідомлюється як тривога, проте визначає ставлення до власного тіла, здоров'я, майбутнього та профілактичної поведінки.

Отже, у доньок жінок, які перенесли рак молочної залози, внутрішня картина хвороби формується у специфічному превентивно-тривожному модусі. Вона характеризується підвищеним суб'єктивним відчуттям уразливості, помірною, але хронічною тривожністю, неточними уявленнями про межі індивідуального генетичного ризику та емоційною фіксацією на можливості повторення материнського сценарію. Саме така конфігурація переживання ризику створює психологічні передумови для розвитку дистресу, соматичної настороженості й актуалізує потребу в ранньому психологічному супроводі ще на доклінічному етапі.

У пацієнток із встановленим онкологічним діагнозом внутрішня картина хвороби формується як багатокомпонентний психічний конструкт, що охоплює афективні, когнітивні, мотиваційно-ціннісні, поведінкові та соціальні аспекти (Holland et al., 2015; Ferrell et al., 2020). Найбільш типовими психологічними реакціями в цій ситуації є тривога, страх рецидиву, депресивні симптоми та емоційне виснаження, які нерідко потребують професійного психологічного втручання (Romito et al., 2020; Maya, 2021).

Психологічні мішені в онкології можна класифікувати як нозоспецифічні, методоспецифічні, особистісні, організаційні та клінічні, що дає змогу співвіднести структуру внутрішньої картини хвороби з практичними завданнями психокорекції (Становський, 2021).

Важливе значення для соціального компонента внутрішньої картини хвороби мають роль родини, інформаційна підтримка, рівень поінформованості про лікування та інтрасімейні процеси (Mukharovska, 2017). Психоедукація і консультативний супровід підвищують якість адаптації та сприяють зниженню дистресу (Maya, 2021).

Клініко-психологічні дослідження засвідчують, що у жінок із раком молочної залози внутрішня картина хвороби формується в умовах вираженого психотравмувального впливу факту діагнозу та подальшого лікування: первинний шок від звістки про онкологічне захворювання змінюється стійкими станами тривоги, страхом прогресування хвороби, почуттям безнадійності та невизначеності щодо майбутнього (Greer & Moorey, 1987; Гардашнікова, 2011). Психічні порушення при цьому мають поліморфний характер і найчастіше проявляються у формі тривожно-депресивних, астено-депресивних, астено-іпохондричних та obsесивно-фобічних переживань, інтенсивність і структура яких змінюються залежно від етапу лікування та клінічного перебігу захворювання (Становський, 2021). У значної частини пацієток у віддаленому періоді після радикального втручання зберігаються хронічна тривога за майбутнє, очікування рецидиву, труднощі у прийнятті зміненої тілесності та ролі онкопацієнтки, що позначається на якості життя, рівні соціального функціонування та професійній активності (Fallowfield et al., 1995; Rand et al., 2016). Отже, внутрішня картина хвороби при онкологічному захворюванні не лише фіксує суб'єктивний образ хвороби, а й виступає центральним психологічним механізмом, який опосередковує адаптацію, комплаєнтність та ефективність програм психокорекції у жінок із раком молочної залози.

Внутрішня картина хвороби у жінок з установленим діагнозом раку молочної залози має ще складнішу і більш специфічну структуру. Це захворювання поєднує високу екзистенційну загрозу, втручання у жіночу ідентичність, тілесні зміни, тривале й травматичне лікування та соціальну

стигматизацію онкології. Унаслідок цього формується особливий спектр переживань: страх смерті, страх рецидиву, почуття втрати жіночності, сором, зниження самооцінки та соціальна тривожність. Водночас онкологічний діагноз актуалізує питання сенсу, особистісної відповідальності, життєвих цінностей і майбутньої перспективи, оскільки ситуація хвороби змушує жінку переосмислювати власне життя, стосунки, тілесність і межі контролю (Франкл, 2020; LeShan, 1994). Усе це принципово відрізняє внутрішню картину хвороби у жінок із раком молочної залози від її проявів при інших соматичних захворюваннях і обґрунтовує необхідність її окремого спеціалізованого психологічного вивчення.

1.2. Психосоматичні симптоми як вияв конфліктного змісту переживання пацієнтів.

Психосоматичні симптоми у клінічній психології розглядаються як специфічний спосіб маніфестації внутрішнього конфлікту, коли афекти, потреби або суперечливі переживання не можуть бути повністю усвідомлені й інтегровані у психічну діяльність. У такому разі соматичні прояви виконують роль своєрідного тілесного «повідомлення», через яке особистість виражає напруження, що не знаходить вербального чи символічного виходу, зберігаючи при цьому відносну психічну рівновагу. У широкому значенні психосоматика описує взаємодію між тілесними процесами й психічним життям, підкреслюючи, що симптом є відповіддю не лише організму, а й психіки на перевантаження або внутрішньоособистісний конфлікт (Дідковська, 2010; Peseschkian, 2016).

У сучасній онкології немає наукових підстав стверджувати, що психологічні фактори є причиною виникнення злоякісних новоутворень або визначають їхній розвиток. Рак молочної залози має багатофакторну

біологічну природу, у якій важливе значення мають генетичні механізми, гормональні впливи, вік, репродуктивні чинники, спосіб життя та інші медико-біологічні фактори (World Health Organization, 2025; National Cancer Institute, 2025). Психологічний стрес не розглядається як доведений етіологічний чинник раку; натомість він може впливати на суб'єктивне самопочуття, емоційний стан, поведінку щодо здоров'я та якість життя пацієнток (American Cancer Society, 2022; National Cancer Institute, 2025). Тому твердження про «психологічну причину» раку є науково некоректними та можуть посилювати стигматизацію пацієнтів.

Разом із тим психологічні чинники мають суттєве значення для переживання хвороби, рівня дистресу, якості життя, прихильності до лікування й адаптації до онкологічного діагнозу (Holland & Lewis, 2000; Andersen et al., 2005; Ganz et al., 2002; Bultz & Johansen, 2011; Zabora et al., 2001). У цьому контексті психосоматичні симптоми доцільно розглядати не як «передумову раку», а як форму реагування психіки на стрес, невизначеність і внутрішній конфлікт, що виникають після встановлення діагнозу або в процесі лікування. Отже, аналіз психосоматичних проявів у пацієнток із раком молочної залози спрямований на розуміння психологічної складової їхнього стану, а не на встановлення причинно-наслідкових зв'язків між психікою та виникненням пухлинного процесу.

З позицій сучасних уявлень про психологічне благополуччя та адаптацію стійкість до стресу значною мірою пов'язана з раннім досвідом, інтеріоризованими моделями стосунків і сформованими способами емоційної регуляції (Каргіна, 2015). Дослідження онкологічних пацієнток засвідчують, що хронічне пригнічення негативних емоцій, насамперед гніву, високий контроль поведінки та орієнтація на зовнішні очікування можуть посилювати психологічну вразливість і схильність до соматичного реагування (Greer, Morris, & Pettingale, 1979; Andersen et al., 2005; Settineri et al., 2019). У таких випадках психосоматичний симптом виконує переважно захисну функцію,

допомагаючи уникнути прямої конфронтації з переживаннями, що сприймаються як небезпечні, заборонені чи надто болісні.

Симптом як знакова форма внутрішнього конфлікту

У медичному контексті симптом розуміють як окрему ознаку хвороби, не властивий здоровому організму феномен, що виявляється за допомогою клінічних методів і використовується для діагностики та прогнозування перебігу захворювання. Це будь-яка відчутна пацієнткою зміна у функціонуванні організму, яка стає підставою для звернення по допомогу (Stedman's Medical Dictionary, 2006). У такому підході симптом переважно фіксує тілесний рівень порушення.

У психологічному вимірі симптом постає як ознака не лише хвороби, а й певної внутрішньої динаміки особистості. У психоаналізі його розглядають як компромісну форму між несвідомими потягами та внутрішніми заборонами, тобто як своєрідне «шифроване послання» несвідомого, у якому зафіксовано нерозв'язаний внутрішньоособистісний конфлікт (Freud, 1953). Ж. Лакан підкреслює символічний характер симптому як структури, що «говорить» мовою тіла й поведінки там, де вербальне висловлення є неможливим або забороненим (Lacan, 1988).

У межах теорій об'єктних відносин і сучасних психодинамічних підходів симптом інтерпретується також як символ втрати значущого об'єкта та спосіб переживання цієї втрати через тілесні чи поведінкові прояви (Alexander, French, & Pollock, 1968; Павленко, 2018). Через симптом людина одночасно сигналізує про травму й намагається зберегти зв'язок із важливою фігурою або життєвою ситуацією. Така логіка узгоджується з положеннями теорії прив'язаності, у межах якої ранні зв'язки зі значущими іншими розглядаються як основа почуття безпеки, емоційної регуляції та здатності витримувати втрату чи загрозу втрати (Bretherton, 1992).

У контексті онкологічного захворювання ця проблематика набуває особливої ваги, оскільки діагноз і лікування можуть актуалізувати страх втрати підтримки, залежність від близьких, потребу в безпечній присутності іншого та водночас необхідність зберігати внутрішню опору в ситуації невизначеності. У психодинамічній традиції здатність витримувати самотність розглядається як важливий показник сформованості внутрішньої опори й досвіду надійної присутності значущого іншого (Winnicott, 1958).

Спираючись на клініко-психологічні та психосоматичні підходи, можна виокремити кілька груп симптомів, найбільш значущих для розуміння психосоматичних проявів: функціональні симптоми, конверсійні симптоми, психосоматози та соматоформні розлади (Alexander et al., 1968; Дідковська, 2010; Хомуленко та ін., 2015; Павленко, 2018).

Функціональні симптоми описують як порушення в роботі органів і систем без виявлених органічних змін. Під час медичного обстеження структурні ушкодження не фіксуються, однак пацієнтка може пред'являти численні соматичні скарги: розлади з боку шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної, опорно-рухової, дихальної чи видільної систем, а також порушення сну, концентрації уваги, підвищену стомлюваність, тривогу й неспокій (Дідковська, 2010; Alexander et al., 1968). У багатьох випадках такі прояви пов'язуються з емоційним виснаженням або депресивним станом, коли психіка перевантажена, а психологічний зміст переживань залишається недостатньо усвідомленим. Пацієнтка відчуває реальний фізичний дискомфорт і зниження працездатності, однак не завжди бачить зв'язок між тілесним станом та емоційним життям, що може сприяти нагромадженню тривоги й посиленню контролю над тілом.

Конверсійні симптоми розглядаються як тілесні прояви внутрішньоособистісного конфлікту, що формуються через механізм конверсії - перетворення неусвідомлених афектів у соматичні симптоми. У психоаналітичній традиції конверсія тлумачиться як специфічний спосіб

«перекладу» витісненої психічної енергії у тілесний реєстр: заборонені або несумісні з образом «Я» прагнення набувають форми симптомів, які одночасно виконують функцію компромісу та маскування конфлікту (Freud, 1953; Alexander et al., 1968).

На клінічному рівні конверсійні симптоми можуть проявлятися порушеннями моторики, зокрема парезами, тремором, порушеннями ходи, розладами функцій органів чуття, психогенною блювотою, больовими феноменами тощо (Павленко, 2018). Хоча ці прояви є суб'єктивно болісними, з психодинамічної позиції вони виконують важливу регулятивну функцію: забезпечують розрядку внутрішнього напруження й захищають психіку від більшої дезорганізації.

Психосоматози - це група захворювань, у яких внутрішньоособистісні конфлікти, хронічний стрес та особистісні особливості поєднуються з реальними органічними змінами в органах і системах. Історично до «класичних» психосоматичних захворювань відносять бронхіальну астму, есенційну гіпертензію, виразкову хворобу шлунка й дванадцятипалої кишки, виразковий коліт, нейродерміт, ревматоїдний артрит (Alexander et al., 1968). Сучасні підходи підкреслюють, що психосоматичний компонент може бути присутнім у перебігу багатьох хронічних захворювань, якщо у їх формуванні або підтриманні беруть участь тривалий психічний стрес, стійкі когнітивні схеми та афективні патерни (Перетятко, Тесленко, 2017; Хомуленко та ін., 2015; Павленко, 2018).

Соматоформні порушення визначають як психогенні функціональні розлади, за яких не спостерігається морфологічних змін органів, однак симптоматика характеризується високою інтенсивністю, стійкістю та схильністю до хронізації (Alexander et al., 1968; Перетятко, Тесленко, 2017). У таких випадках клінічна картина поєднує риси функціональних і конверсійних симптомів: тілесні скарги супроводжуються вираженим емоційним напруженням, тенденцією до формування «ідентичності хворої»

та наростанням поведінкових стратегій, спрямованих на тотальний контроль стану здоров'я (Павленко, 2018).

Узагальнюючи наведені підходи, можна зазначити, що кожний тип симптомів має власні особливості виникнення й функціонування, однак усі вони пов'язані з намаганням психіки знайти спосіб упоратися з надмірним напруженням і внутрішніми суперечностями. Для клінічного психолога розуміння цих відмінностей є підґрунтям для коректної діагностики та побудови психокорекційної роботи.

Психосоматичні симптоми у структурі переживання раку молочної залози

У дослідженнях психоонкологічного профілю описуються особистісні особливості, які можуть бути пов'язані зі схильністю до соматичного реагування у жінок з онкопатологією: емоційна стриманість, пасивність у стосунках, залежність від оцінки оточення, уникання конфліктів на тлі підвищеного внутрішнього дистресу, почуття провини та безпорадності (Greer et al., 1979; Laughlin, 1999; LeShan, 1994). У психоонкологічній літературі звертається увага на те, що в анамнезі багатьох пацієнток з онкологічними захворюваннями простежуються досвід втрати значущих стосунків, тривала неможливість виражати гнів та хронічне відчуття безвиході (LeShan, 1994). У таких випадках психосоматичний симптом може виступати не лише індикатором прихованого конфлікту, а й способом організації життєвого простору - можливістю зберегти важливі стосунки, отримати підтримку чи уникнути розриву, утримуючи оточення поряд через роль "хворої".

Дослідження, присвячені раку молочної залози, засвідчують, що психологічні реакції на різних етапах захворювання мають виразний психосоматичний вимір. На діагностичному етапі можуть переважати реакції уникнення й заперечення: жінки, усвідомлюючи потенційну небезпеку новоутворення, відкладають обстеження, знецінюють ризики або витісняють думки про можливу онкопатологію (Holland & Lewis, 2000; Parle et al., 1996).

На етапі встановлення діагнозу та початку лікування нерідко спостерігаються гострі афективно-шокові реакції з панікою, відчуттям катастрофи й загрози життю, що відображає зіткнення між потребою контролювати ситуацію та досвідом радикальної втрати контролю (Greer et al., 1979; Burgess et al., 2005).

Госпітальний етап перебігу раку молочної залози пов'язаний із посиленням тривожно-депресивних проявів: тривога щодо хірургічного втручання, прогнозу, змін у тілі та стосунках поєднується з безсонням, астеною, хронічною втомою та дифузним соматичним дискомфортом (Ganz et al., 2002; Meyerowitz, 1993). На віддаленому, катамнестичному, етапі можуть зберігатися посттравматичні прояви, дистимічні й депресивні стани, канцерофобія, тривога рецидиву та іпохондрична фіксація на тілесних відчуттях (Allen et al., 2009; Shelby et al., 2008; Romito et al., 2020; Parle et al., 1996). Усі ці прояви пов'язані з постійним «моніторингом» тіла як потенційного джерела загрози, надмірною увагою до соматичних сигналів і конфліктом між бажанням повернутися до звичного життя та переконанням у можливому фатальному характері хвороби.

У цьому контексті тривога, депресивні симптоми й посттравматичні прояви у жінок, які хворіють або перенесли рак молочної залози, можуть розглядатися як специфічні психосоматичні форми опрацювання екзистенційного конфлікту. Тривога відображає напруження між надією на одужання та страхом рецидиву, коли будь-який тілесний сигнал стає тригером внутрішнього протиставлення: «я здорова» - «зі мною знову щось не так». Депресивні стани - апатія, ангедонія, відчуття безперспективності, порушення сну й апетиту фіксують стан «психічної зупинки», за якого жінка переживає власну безсилість перед загрозою і втрачає смислотворчі орієнтири (Meyerowitz, 1993; Rand et al., 2016). Посттравматичні прояви утримують психіку в полі травматичних епізодів діагностики та лікування; тіло, змінене внаслідок операції чи терапії, стає постійним нагадуванням про

хворобу, провокуючи повторні хвилі психічного напруження (Shelby et al., 2008; Allen et al., 2009).

Важливим компонентом психосоматичної проблематики в онкології є іпохондрична фіксація та канцерофобія. Дослідження показують, що частина пацієнток у період ремісії формує стійкі поведінкові патерни, пов'язані з жорстким контролем здоров'я: регулярний самонагляд за тілом, спеціальні дієти, часте проходження діагностичних процедур, пошук альтернативних методів лікування, відмова від окремих видів активності (Parle et al., 1996; Allen et al., 2009; Ganz et al., 2002). З психосоматичної точки зору це можна розглядати як спробу відновити контроль над тілесністю в ситуації, коли страх смерті, втрати близьких або повторної травматизації залишається недостатньо опрацьованим; подібні реакції узгоджуються з моделлю саморегуляції поведінки щодо здоров'я та уявленнями про когнітивні репрезентації хвороби, відповідно до яких людина інтерпретує тілесні сигнали через власні уявлення про причини, перебіг, наслідки, контрольованість і загрозливість захворювання (Leventhal et al., 1980; Leventhal et al., 2003; Moss-Morris et al., 2002).

В іншій частині пацієнток можуть спостерігатися ейфоричні або гіперактивні реакції з різким посиленням активності, ігноруванням фізичних обмежень та демонстративним прагненням «жити на повну», що може маскувати глибинну вразливість і неопрацьований страх (Allen et al., 2009; Holland & Lewis, 2000). У цьому випадку зміни у стилі життя та поведінці стають своєрідним «антисигналом» хвороби, однак соматичні симптоми залишаються важливим елементом внутрішнього конфлікту й нагадуванням про травматичний досвід.

Значущим для розуміння конфліктного змісту психосоматичних симптомів є аналіз взаємодії «психолог – пацієнтка». Емоційні реакції фахівця – почуття безсилля, жалю, напруження, бажання «рятувати» пацієнтку – можуть відображати ті аспекти її досвіду, які вона не здатна

безпосередньо усвідомити або вербалізувати. У цьому контексті професійна рефлексія психолога виступає важливим інструментом розуміння прихованого змісту симптомів, підтримання терапевтичного альянсу та побудови коректної психокорекційної роботи в онкологічній допомозі (Kissane et al., 2010; Watson & Kissane, 2011).

Отже, психосоматичні симптоми у жінок з онкологічною патологією, зокрема раком молочної залози, доцільно розглядати як багатовимірний феномен, що формується на перетині внутрішньоособистісного конфлікту, стилю емоційної регуляції, преморбідних рис особистості та травматичного впливу самого захворювання й лікування. Внутрішньоособистісний конфлікт може виявлятися у напруженні між потребою в опорі, близькості й підтримці та страхом втрати, відкинення або конфронтації. Стиль емоційної регуляції часто пов'язаний із пригніченням гніву, униканням конфліктів і надмірним самоконтролем. Преморбідні особистісні риси можуть охоплювати підвищену відповідальність, схильність до самопожертви та залежність від зовнішнього схвалення. Травматичний вплив онкологічного захворювання актуалізує базові екзистенційні теми – крихкість тіла, смертність, незворотність втрат і зміну життєвих перспектив.

Психосоматичні прояви виконують захисну, комунікативну та адаптивну функції. Їхня захисна функція полягає у зниженні рівня психічного напруження через його «переклад» у тілесні форми; комунікативна – у можливості повідомити оточення про потребу в підтримці, турботі та визнанні страждання; адаптивна – у сприянні перебудові системи життєвих пріоритетів і стосунків в умовах радикальної зміни життєвої ситуації.

Такий підхід до розуміння психосоматичних симптомів як носіїв конфліктного змісту створює концептуальну основу для подальшого аналізу психологічних чинників переживання онкологічного захворювання, зокрема ролі психосоціального середовища, хронічного стресу та особистісних

особливостей у процесі адаптації жінок із раком молочної залози (Гардашнікова, 2011; Федоренко, 2016; Хомуленко та ін., 2015; Становський, 2021). Надалі це дає змогу перейти до дослідження зв'язку між структурою психосоматичних симптомів, характеристиками внутрішньої картини хвороби та особливостями психологічної адаптації жінок на різних етапах онкологічного процесу.

Для опису зазначеного зв'язку як динамічного механізму доцільно використати процесуальну модель, яку умовно можна означити як психосоматичну дугу. Методологічним підґрунтям цієї моделі є біопсихосоціальний підхід, згідно з яким клінічні явища формуються внаслідок взаємодії біологічного, психологічного й соціального рівнів функціонування людини (Engel, 1977), а також екологічне розуміння психосоматичної медицини, що розглядає тілесні симптоми в контексті взаємодії особистості з життєвим середовищем, стресорами та соціальними умовами (Hinkle, 1967). У такій рамці симптом постає як “вузол” перетину тілесних процесів, переживань і міжособистісної взаємодії, а отже потребує аналізу не лише як наслідок лікування чи стресу, а й як спосіб психічної регуляції.

У загальному вигляді психосоматична дуга описує таку послідовність: стресор або подія → когнітивно-афективна оцінка → вегетативно-нейроендокринна реакція → тілесні відчуття або симптом → інтерпретація симптомів → поведінкові стратегії (контроль, уникнення, звернення по допомогу) → міжособистісне підкріплення або модифікація стану. Саме ці «вузли» дуги відображаються в психосоматичній медицині через аналіз ставлення до хвороби (Mechanic & Volkart, 1961; Mechanic, 1962) та клінічних феноменів, зокрема іпохондричних, фобічних, соматизаційних і деморалізаційних реакцій. У цьому контексті важливим є підхід DCPR (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research - діагностичні критерії психосоматичних досліджень), який дозволяє ідентифікувати

психосоматичні синдроми, що не охоплюються традиційними психіатричними класифікаціями, і описати, як саме пацієнтка переживає та інтерпретує тілесні сигнали, з якими когнітивними оцінками й поведінковими патернами це поєднується (Fava & Sonino, 2000).

Водночас для психологічного аналізу та подальшої психокорекційної роботи принципово важливо відповісти на питання: чому саме у конкретної жінки формується певний спосіб переробки напруження - наприклад, через гіперконтроль здоров'я, канцерофобічні перевірки, тривожно-депресивні прояви, соматичну фіксацію або уникнення. Це питання належить до психодинамічного рівня й може бути концептуально уточнене в межах підходу позитивної психотерапії Н. Пезешкіана, де симптом розглядається як функціонально обумовлена форма адаптації і комунікації, що дозволяє психіці зберігати рівновагу за умов внутрішнього конфлікту та дефіциту усвідомленої емоційної переробки (Peseschkian, 1987; Peseschkian, 2016). У такому розумінні симптом не зводиться до «помилки» організму, а постає як компромісне рішення: він одночасно знижує афективне перевантаження, легітимізує потребу у підтримці та регулює стосунки з оточенням.

Психодинамічний зміст психосоматичної дуги в позитивній психотерапії може бути описаний через напруження між потребами та здібностями, зокрема між первинними (любов, довіра, прийняття, контактність) і вторинними (обов'язок, контроль, досягнення, пунктуальність), коли домінування жорстких внутрішніх вимог і заборона на вираження афектів (страху, злості, безпорадності) підвищують імовірність «перекладу» переживань у соматичні канали регуляції (Peseschkian & Deidenbach, 1988). Таким чином, психосоматична дуга у психодинамічному ключі описує не лише шлях від стресу до симптома, а шлях від конфлікту та способу його психічної обробки до певного типу тілесного й поведінкового реагування.

Операціоналізація цієї логіки в межах позитивної психотерапії здійснюється через п'ятиетапний процес: спостереження → інвентаризація → ситуативне заохочення → вербалізація → розширення цілей (Peseschkian, 1987; Peseschkian, 2016). У контексті психосоматичної дуги це дає можливість:

1. *на етапі спостереження* – зафіксувати тригери, тілесні прояви та їх інтерпретацію;
2. *на етапі інвентаризації* – структурувати конфліктні теми, втрати, ресурси й баланс «здібностей»;
3. *через ситуативне заохочення* – підтримати ресурсні способи регуляції, що знижують потребу «говорити тілом»;
4. *у процесі вербалізації* – перевести симптом у мову переживань і потреб, відкриваючи можливість інтеграції афекту;
5. *на етапі розширення цілей* – сформулювати нові смислові орієнтири та моделі самопідтримки в умовах тривалої медичної ситуації.

У підсумку поєднання підходів психосоматичної медицини (через категорії ставлення до хвороби, суб'єктивних наслідків лікування та DCPR) із психодинамічним процесом у позитивній психотерапії дозволяє розглядати симптом як елемент цілісної системи «стрес – конфлікт – регуляція – тіло – поведінка – взаємодія з лікуванням». Така логіка створює методологічний перехід до підрозділу 1.3, де ключовим стає аналіз внутрішньої картини хвороби як інтегративного психологічного утворення, що включає уявлення про захворювання, інтерпретацію симптомів, очікування щодо лікування, емоційні реакції, захисні стратегії та поведінкові патерни адаптації. У цьому підході вона постає не лише як опис суб'єктивного досвіду, а як центральна ланка психосоматичної дуги, що опосередковує зв'язок між тілесним станом, психічними реакціями та ефективністю психологічної допомоги на різних етапах онкологічного процесу.

1.3. Психологічні чинники вразливості та адаптації жінок у контексті онкопатології

Психологічні чинники не розглядаються сучасною наукою як етіологічні причини онкопатології. Рак молочної залози належить до багатofакторних захворювань, розвиток яких зумовлений складною взаємодією генетичних, гормональних, середовищних та інших біомедичних механізмів. Водночас у межах біопсихосоціальної моделі здоров'я дедалі більшої уваги набуває аналіз психологічних чинників і життєвих обставин, що формують індивідуальну вразливість, впливають на адаптаційні ресурси жінки та спосіб реагування на тілесні сигнали ще до встановлення онкологічного діагнозу (Engel, 1977; Holland & Lewis, 2000).

У цьому контексті психологічні передумови доцільно розуміти не як прямі причини захворювання, а як сукупність тривалих психоемоційних навантажень, особистісних особливостей і життєвих сценаріїв, що опосередковано впливають на регуляцію стресу, своєчасність звернення по медичну допомогу та характер взаємодії жінки з власним тілом і системою охорони здоров'я. Такий підхід дозволяє уникнути редукціоністського тлумачення хвороби й водночас врахувати її психологічний вимір.

Психоонкологічні дослідження свідчать, що у життєвих історіях жінок із раком молочної залози часто простежуються хронічний стрес, досвід значущих втрат і травматичних подій, тривале пригнічення емоційних переживань, ригідні соціальні та сімейні ролі, а також стійка орієнтація на потреби інших на шкоду власному психологічному благополуччю (Greer et al., 1979; LeShan, 1994; Andersen et al., 2005). Ці чинники доцільно розглядати як передумови, що впливають на рівень дистресу, психологічну адаптацію та особливості переживання хвороби.

Психосоціальний дистрес є поширеним явищем серед онкологічних пацієнтів і потребує своєчасного виявлення в системі психоонкологічного

супроводу (Zabora et al., 2001; Bultz & Johansen, 2011), тоді як депресивні прояви розглядаються як один із значущих чинників погіршення психологічної адаптації та якості життя пацієнтів із раком (Massie, 2004).

У межах сучасної психосоматичної та психоонкологічної парадигми психологічні чинники дедалі частіше розглядаються крізь призму психологічного благополуччя, що визначає рівень індивідуальної вразливості або стійкості жінки та її адаптаційні ресурси в умовах тривалого стресу. Така позиція узгоджується з розумінням психологічного благополуччя як багатовимірного утворення, що поєднує суб'єктивну оцінку якості життя з характеристиками позитивного функціонування особистості (Ryff & Keyes, 1995; Радько, 2019).

Аналіз сучасних теоретичних підходів дозволяє трактувати психологічне благополуччя не лише як суб'єктивне переживання задоволеності життям або нормативний ідеал, а як систему психологічних ресурсів, що забезпечує адаптацію особистості до складних і тривалих життєвих викликів. Ідеться не лише про ситуативні реакції на стрес, а про відносно стійкі стилі емоційної регуляції, ціннісні орієнтації та способи взаємодії з собою й іншими, які формуються впродовж життєвого досвіду. У такому розумінні психологічне благополуччя охоплює емоційно-афективну рівновагу, здатність до самоприйняття та автономної саморегуляції, побудову значущих міжособистісних стосунків, наявність життєвих цілей і орієнтацію на особистісний ріст, що в сукупності визначає спосіб переживання стресу й тілесних змін (Ryff & Keyes, 1995; Deci & Ryan, 2000).

У такому контексті психологічне благополуччя може бути співвіднесене із салютогенетичною логікою А. Антоновського, відповідно до якої адаптація до стресу залежить не лише від інтенсивності зовнішніх навантажень, а й від здатності особистості сприймати життєві події як зрозумілі, керовані та наповнені смыслом (Antonovsky, 1979, 1996).

Важливим компонентом психологічного благополуччя є суб'єктивна оцінка якості життя. У сучасній психологічній науці якість життя розглядається як багатовимірний інтегративний конструкт, що відображає суб'єктивне сприйняття людиною власного життєвого функціонування у взаємозв'язку з об'єктивними умовами її існування. Згідно з підходом до суб'єктивного розуміння якості життя, її дійсне значення визначається насамперед суб'єктивними відчуттями особистості, які формуються на основі індивідуальної інтерпретації життєвих обставин (Чиханцова, 2020).

Якість життя поєднує об'єктивні компоненти умови життя, стан здоров'я, соціальне середовище та суб'єктивні складові, зокрема рівень задоволеності життям, психологічний комфорт, переживання щастя й особистісної реалізованості. Саме суб'єктивна оцінка є визначальною, оскільки однакові об'єктивні умови можуть мати різне психологічне значення для різних людей (Чиханцова, 2020).

Таким чином, якість життя доцільно розглядати як суб'єктивне психологічне поняття, індивідуалізоване відповідно до системи цінностей, життєвих очікувань і рівня домагань особистості. Стійка невідповідність між уявленнями про бажаний рівень життя та реальними умовами існування може спричиняти внутрішнє напруження, тривогу й хронічний стрес. Натомість узгодженість між внутрішнім світом людини та зовнішньою реальністю сприяє психологічній стабільності й створює підґрунтя для благополуччя, що проявляється у життєвій задоволеності, емоційній рівновазі та внутрішній цілісності (Ryff & Keyes, 1995; Deci & Ryan, 2000).

За умов дефіциту психологічного благополуччя та тривалого психоемоційного напруження особливої значущості набувають особливості емоційної регуляції. У психоонкологічних дослідженнях показано, що ще на доклінічному етапі, до підтвердження онкологічного діагнозу, у частини жінок можуть виявлятися алекситимічні риси. Показано, що у жінок із подальшим підтвердженням раку молочної залози частіше спостерігалися труднощі в

розпізнаванні та вербалізації емоцій, обмеженість уявної діяльності й переважна орієнтація на соматичні відчуття (Todarello та ін., 1989).

Алекситимія обмежує можливості усвідомлення та символічної переробки емоційного досвіду, знижує ефективність психологічної саморегуляції й ускладнює інтеграцію внутрішніх переживань у свідомий досвід. За відсутності вербалізації та психологічного опрацювання емоцій психоемоційне напруження не знаходить адекватного розв'язання і може накопичуватися у формі дифузного дистресу, підтримуючи хронічний стрес та ускладнюючи психологічну адаптацію. Емпіричні дані підтверджують, що алекситимія може бути пов'язана з депресивними симптомами у жінок із ранньою стадією раку молочної залози (Eraslan та ін., 2022).

У межах цього дослідження алекситимія розглядається не як жорстко детермінована вроджена риса, а як відносно стійка психологічна характеристика, що може формуватися або актуалізуватися під впливом тривалого психоемоційного напруження та виступати чинником психологічної вразливості.

Дослідження якості життя у жінок із раннім раком молочної залози свідчать, що суб'єктивний психологічний стан пацієнтки не завжди повною мірою відображається у клінічних показниках або результатах самозвіту. Описано феномен вибіркової звітності, за якого пацієнтки схильні не повідомляти про емоційні труднощі, якщо не вважають їх безпосередньо пов'язаними з онкологічним захворюванням (Groenvold, 2010). Це підкреслює суб'єктивність показників якості життя та їх залежність від здатності особистості усвідомлювати, інтерпретувати й вербалізувати власний емоційний досвід.

За відсутності такої інтеграції внутрішні переживання залишаються неоформленими на рівні свідомості, що створює передумови для виникнення стійких суперечностей між потребами особистості, її ціннісними

орієнтаціями та соціально зумовленими вимогами. У психологічній науці ці суперечності концептуалізуються як внутрішній конфлікт особистості.

Феномен внутрішнього конфлікту особистості розглядається в межах різних теоретичних підходів. У психоаналітичній традиції він інтерпретується як протистояння між структурами психіки, несумісними імпульсами та внутрішніми заборонами (Freud, 1923). В екзистенційній психології внутрішній конфлікт пов'язується з конфронтацією людини з базовими екзистенційними даностями - свободою, відповідальністю, смертю та пошуком сенсу життя (May, 1950). Представники гештальт-підходу розглядають його як наслідок порушення усвідомлення власних потреб і домінування зовнішніх вимог над внутрішнім досвідом (Perls, 1969). В аналітичній психології внутрішній конфлікт трактується як втрата психічної цілісності внаслідок напруження між свідомими установками та несвідомими архетипічними тенденціями (Jung, 1970).

Узагальнення наведених підходів дає підстави розглядати психологічні чинники, якість життя, психологічне благополуччя, особливості емоційної регуляції та внутрішні конфлікти не як етіологічні причини онкопатології, а як передумови формування психологічної вразливості або стійкості жінки. Вони опосередковують її здатність інтегрувати життєві події, тілесні сигнали та соціальні очікування у цілісну картину власного життя, а також визначають спосіб переживання хвороби й адаптації до лікування.

Однією з теоретичних моделей, що дозволяє інтегрувати біографічні, емоційні та поведінкові чинники в контексті психологічної вразливості, є концепція позитивної психотерапії Н. Пезешкіана. У межах цього підходу розвиток психологічних і психосоматичних симптомів розглядається через систему первинних, ціннісних, і вторинних, поведінкових, здібностей особистості, дисбаланс між якими може зумовлювати внутрішні конфлікти та хронічне психоемоційне напруження (Peseschkian, 1987; Peseschkian, 2016).

Згідно з моделлю Н. Пезешкіана, первинні здібності - любов, довіра, надія, терпіння, здатність до радості, спонтанності та прийняття формують емоційно-ціннісний фундамент особистості. Вторинні здібності, зокрема відповідальність, точність, контроль, досягнення та обов'язковість, регулюють соціальну поведінку й адаптацію до вимог середовища. Психологічна вразливість виникає за умов порушення балансу між цими системами, коли домінування вторинних здібностей супроводжується пригніченням емоційних потреб, обмеженням спонтанності та труднощами у прийнятті допомоги.

У психоонкологічному контексті такий дисбаланс може проявлятися через надмірну відповідальність і самоконтроль, заниження власних потреб, орієнтацію на очікування інших, обмеження у вираженні гніву та вразливості, а також зосередженість на соціальних ролях і досягненнях на шкоду усвідомленню внутрішніх переживань. Такі патерни знижують толерантність до тривалого напруження, підсилюють стресову реактивність і ускладнюють психологічну адаптацію до хвороби (Peseschkian & Deidenbach, 1988).

У межах позитивної психотерапії симптом розглядається як прояв внутрішнього конфлікту між значущими для особистості цінностями. У жінок із раком молочної залози такі конфлікти можуть виявлятися у напруженні між любов'ю та обов'язком, терпінням і досягненням, довірою та контролем, спонтанністю та відповідальністю. Зокрема, потреба у підтримці й турботі може суперечити інтеріоризованому переконанню про необхідність бути сильною та автономною; орієнтація на досягнення, вступати в конфлікт із фізичними обмеженнями лікування; прагнення контролю, стикатися з невизначеністю перебігу захворювання. Такі суперечності підсилюють внутрішній дистрес і впливають на суб'єктивне переживання тілесних змін.

У цьому контексті алекситимія виступає одним із механізмів, що ускладнює усвідомлення й вербалізацію емоційного досвіду. Коли доступ до афективних переживань обмежений, емоційне напруження може виражатися

переважно через тілесні сигнали, що сприяє посиленню соматичного дистресу та ускладнює психологічну адаптацію (Todarello et al., 1989; Eraslan et al., 2022).

Сучасні емпіричні дослідження підтверджують, що психологічне симптомне навантаження відіграє важливу роль у формуванні суб'єктивної якості життя жінок із раком молочної залози. У перехресному дослідженні встановлено, що психологічні симптоми мають більш виражений негативний зв'язок із показниками якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, ніж фізичні прояви, а частина емоційних труднощів може залишатися неусвідомленою і недостатньо представленою у самозвітах пацієнток (Safar, Mazanec, 2023).

Разом із тим узагальнення емпіричних даних потребує критичного аналізу. У систематичному огляді інтегровано дослідження з різними дизайнами, інструментами оцінки та часовими зрізами, що зумовлює значну гетерогенність показників дистресу, тривожності й депресії (Omari та ін., 2024). Крім того, переважання самозвітних методик обмежує можливість виявлення глибинних внутрішньопсихічних процесів, зокрема внутрішніх конфліктів, труднощів емоційної регуляції та алекситимічних характеристик. Це звужує інтерпретацію результатів до рівня симптоматики й підкреслює доцільність інтеграції клінічно орієнтованих і якісних підходів у психоонкологічний аналіз.

Додаткове емпіричне підтвердження суб'єктивного й багатовимірного характеру якості життя представлено у психометричному дослідженні іспанської версії опитувальника EORTC QLQ-C30. Показано, що показники якості життя тісно пов'язані з рівнем депресії, тривоги та психологічного дистресу, однак не завжди прямо відображають глибину психоемоційного напруження (Calderón Garrido та ін., 2021). Це дає підстави припускати, що за відносно високих функціональних показників може зберігатися латентний дистрес, пов'язаний з обмеженою здатністю до усвідомлення й вербалізації емоційного досвіду. Саме тому емоційна регуляція та внутрішні конфлікти

мають розглядатися як важливі чинники індивідуальної вразливості й якості життя онкопацієнток.

Зіставлення цих емпіричних висновків узгоджується з підходами психосоматичної медицини, у межах яких психологічні чинники розглядаються як модифікатори перебігу соматичних захворювань, адаптації та якості життя. Тривале психоемоційне напруження й індивідуальні особливості реагування на стрес можуть впливати на суб'єктивне самопочуття, рівень дистресу та адаптаційні ресурси особистості (Fava, Sonino, 2000).

У межах позитивної психотерапії Н. Пезешкіана тривале напруження та внутрішній дистрес пояснюються порушенням балансу між значущими для особистості цінностями та способами їх реалізації. За умов тривалого стресу домінування вторинних здібностей може супроводжуватися пригніченням емоційних потреб і обмеженням доступу до переживань; тоді конфлікт не завжди усвідомлюється, а напруження набуває непрямих емоційних або соматичних форм прояву (Peseschkian, 1987; Peseschkian & Deidenbach, 1988; Peseschkian, 2016).

Попри зростання кількості психоонкологічних досліджень, значна їх частина зосереджується переважно на фіксації симптомного дистресу й показників якості життя в межах окремих етапів лікування. Такий підхід має емпіричну цінність, однак не завжди дає змогу виявити глибинні внутрішньопсихічні процеси, зокрема внутрішні конфлікти, неусвідомлене психоемоційне напруження, порушення ціннісної інтеграції та обмежену здатність до вербалізації емоційного досвіду. Це підкреслює необхідність поєднання кількісних психометричних методів із клінічно орієнтованими та якісними підходами в психоонкологічному аналізі.

Короткотривалі часові зрізи, характерні для більшості емпіричних досліджень, не дають змоги простежити довготривалу динаміку психологічної вразливості, що формується під впливом життєвого досвіду, хронічного стресу, емоційної дезінтеграції та внутрішніх конфліктів ще на доклінічному етапі.

Саме ця динаміка може істотно впливати на спосіб переживання захворювання, адаптацію до лікування й суб'єктивну якість життя.

У зв'язку з цим постає необхідність звернення до теоретичних моделей і психотерапевтичних підходів, здатних працювати не лише з клінічно вираженими симптомами, а й з внутрішнім змістом переживань, ціннісними конфліктами та процесами емоційної інтеграції особистості. Одним із таких підходів є позитивна психотерапія, у межах якої метод диференційного аналізу дозволяє перейти від опису симптомів і поведінкових реакцій до розуміння їхнього психологічного значення та виявлення суперечностей між цінностями, нормами, очікуваннями і реальними можливостями їх реалізації. Відтак емоційний і соматичний дистрес розглядається не ізольовано, а як прояв порушеної внутрішньої рівноваги та накопиченого психоемоційного напруження, що визначає логіку розгляду змісту й структури комплексної психологічної допомоги в наступному підрозділі.

Висновки до I розділу

У першому розділі здійснено теоретико-методологічний аналіз психологічних особливостей переживання раку молочної залози жінками, зокрема внутрішньої картини хвороби, психосоматичних проявів, психологічних чинників вразливості та адаптації, а також змісту комплексної психологічної допомоги в психоонкологічному контексті. Встановлено, що рак молочної залози є не лише медичним діагнозом, а й складною психотравмувальною життєвою ситуацією, яка порушує звичну систему життєдіяльності жінки, впливає на емоційний стан, тілесний образ, самотавлення, міжособистісні стосунки, життєву перспективу та переживання психологічної цілісності.

Визначено, що внутрішня картина хвороби у жінок групи ризику та у жінок із підтвердженим діагнозом раку молочної залози є динамічним багаторівневим психологічним утворенням, яке охоплює когнітивне осмислення загрози або факту захворювання, емоційне переживання ризику, діагнозу й лікування, тілесні відчуття, поведінкові стратегії реагування та тип ставлення до хвороби. У жінок групи ризику внутрішня картина хвороби може формуватися ще на доклінічному етапі як превентивно-тривожний спосіб переживання можливої хвороби, що поєднує суб'єктивне відчуття уразливості, страх повторення сімейного сценарію, тривогу щодо майбутнього та специфічну поведінку щодо профілактики. У жінок із підтвердженим діагнозом вона набуває більшої інтенсивності й охоплює переживання загрози життю, страх рецидиву, зміни тілесності, порушення жіночої ідентичності, соціальну вразливість і потребу в психологічній підтримці.

Проаналізовано, що психосоматичні симптоми у жінок із раком молочної залози доцільно розглядати не як причину онкопатології, а як форму психологічного реагування на стрес, невизначеність, внутрішній конфлікт і травматичний вплив діагнозу та лікування. Психосоматичні прояви можуть виконувати захисну, комунікативну та адаптивну функції: знижувати рівень психічного напруження через тілесне вираження афекту, сигналізувати про потребу в підтримці та сприяти перебудові життєвих пріоритетів у ситуації хвороби. У цьому контексті симптом постає не лише як тілесний прояв, а як елемент цілісної системи «стрес - конфлікт - регуляція - тіло - поведінка - взаємодія з лікуванням».

Встановлено, що психологічні чинники не можуть розглядатися як прямі етіологічні причини виникнення раку молочної залози, оскільки онкопатологія має багатфакторну біологічну природу. Водночас психологічні особливості, хронічний стрес, труднощі емоційної регуляції, алекситимічні прояви, внутрішні конфлікти, порушення балансу між особистісними потребами й соціальними вимогами можуть виступати

чинниками психологічної вразливості або стійкості жінки. Вони впливають на спосіб переживання тілесних сигналів, своєчасність звернення по допомогу, рівень дистресу, якість життя, адаптацію до лікування та здатність інтегрувати досвід хвороби у цілісну картину власного життя.

Визначено, що важливими психологічними ресурсами адаптації жінок із раком молочної залози є самоприйняття, життєстійкість, емоційна відкритість, здатність до саморегуляції, конструктивні копінг-стратегії, соціальна підтримка, автономія, суб'єктність, психологічне благополуччя та здатність до смислової інтеграції досвіду хвороби. Особливого значення набуває самоприйняття як внутрішній ресурс збереження цілісного образу Я в умовах тілесних, рольових і життєвих змін, спричинених онкологічним захворюванням.

Обґрунтовано доцільність використання біопсихосоціальної, психоонкологічної, психосоматичної, ресурсно орієнтованої та салютогенетичної парадигм для аналізу психологічного стану жінок із раком молочної залози. У межах салютогенетичної моделі А. Антоновського центральним ресурсом психологічної адаптації виступає почуття когерентності, що виявляється через взаємопов'язані компоненти зрозумілості, керованості та осмисленості життєвого досвіду. Саме ці компоненти дозволяють жінці структурувати досвід хвороби, відновлювати відчуття впливу на власний стан і знаходити особистісний сенс у процесі подолання онкологічного захворювання.

З'ясовано, що комплексна психологічна допомога жінкам із раком молочної залози має будуватися як поетапна, багаторівнева та ресурсно орієнтована система супроводу, що охоплює профілактичний, лікувальний і реабілітаційний рівні. Її зміст не обмежується зниженням тривоги, дистресу чи депресивних проявів, а передбачає підтримку адаптаційних ресурсів, розвиток саморегуляції, відновлення психологічної рівноваги, інтеграцію

тілесних та ідентичнісних змін, посилення суб'єктної позиції та переосмислення життєвого досвіду хвороби.

Розроблена теоретична логіка комплексної психологічної допомоги може бути представлена через три взаємопов'язані модулі: психоедукаційно-нормалізувальний, стабілізаційно-копінговий та рефлексивно-інтегративний. Перший модуль спрямований на підсилення зрозумілості через психоедукацію, нормалізацію емоційних реакцій і формування передбачуваності у внутрішній картині хвороби. Другий модуль орієнтований на розвиток керованості через формування навичок саморегуляції, заземлення, контейнерування, самопідтримки та конструктивної комунікації. Третій модуль спрямований на підсилення осмисленості через роботу із самоприйняттям, тілесною та рольовою ідентичністю, життєвими цілями, смисловими опорами та включеністю у взаємини.

Теоретико-методологічний аналіз, здійснений у першому розділі, створює підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження психологічних особливостей жінок із раком молочної залози та для розроблення психокорекційної програми, спрямованої на розвиток самоприйняття, життєстійкості, саморозуміння, саморегуляції, суб'єктності й почуття когерентності як ключових ресурсів психологічної адаптації в умовах онкологічного захворювання.

Матеріали першого розділу дисертації висвітлено в публікаціях:

1. Сердюк Л. З., Черненко Г. Ф. Емоційні та особистісні зміни у хворих на рак молочної залози: сучасний погляд. Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія. 2025. Т. 36 (75), № 5. С. 174–178. DOI: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.5.27>
2. Черненко Г. Ф. Роль психотерапії у лікуванні хворих на рак молочної залози. Перспективи та інновації. 2025. № 4(50). С. 1842–1854. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4\(50\)-1842-1854](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-4(50)-1842-1854)

РОЗДІЛ II

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ, ОСОБИСТІСНИХ РЕСУРСІВ ТА ЗАКОНОМІРНОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК

2.1 Психологічна характеристика вибірки досліджуваних

Оскільки предметом даного дослідження є психологічні особливості переживання раку молочної залози саме у жінок, вибірка складалася виключно з жінок, а порівняння з чоловіками не проводилося.

Загалом вибірка складалася із 365 жінок. Віком від 16 до 74 років. Середній вік досліджуваних становить 42 роки, досить високий, що обумовлюється тим фактом, що ризик захворюваності збільшується із віком.

Сімейний статус. Переважна більшість жінок (214) були заміжніми, незаміжніми було 97 жінок, розлученими – 33, вдовами – 21. На рис. 2.1 представлений розподіл жінок за сімейним статусом у відсотках.

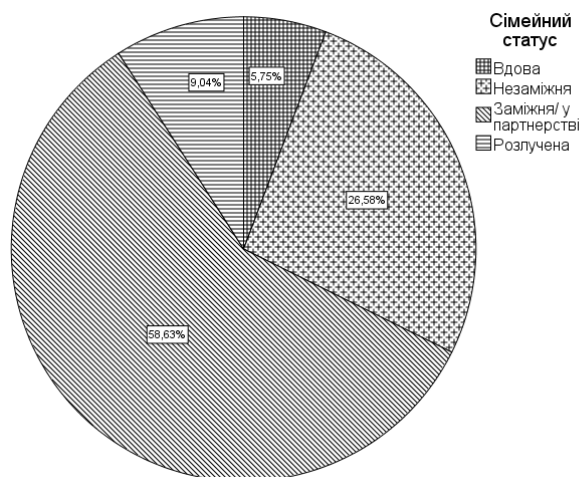


Рис. 2.1 Розподіл жінок за сімейним статусом у відсотках.

Вивчення сімейного статусу має важливе значення, оскільки психоемоційний стан жінок із РМЗ значною мірою залежить від наявності соціальної підтримки – можливості поділитися своїми переживаннями,

обговорити стан здоров'я, отримати емоційне підкріплення на шляху до одужання та під час ремісії.

Освіта. Більшість жінок (170) мали вищу освіту, незакінчену вищу мали 97 жінок, середню освіту – 59, а другу вищу – 39. На рис. 2.2 представлений розподіл жінок за освітою у відсотках.

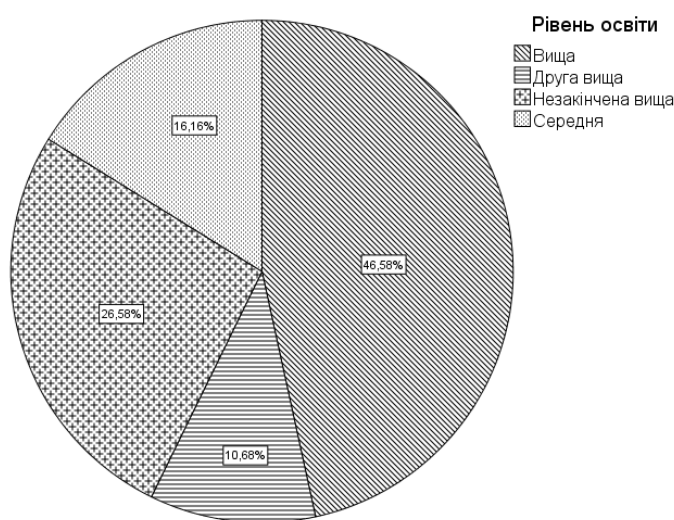


Рис. 2. 2 Розподіл жінок за освітою у відсотках.

Вивчення рівня освіти також важливо, оскільки жінки з вищою освітою більш схильні цікавитися причинами появи хвороби, особливостями її перебігу, перспективами одужання. Таке ставлення допомагає ранній постановці діагнозу, більш сумлінному виконанню лікарських приписів і підвищує шанси на одужання.

Рівень доходу. Переважна більшість жінок (245) зазначили, що вони мають середній рівень доходів, 72 мали нижчий за середній рівень доходів, а 48 – більший за середній. На рис. 2.3 представлений розподіл жінок за рівнем доходів у відсотках. Зауважимо, що рівень доходів визначався лише за самозвітами жінок. У такому випадку жінки з низькими доходами схильні завищувати свій добробут, а жінки з високим, навпаки, занижувати. Тому отриманий розподіл є лише приблизним.

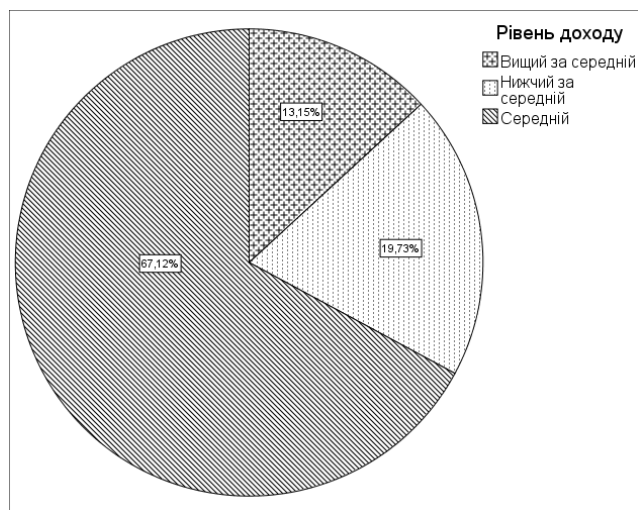


Рис. 2.3 Розподіл жінок за рівнем доходів у відсотках.

Вивчення цього показника має важливе значення, оскільки медична допомога при онкологічних захворюваннях в Україні залишається лише частково безоплатною. У більшості випадків значна частина фінансового тягаря лягає на самих пацієнток та їх родини. Рівень доходу безпосередньо впливає на доступ до якісної діагностики, своєчасного початку лікування та вибору клініки чи лікаря. Жінки з вищим матеріальним забезпеченням мають можливість отримати більш сучасне й комплексне лікування із застосуванням таргетної терапії, молекулярно-генетичного тестування та післяопераційної реабілітації, що суттєво підвищує шанси на тривалу ремісію та виживаність.

Водночас економічна вразливість поглиблює нерівність у доступі до медичних послуг і негативно позначається на психологічному стані жінок, викликаючи тривогу, безпорадність та хронічний стрес, які можуть впливати на перебіг хвороби й результати лікування.

У дослідженні взяли участь здорові жінки, жінки, які мають медичні фактори ризику появи РМЗ, та жінки, у яких був діагностований рак молочної залози. Так рак молочної залози був діагностований у 77 досліджених жінок, доброякісне новоутворення – у 89 жінок, відсутність діагнозу, проте наявність родичів з РМЗ у 45. 154 жінки були здоровими,

вони склали контрольну групу. На рис. 2.4 представлений розподіл жінок за захворюванням у відсотках.

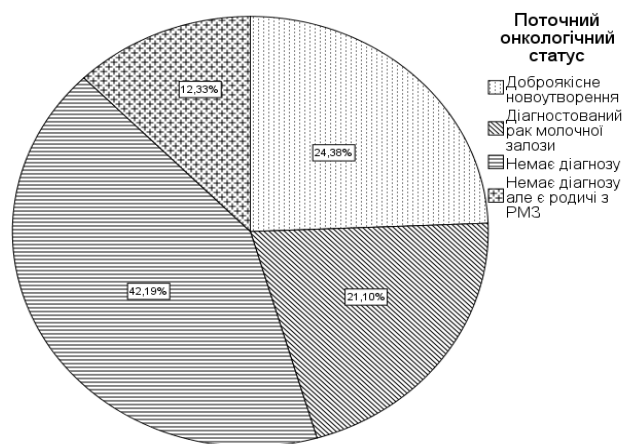


Рис. 2.4 Розподіл жінок за поточним онкологічним статусом у відсотках

Таким чином ми розділили всю вибірку на 4 групи

1-а група: жінки, в яких був діагностований рак молочної залози. Саме ці жінки є метою нашого емпіричного вивчення.

2-а група: жінки з доброякісними новоутвореннями молочної залози, що перебувають у групі ризику щодо можливого розвитку РМЗ. При цьому ми припускаємо, що за психологічними характеристиками ці жінки близькі із жінками, у яких РМЗ діагностовано.

3-я група: здорові жінки, у яких є родички першого ступеня спорідненості з РМЗ. Ці жінки також перебувають у групі ризику щодо можливості розвитку РМЗ, проте не через свої психологічні особливості, а через генетичну схильність до захворювання.

4-а група: практично здорові жінки без діагнозу та сімейного анамнезу РМЗ. Ця група є контрольною.

Усіх жінок було запитано, чи можуть вони відкрито говорити про свій стан із друзями або колегами. Переважна більшість відповіла ствердно. У таблиці 2.1 показаний розподіл відповідей на це запитання залежно від груп.

Таблиця 2.1

Відповіді на запитання «Чи можете відкрито говорити про свій стан з друзями чи колегами»

		Група за РМЗ			
		1,00	2,00	3,00	4,00
Ні	Кількість	11	12	8	26
	У %	14,3%	13,5%	17,8%	16,9%
Так	Кількість	65	75	35	113
	У %	84,4%	84,3%	77,8%	73,4%
Без відповіді	Кількість	1	2	2	15
	У %	1,3%	2,2%	4,4%	9,7%

Як видно з таблиці, хоч позитивних відповідей було переважна більшість, жінки з груп 1 і 2 (діагностовано РМЗ або доброякісне новоутворення) частіше стикаються із проблемою, коли вони не можуть поділитися своїми думками та переживаннями.

Також у жінок було запитано, чи отримують вони підтримку від родичів/ партнера. Тут відповідь була ствердна майже стовідсотково. У таблиці 2.2 показаний розподіл відповідей на це запитання залежно від груп.

Таблиця 2.2

Відповіді на запитання «Чи отримуєте ви підтримку від родичів/ партнера?»

		Група за РМЗ			
		1,00	2,00	3,00	4,00
Ні	Кількість	1	7	4	13
	У %	1,3%	7,9%	8,9%	8,4%
Так	Кількість	76	82	41	141
	У %	98,7%	92,1%	91,1%	91,6%

Як видно з таблиці, майже всі відповіді були позитивними, а жінки з діагнозом РМЗ можуть отримати підтримку від сім'ї у скрутній ситуації майже завжди. Безумовно, такий результат є позитивним, оскільки підтримка з боку рідних і близьких у скрутній ситуації – це основа позитивних психологічних станів, зниження проявів депресії та тривожності, налаштування на переборення труднощів, що позитивно впливає на ефективність лікування та покращує прогноз на одужання.

Далі у досліджуваних запитали, що їх підтримує у складній ситуації, що надає розраду. Це було відкрите запитання, жінки відповідали на власний розсуд. Отримані відповіді були згруповані у кілька великих груп на основі їх тематики. У таблиці 2.3 показаний розподіл таких вже згрупованих відповідей.

Як видно з таблиці, найкраща допомога – це підтримка з боку рідних і друзів, спілкування з ними. При цьому така допомога найбільш потрібна саме жінкам із раком молочної залози (майже вдвічі у порівнянні з групами здорових жінок). Соціальна підтримка – один із ключових факторів психологічного благополуччя та успішної адаптації жінок з РМЗ. Підтримка сім'ї, друзів, партнера, колег, а також участь у групах підтримки знижують тривожність та послаблюють рівень депресії. Жінки з РМЗ, які відчують підтримку, характеризуються кращою відданістю лікуванню та вищою якістю життя. Жінки, які отримують емоційну та інформаційну підтримку, легше справляються з наслідками хвороби, швидше повертаються до активного життя і рідше відчують самотність та соціальну ізоляцію (Idman, 2011).

У порівнянні з іншими групами, жінки із раком молочної залози значно менше згадували роботу над собою, як внутрішню, психологічну підтримку самої себе; вони не знаходять розради у спорті, прогулянках, зайняттях хобі або творчістю; також вони менш оптимістичні.

Таблиця 2.3

**Відповіді на запитання «Що вам зараз найбільше допомагає
справлятися з труднощами (коротка відповідь)?»**

		Група за РМЗ			
		1,00	2,00	3,00	4,00
Без відповіді	Кількість	1	4	2	8
	У %	1,3%	4,5%	4,3%	5,2%
Відповідальність щодо інших людей	Кількість	2	2	1	3
	У %	2,6%	2,2%	2,2%	1,9%
Віра та оптимізм	Кількість	4	7	3	10
	У %	5,3%	7,9%	6,5%	6,5%
Консультації лікаря	Кількість	2	3	3	1
	У %	2,6%	3,4%	6,5%	0,6%
Ліки	Кількість	0	0	1	2
	У %	0,0%	0,0%	2,2%	1,3%
Психотерапія	Кількість	0	2	1	3
	У %	0,0%	2,2%	2,2%	1,9%
Рідні та друзі	Кількість	63	57	22	63
	У %	82,9%	64,0%	47,8%	40,9%
Робота	Кількість	1	1	0	12
	У %	1,3%	1,1%	0,0%	7,8%
Робота над собою	Кількість	4	8	9	16
	У %	5,3%	9,0%	19,6%	10,4%
Хобі, спорт, прогулянки	Кількість	0	5	3	36
	У %	0,0%	5,6%	6,5%	23,4%

Тривожним сигналом також є їх зневіра у можливості лікарів (найбільше на лікарів опираються здорові жінки, в яких є родички з

діагнозом РМЗ) та недовіра до психотерапії (на консультацію до психологів взагалі звертаються дуже мало жінок). Небажання прийти на консультацію до психолога пояснюється, на нашу думку, двома факторами: 1) відсутністю у культурі українців бажання відвідувати психологів; віра у те, що «подруга» впорається із завданням психологічного консультування краще, ніж сертифікований, навчений спеціаліст; 2) недостатнім, на сучасному етапі розвитку психологічної науки, розумінням особливостей психологічних станів та емоційно-психологічних потреб жінок з діагнозом РМЗ та, відповідно, недостатньо розробленими методами психологічної допомоги таким жінкам. Саме тому у наступних підрозділах ми зупинимося на дослідженні психологічних характеристик жінок з діагнозом РМЗ.

2.2 Методичний апарат дослідження.

Основні принципи, на основі яких було побудоване наше емпіричне дослідження це: *системність, відтворюваність, верифікованість, статистичний аналіз, етичність*. Ці принципи забезпечують наукову достовірність та практичну цінність одержаних результатів (Сергеєнкова та ін., 2012).

- Принцип системності: психіка сприймається як цілісна система, де всі елементи взаємопов'язані. Це вимагає врахування біологічних, соціальних та індивідуальних факторів при аналізі поведінки та психічних процесів, вивчення та розуміння взаємозумовлених та взаємопов'язаних психічних феноменів, орієнтованих на усвідомлення психіки як інтегрального цілісного явища;

- Принцип верифікованості: усі гіпотези та висновки мають бути перевірені. Це означає, що вони піддаються емпіричній перевірці за допомогою спостережень, тестів чи експериментів, у нашому випадку –

емпіричного дослідження з подальшим проведенням порівняльного аналізу результатів жінок із діагнозом РМЗ та жінок з інших досліджуваних груп.

- Принцип врахування як суспільних та групових цінностей, так і особистісного підходу та особистісних цінностей – вивчення психіки як науки можливе при врахуванні групових та особистісних особливостей людей у сукупності: інтересів, потреб, здібностей, професійного досвіду, життєвого досвіду, а також урахування індивідуально-психологічних та психотипічних особливостей кожної людини;

- Статистичний аналіз: дані аналізуються за допомогою відповідних статистичних методів, щоб зробити обґрунтовані висновки та оцінити їх значущість. Нами використовувалися методи аналізу середніх значень, опису вибірок, порівняння вибірок та факторний аналіз.

- Принцип етичності: усі дослідження мають проводитися з повагою до прав та гідності учасників. Це включає добровільну згоду на участь в емпіричному дослідженні, конфіденційність та мінімізацію ризику. Усі дані аналізувалися лише в анонімізованому вигляді та викладають у роботі в узагальненому вигляді.

В емпіричному дослідженні, розробленому для того, щоб виявити системні психологічні чинники виникнення раку молочної залози у жінок і психологічного супроводу лікування цього захворювання, були використані такі методики:

1. Вісбаденський опитувальник з позитивної психотерапії та сімейної терапії Н. Пезешкіана (WIPPF) (адаптований Л. Сердюк та С. Отенко) (Serdiuk & Otenko, 2021);

2. Опитувальник резильєнтності Ніколсона МакБрайда (NMRQ) (McBride, 2025) в українському перекладі.

3. Шкала психологічної стійкості (резильєнтності) Коннора-Девідсона – CD-RISC-10 (адаптація Школіна Н.В. та ін.) (Школіна та ін., 2020)

4. Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу, розробленого Н. Бреслау та співавторами (Breslau et al., 1999) в українському перекладі.

5. Гіссенський опитувальник соматичних скарг (Brähler, E., Hinz, A., & Scheer, J. W. (2000). Der Gießener Beschwerdebogen GBB-24. Göttingen: Hogrefe.) в українському перекладі.

6. Опитувальник психологічного благополуччя К. Ріфф (18 питань) (Ryff & Keyes, 1995) в українському перекладі.

7. Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості (BFI-10) (адаптація Сердюк О.О., Базима Б.О.) (Сердюк & Базима, 2021)

8. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) (Госпітальна шкала тривоги і депресії, 2025) в українському перекладі.

Опишемо використані методики більш детально.

Вісбаденський опитувальник з позитивної психотерапії та сімейної терапії Н. Пезешкіана (WIPPF) (адаптований Л. Сердюк та С. Отенко). Це діагностичний інструмент, створений у межах концепції позитивної психотерапії Носсрата Пезешкіана для оцінювання індивідуальної структури особистості, особливостей поведінки, міжособистісних стосунків та ресурсів саморозвитку. Методика ґрунтується на принципах біполярності психічних процесів, згідно з якими кожна риса може проявлятися як ресурс або як проблема залежно від контексту. Опитувальник дозволяє виявити домінуючі життєві орієнтації, стратегії подолання труднощів, міжособистісну поведінку та схильність до певних шаблонів поведінки у конфліктних ситуаціях.

Опитувальник містить 88 тверджень, що передбачають чотири рівні оцінки: повністю згоден, частково згоден, частково не згоден і повністю не згоден. При обробці результатів дослідження, оцінки переводяться у відповідні бали за шкалою: повністю згоден – 4 бали, частково згоден – 3 бали, частково не згоден – 2 бали, повністю не згоден – 1 бал.

Авторами виділено 27 шкал опитувальника, які дозволяють оцінити суб'єктивну значущість своїх особистісних особливостей за такими трьома розділами: 1) актуальні здібності: шкали 1-19 (вторинні в ставленні до власної поведінки – когнітивні здібності; первинні в ставленні до себе – емоційні здібності); 2) конфліктні реакції, що виявляються у чотирьох сферах пропонованої моделі балансу різних сфер особистості, які можна стандартизувати та операціоналізувати: тіло (шлях відчуттів), діяльність (шлях розуму), контакти (шлях традицій), уява (шлях інтуїції): шкали 20-23; 3) суб'єктивно сприйняті моделі ставлень до батьків або інших значимих, що лежать в основі базових концепцій власної особистості, Я-образу досліджуваного та дають можливість суб'єктивно оцінити джерела конфліктів: шкали 24-27.

Вісбаденський опитувальник позитивної терапії і сімейної терапії (WIPPF 2.0) є надійним і валідним діагностичним інструментарієм при оцінці когнітивних й емоційних здібностей, змісту конфлікту, конфліктних реакцій і зразків для наслідування, що дозволяє отримати зрозумілу картину психодинаміки конфліктів та реакцій досліджуваних. Додаткові можливості застосування опитувальника полягають в оцінці особливостей та можливих порушень в системі соціальних норм та ставлень (реляційних можливостей). Застосування опитувальника WIPP в емпіричних дослідженнях для визначення тих внутрішніх ресурсів особистості, які допомагають у досягненні позитивних життєвих змін, показало його високу ефективність.

Опитувальник резильєнтності Ніколсона МакБрайда (NMRQ) в українському перекладі. Мета опитувальника – кількісне вимірювання рівня психологічної стійкості (резильєнтності) особистості. Методика відображає здатність людини ефективно діяти, зберігати емоційну стабільність і підтримувати працездатність у стресових, мінливих або кризових ситуаціях. Опитувальник складається з 12 тверджень, що відображають ключові аспекти резильєнтності: адаптивність, самоконтроль, позитивне мислення,

внутрішню мотивацію, впевненість у собі та уміння навчатися з досвіду невдач.

Респондент оцінює кожне твердження за п'ятибальною шкалою від 1 (зовсім не згоден) до 5 (повністю згоден). Сумарний бал варіює від 12 до 60 і інтерпретується як показник рівня психологічної стійкості.

Методика має хороші психометричні властивості, зокрема високий рівень внутрішньої узгодженості ($\alpha = 0.85\text{--}0.90$) та конструкційну валідність, підтверджену на вибірках, складених з працівників різних організацій, студентів і клінічних груп. У контексті дослідження психологічних ресурсів жінок, хворих на рак молочної залози, використовується для оцінювання індивідуальної здатності до адаптації, стресостійкості та позитивного переосмислення життєвих подій.

Шкала психологічної стійкості (резильєнтності) Коннора-Девідсона – CD-RISC-10 (адаптація Школіна Н.В. та ін.). Шкала призначена для оцінювання рівня психологічної стійкості – здатності особи адаптуватися, зберігати внутрішню рівновагу та ефективно функціонувати попри стрес, втрати або хворобу. Опитувальник складається з 10 тверджень, які оцінюються за шкалою від 0 до 4: 0 – повністю невірно; 1 – зрідка вірно; 2 – вірно час від часу; 3 – часто вірно; 4 – вірно майже у всіх випадках. Вищий бал свідчить про вищу резильєнтність, тобто здатність краще справлятися зі стресом.

Може використовуватись у клінічній практиці, психологічному консультуванні, дослідженнях, а також для самодіагностики. Дослідження показали, що шкала є надійним інструментом для оцінки стресостійкості серед українських пацієнтів із різними видами захворювань.

Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу Н. Бреслау із співавторами. Опитувальник призначений для швидкого виявлення основних симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відповідно до критеріїв DSM-5.

Методика дозволяє оцінити наявність і частоту основних симптомів ПТСР, які можуть спостерігатися після переживання травматичних або небезпечних для життя подій (у тому числі важких захворювань, операцій, діагнозу раку).

Опитувальник складається з 7 тверджень, що відображають три основні кластери симптомів ПТСР: повторне переживання травматичної події (re-experiencing); уникання та емоційне оніміння (avoidance/numbing); гіперактивність (hyperarousal). Кожне твердження оцінюється за 4-бальною шкалою частоти: 0 – ніколи; 1 – зрідка; 2 – іноді; 3 – часто. Загальний показник – сумарний бал від 0 до 21, що відображає рівень посттравматичних симптомів.

Опитувальник демонструє високу внутрішню узгодженість ($\alpha = 0.80-0.85$) і добре диференціює осіб із клінічно значущими проявами ПТСР.

У контексті дослідження психологічних особливостей жінок із раком молочної залози цей інструмент дозволяє виявити ступінь посттравматичної напруги, актуалізацію страху рецидиву та рівень емоційного виснаження.

Гіссенський опитувальник соматичних скарг в українському перекладі. Методика призначена для оцінки суб'єктивного рівня соматичних симптомів, що відображають психосоматичні аспекти здоров'я. Опитувальник дає змогу дослідити частоту та інтенсивність тілесних скарг, пов'язаних із психоемоційними факторами. Він широко використовується у медичній та клінічній психології, зокрема у вивченні психологічного стану онкопациєнтів, де соматичні симптоми можуть бути як проявом фізичної хвороби, так і наслідком психологічної напруги.

У дослідженні застосовано коротку форму GBV-24, яка містить 24 твердження, об'єднані в 4 субшкали: серцево-судинні скарги ; шлунково-кишкові скарги; скелетно-м'язові (ревматоїдні) скарги; виснаження / загальні скарги. Кожен пункт оцінюється за 4-бальною шкалою частоти симптомів: 0 – ніколи; 1 – зрідка; 2 – іноді; 3 – часто. Загальний бал (0-72) визначає

загальний рівень соматизації. Методика має високу внутрішню узгодженість ($\alpha = 0.85\text{--}0.94$), валідизована в медичних і психотерапевтичних вибірках.

У контексті психокорекційного дослідження використовується для оцінки динаміки тілесного самопочуття та психосоматичних проявів у процесі лікування і реабілітації.

Опитувальник психологічного благополуччя К. Ріффа в українському перекладі. Опитувальник призначений для комплексного вимірювання багатовимірної структури психологічного благополуччя особистості. Методика ґрунтується на концепції евдемонійного благополуччя, яка розглядає психологічне здоров'я не лише як відсутність дистресу, а як наявність позитивного функціонування – самоприйняття, смислу життя, автономії, особистісного зростання та якості міжособистісних стосунків.

У дослідженні використовується міні-варіант (18 тверджень), який охоплює шість основних шкал:

Автономія – здатність діяти незалежно, опиратися зовнішньому тиску.

Самоприйняття – позитивне ставлення до себе, прийняття власних якостей і досвіду.

Особистісне зростання – прагнення до розвитку, відкритість новому досвіду.

Позитивні відносини з іншими – здатність до емпатії, довіри, теплих стосунків.

Життєві цілі (наявність цілей, смислу, відчуття значущості власного життя).

Управління середовищем – ефективність у керуванні життєвими обставинами, адаптація до змін.

Респондент оцінює кожне твердження за 6-бальною шкалою: 1 – зовсім не погоджуюсь; 2 – скоріше не погоджуюсь; 3 – важко сказати; 4 – скоріше погоджуюсь; 5 – погоджуюсь; 6 – повністю погоджуюсь. Чим вищий

середній бал, тим вищий рівень психологічного благополуччя за відповідним виміром.

Методика продемонструвала високу надійність ($\alpha = 0.81-0.88$) і валідність у різних вибірках, включно з клінічними, освітніми та медико-психологічними.

У цьому дослідженні вона використовується для оцінки загального рівня психологічного благополуччя жінок із діагнозом РМЗ та аналізу ефективності психокорекційної програми, побудованої на принципах позитивної психотерапії.

Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості (BFI-10) (адаптація Сердюк О.О., Базима Б.О.). П'ятифакторна модель передбачає, що особистість людини містить у собі п'ять загальних і відносно незалежних рис (диспозицій), а саме: екстраверсію (соціальність, енергійність), доброзичливість (доброта, співчуття), добросовісність (організованість, відповідальність), емоційну стабільність (низький рівень тривожності, стресостійкість) і відкритість до досвіду (креативність, інтелектуальна допитливість).

Опитувальник складається лише з 10 тверджень, що робить його зручним для швидкої діагностики. Відповіді оцінюються за 5-бальною шкалою (від «категорично не згоден» до «цілком згоден»). Коефіцієнт альфа Кронбаха (α Кронбаха), розрахований для кожної шкали, показав внутрішню узгодженість запитань кожної шкали між собою, їх здатність описувати один конструкт. Також, валідізація показала адекватні психометричні властивості, зокрема кореляцію з іншими методиками оцінки особистості.

Запропонований варіант BFI-10 рекомендується для проведення експрес діагностики особистості як в умовах масових вибірових досліджень, так і в умовах швидкого індивідуального скринінгу особистісних рис в україномовному середовищі.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) в українському перекладі. Методика призначена для виявлення ознак тривоги та депресії у пацієнтів соматичного профілю.

Методика створена спеціально для застосування у медичних закладах, тому виключає соматичні симптоми, які можуть спотворювати результати (наприклад, безсоння, втома, зниження апетиту).

Опитувальник складається з 14 тверджень, які утворюють дві шкали:

HADS-A (Anxiety) – тривожність;

HADS-D (Depression) – депресія.

Кожне твердження оцінюється за 4-бальною шкалою (0-3), де вищий бал означає більшу вираженість відповідного симптому.

Методика має високу внутрішню узгодженість ($\alpha = 0.80-0.93$) і рекомендована ВООЗ для скринінгу психоемоційних розладів у пацієнтів із хронічними та онкологічними захворюваннями. У дослідженні вона застосовується для оцінки емоційного стану жінок із раком молочної залози, виявлення рівня тривоги, депресії та їх динаміки під впливом психокорекційної програми.

Додатково досліджуваним був наданий авторський опитувальник розроблений для виявлення демографічних даних (вік, сімейний стан тощо) та захворюваності (діагностований рак молочної залози, перебування у групі ризику, здорові досліджувані для створення контрольної групи з вибірки).

Тестування за усіма методиками проходило в індивідуальній та груповій формах. За способом відбору дана вибірка не є випадковою, оскільки метою дослідження було вивчення жінок з діагнозом РМЗ та жінок, які перебувають у групі ризику щодо розвитку РМЗ.

Емпіричне дослідження проводилося в чотири етапи.

На першому етапі проводилося вивчення ситуаційного психоемоційного стану жінок з діагнозом РМЗ, їх психоемоційної реакції на виявлення хвороби та проведення ними лікування, порівняння з

психоемоційними станами жінок з інших груп з метою виявлення особливостей психоемоційного стану жінок з діагнозом РМЗ.

На другому етапі вивчалися особистісні характеристики і риси жінок з діагнозом РМЗ, порівняння з характеристиками жінок з інших груп з метою виявлення особливостей особистісних характеристик і рис жінок з діагнозом РМЗ, їх відмінностей від інших груп жінок.

На третьому етапі проводився статистичний аналіз психологічних чинників та предикторів розвитку раку молочної залози у жінок.

Проведено аналіз та узагальнення отриманих результатів дослідження та представлено їх якісну і кількісну інтерпретацію. Здійснювалася також психологічна інтерпретація виявлених закономірностей. Наукова обґрунтованість та достовірність результатів забезпечувалися різноманіттям і взаємодоповнюючим характером методів, які відповідали меті та завданням дослідження, а також використання методів математичної статистики.

На четвертому етапі було розроблено комплексну програму психотерапевтичної допомоги жінкам, які перебувають у групі ризику щодо розвитку РМЗ, та жінкам із підтвердженим діагнозом раку молочної залози. Програма спрямована на зниження психоемоційного дистресу, розвиток самоприйняття, життєстійкості, навичок саморегуляції, конструктивних копінг-стратегій і посилення психологічних ресурсів адаптації до ситуації ризику, діагностики, лікування та реабілітації. Також представлено методи психологічної допомоги щодо профілактики та своєчасних інтервенцій для зниження ймовірності розвитку РМЗ.

2.3. Емпіричне дослідження особистісної схильності та внутрішніх чинників виникнення захворювань молочної залози: порівняльний аналіз.

2.3.1 Порівняльний аналіз психоемоційного стану жінок залежно від стану їх здоров'я

Оскільки завданням нашого дослідження було віднайти особистісні схильності та психологічні чинники, які можуть стати підґрунтям розвитку доброякісних та злоякісних захворювань, а саме РМЗ, ми не будемо вивчати вибірку загалом, а проведено порівняльний аналіз 4-х груп.

Як зазначалося вище, оголошення онкологічного діагнозу є психологічною травмою, що супроводжується переживанням негативних емоцій, розвитком депресії або тривожності. Тому на першому етапі ми порівнюємо психосоматичні прояви, пов'язані із переживанням жінками звістки про їх діагноз, необхідністю проходити лікування із хірургічним втручанням, подальше терапевтичне лікування та тривалий процес реабілітації. Для цього використаємо Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS) (показники тривожність і депресія), Гіссенський опитувальник соматичних скарг (показники виснаження, шлункових скарг, ревматичних скарг, серцевих скарг, загальний бал соматичних скарг) й Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу (рівень ПТСР).

Для проведення аналізу нам спочатку потрібно визначити, чи отримані статистичні дані відповідають або не відповідають нормальному розподілу. Для цього використовувався критерій Шапіро-Уїлка. Проведений розрахунок відображений у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

**Перевірка на нормальність за критерієм Шапіро-Уїлка показників
Госпітальної шкали тривоги та депресії, Гіссенського опитувальника
соматичних скарг й Опитувальника для скринінгу ПТСР**

	Критерій Шапіро-Уїлка		
	Статистика	ст.св.	Значимість
Тривожність	,976	365	,000
Депресія	,956	365	,000
Виснаження	,970	365	,000
Шлункові скарги	,817	365	,000
Ревматичні скарги	,983	365	,000
Серцеві скарги	,845	365	,000
Загальний бал соматичних скарг	,959	365	,000
Рівень ПТСР	,950	365	,000

Якщо значимість менше 0,05, гіпотеза про нормальність відхиляється, такий розподіл не нормальним. Як видно з таблиці, розподіл для жодного досліджуваного показника не є нормальним, тому далі ми будемо використовувати непараметричні методи статистичного аналізу (критерій Манна-Уїтні, якщо за досліджуваним критерієм вибірка розділялась на дві підгрупи; критерій Краскала-Уолліса, якщо за досліджуваним критерієм вибірка розділялась на більшу кількість підгруп).

Проведемо тепер порівняльний аналіз між 4-ма групами за досліджуваними показниками за критерієм Краскала-Уолліса. Результат представлений у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

**Порівняння показників Госпітальної шкали тривоги та депресії,
Гіссенського опитувальника соматичних скарг й Опитувальника для
скринінгу ПТСР (за критерієм Краскала-Уолліса).**

<i>Нульова гіпотеза: розподіл за показником є однаковим для всіх визначених підгруп</i>	Критерій Краскала-Уолліса	
	Значимість	Висновок
Тривожність	0,00	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
Депресія	0,00	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
Виснаження	0,10	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
Шлункові скарги	0,22	Нульова гіпотеза приймається
Ревматичні скарги	0,03	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
Серцеві скарги	0,03	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
Загальний бал соматичних скарг	0,56	Нульова гіпотеза приймається
Рівень ПТСР	0,00	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>

Як видно з таблиці, спостерігаються відмінності майже по всіх показниках. Розглянемо середні значення для тих показників, для яких нульова гіпотеза (про однаковість розподілу) була відхилена, щоб виявити які ж групи страждають найбільше. Результат представлений у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

**Порівняння середніх для показників тривоги, депресії,
соматичних скарг та ПТСР**

		Середнє	Середньокв. відх.
Тривожність	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	10,74	3,026
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	8,64	2,702
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,80	3,384
	4-а група: здорові жінки	9,25	3,499
Депресія	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,49	2,969
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	8,47	2,869
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	7,67	2,906
	4-а група: здорові жінки	6,34	2,547
Рівень ПТСР	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	3,86	1,902
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	2,61	1,512
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	3,17	1,793
	4-а група: здорові жінки.	2,55	1,684
Виснаження	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	8,24	4,481
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	8,48	4,717
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	10,80	6,386
	4-а група: здорові жінки	10,32	5,873
Ревматичні скарги	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	10,59	4,306
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	10,69	4,542
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,61	5,694

	4-а група: здорові жінки.	9,19	5,778
Серцеві скарги	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	3,03	2,971
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	3,65	4,483
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	5,04	4,253
	4-а група: здорові жінки	4,31	4,402

Таблиця демонструє, що у порівнянні з іншими групами, жінки з діагнозом РМЗ мають найвищі показники депресії, тривожності і ПТСР; емоційно-психологічний стан таких жінок знижений, вони постійно тривожаться про свій діагноз, про перспективи розвитку хвороби, їх думки про подальше життя депресивні, і все це призводить до розвитку ознак ПТСР. Така емоційна дестабілізація пояснюється відчуттям у жінки загрози для її життя, переживанням втрати контролю над тілом, необхідністю змінити звичний образ життя та проходити складне лікування, існуванням страху рецидиву. Зауважимо, що постійне перебування у стані тривоги або пригніченості може послаблювати імунну систему, що в свою чергу негативно впливає на прогноз щодо одужання та подальшої ремісії.

Щодо соматичних скарг, то тут картина інша. Найбільше соматичних скарг мають здорові жінки із родичками з РМЗ; також вище було показано, що ці жінки більш схильні звертатися за консультаціями до лікарів. Ми бачимо картину, коли жінки розуміють, що вони перебувають у групі ризику, і бажають певним чином убезпечити себе від розвитку раку молочної залози, «перестрахуватися». Таке емоційне ставлення призводить до пошуку, і, відповідно, «виявлення» в себе великої кількості негативних соматичних симптомів. Жінки ж з вже поставленим діагнозом РМЗ не шукають для себе додаткових захворювань, вони більш зосереджені на своєму основному діагнозі. Зауважимо, що жінки із доброякісними новоутвореннями за більшістю показників були навіть не на другому, а третьому місці. Очевидно,

в більшості випадків вони боялися діагнозу «рак» і діагноз «доброякісне новоутворення» сприйнялося ними з відчуттям полегшення. Проте такий психоемоційний стан може стати небезпечним, якщо жінки не будуть пам'ятати, що вони знаходяться у групі ризику і перестануть проходити регулярні огляди.

Депресія може бути реакцією на постановку діагнозу, наслідком фізичних змін (мастектомія, випадання волосся), хронічної втоми, соціальної ізоляції та сімейних конфліктів. Депресивні стани проявляються зниженням настрою, апатією, втратою інтересу до життя, почуттям безнадійності, порушенням сну та апетиту, зниженням самооцінки та мотивації. Депресивні розлади асоційовані з погіршенням якості життя, зниженням мотивації до проходження лікування, що, у свою чергу, погіршує прогноз на відновлення здоров'я і вищою смертністю. Депресія може знижувати імунну відповідь, посилювати запальні процеси та негативно впливати на ефективність терапії.

Чинники, що посилюють тривожність: страх перед лікуванням та його наслідками (біль, ускладнення, втрата контролю над тілом); порушення звичного ритму життя; переживання, пов'язані зі зміною зовнішності (випадання волосся, рубці, деформація грудей); відчуття втрати контролю та невизначеності майбутнього. Особливо виражена тривожність перед хірургічним втручанням та у період очікування результатів обстежень. Передопераційна тривога може призводити до погіршення адаптаційних механізмів та розвитку дистресу, що також погіршує прогноз на відновлення здоров'я.

Зниження психоемоційного фону, стани депресії або тривожності неминуче негативно впливають на відчуття психологічного благополуччя. Тому наступним кроком ми порівняли психологічне благополуччя жінок з різних груп (за методикою К. Ріфф). Результати перевірки на нормальність розподілу показників методики представлені у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

**Перевірка на нормальність за критерієм Шапіро-Уїлка показників
опитувальника психологічного благополуччя К.Ріфф**

	Критерій Шапіро-Уїлка		
	Статистика	ст.св.	Значимість
Автономія	,970	365	,000
Управління середовищем	,951	365	,000
Особистісне зростання	,865	365	,000
Позитивні взаємини з іншими	,973	365	,000
Цілі у житті	,962	365	,000
Самоприйняття	,942	365	,000

Розподіл для жодного досліджуваного показника не є нормальним, тому далі ми будемо використовувати непараметричні методи статистичного аналізу. Проведемо тепер порівняльний аналіз між 4-ма групами за досліджуваними показниками за критерієм Краскала-Уолліса. Результат представлений у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

**Порівняння показників опитувальника психологічного благополуччя
К.Ріфф (за критерієм Краскала-Уолліса).**

<i>Нульова гіпотеза: розподіл за показником є однаковим для всіх визначених підгруп</i>	Критерій Краскала-Уолліса	
	Значимість	Висновок
Автономія	0,11	Нульова гіпотеза приймається
Управління середовищем	0,49	Нульова гіпотеза приймається
Особистісне зростання	0,24	Нульова гіпотеза приймається
Позитивні взаємини з іншими	0,25	Нульова гіпотеза приймається
Цілі у житті	0,03	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
Самоприйняття	0,67	Нульова гіпотеза приймається

Статистично значимі розбіжності були виявлені лише для одного показника: цілі у житті. Розглянемо середні значення для цього показника у різних групах. Результат представлений у таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Порівняння середніх для показника «цілі у житті»

	Середнє	Середньокв. відх.
1-а група: жінки з РМЗ	15,03	2,406
2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	16,37	2,199
3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	15,33	2,578
4-а група: здорові жінки	15,93	2,530

Показник «цілі у житті» був найнижчий у жінок з діагнозом РМЗ. Ці жінки відчують себе розгубленими, їх картина світу змінюється; те, що вчора здавалося важливим, сьогодні вже не важливо, деякі цілі вже здаються недосяжними; інші – треба відкласти до моменту одужання або «кращих часів». Іншими словами виникає потреба переосмислити цілі, віднайти нові або переформулювати наявні цілі у житті, жінка проходить через екзистенційну кризу. Відсутність змін в інших показниках благополуччя вказує як на певну внутрішню стабільність психологічного благополуччя так і на те, що діагноз РМЗ, хоч би яким складним він не був, не може повністю зруйнувати життя жінки. Цей факт дозволяє нам зробити припущення, що зниження психоемоційного фону, депресія, тривожність, ознаки ПТСР, пов'язані із діагнозом та подальшою складною терапією, можуть бути переборені. Завдання психолога у випадку, що вивчається, є не стільки усунення, переборення тривоги, скільки допомога пацієнтці навчитися жити у новій до неї ситуації, так, щоб жінка не втрачала віри у власні сили, була активною та відчувала сенс у власному житті, що стане важливим етапом особистісного зростання пацієнтки.

Ефективне подолання стресу є ключовим у боротьбі з хворобою. Навчання навичкам використання ефективних копінг стратегій може слугувати важливим пом'якшуючим фактором, що знижує несприятливі наслідки стресу, який розвиваються через постановку діагнозу РМЗ та подальше лікування. Дослідження підкреслюють, що стресові життєві події самі по собі не впливають на ймовірність розвитку раку, проте чутливість до стресу та здатність до адаптації є вирішальними (Bowen et al., 2021).

Оскільки ризикові фактори для депресії та тривожності варіюються залежно від фази лікування та індивідуального психологічного профілю, психоонкологічна допомога не може бути універсальною. Вона повинна бути персоналізованою, поєднуючи психотерапевтичну роботу з емоційним станом жінок та поведінкові інструменти для пом'якшення біологічних проявів стресу.

2.3.2 Порівняльний аналіз стійких особистісних рис жінок залежно від стану їх здоров'я

Звернемося тепер до вивчення особистісних рис, характерних для жінок з РМЗ, і чим вони відрізняються від інших груп.

Найбільш узагальнено особистісні риси вивчаються у концепції Великої п'ятірки; це такі риси як екстраверсія, доброзичливість, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість до досвіду. У таблиці 2.10 показана перевірка на нормальність розподілу показників методики «Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості (BFI-10)».

Таблиця 2.10

**Перевірка на нормальність за критерієм Шапіро-Уїлка показників
опитувальника BFI-10**

	Критерій Шапіро-Уїлка		
	Статистика	ст.св.	Значимість
Екстраверсія	,969	365	,000
Доброзичливість	,919	365	,000
Добросовісність	,876	365	,000
Емоційна стабільність	,973	365	,000
Відкритість до досвіду	,947	365	,000

Розподіл для жодного досліджуваного показника не є нормальним, тому далі ми будемо використовувати непараметричні методи статистичного аналізу. Проведемо порівняльний аналіз для цих особистісних рис між 4-ма групами, використовуючи критерій Краскала-Уолліса. Результат представлений у таблиці 2.11.

Таблиця 2.11

Порівняння показників опитувальника BFI-10 (за критерієм Краскала-Уолліса)

<i>Нульова гіпотеза: розподіл за показником є однаковим для всіх визначених підгруп</i>	Критерій Краскала-Уолліса	
	Значимість	Висновок
Екстраверсія	0,69	Нульова гіпотеза приймається
Доброзичливість	0,00	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
Добросовісність	0,00	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
Емоційна стабільність	0,00	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
Відкритість до досвіду	0,01	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>

Як видно з таблиці, немає відмінностей у розподілі груп лише за показником «екстраверсія», за усіма іншими показниками були виявлені відмінності. Порівняння середніх за показниками: доброзичливість, добросовісність, емоційна стабільність, відкритість до досвіду (за ними були виявлені відмінності) представлено у таблиці 2.12.

Таблиця 2.12

Порівняння середніх для показників опитувальника BFI-10

		Середнє	Середньокв. відх.
Доброзичливість	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	10,51	2,145
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	11,19	1,671
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,63	2,636
	4-а група: здорові жінки	10,68	2,283
Добросовісність	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	12,00	2,280
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	11,90	2,251
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	10,74	2,342
	4-а група: здорові жінки	10,64	2,634
Емоційна стабільність	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,07	2,042
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	9,10	2,301
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	7,65	2,415
	4-а група: здорові жінки	8,45	2,679
Відкритість до досвіду	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	10,83	2,369
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	11,08	2,380
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,93	2,645
	4-а група: здорові жінки	10,35	2,345

Як видно з таблиці, 1-а група (жінки з РМЗ) та 2-а група (жінки із доброякісними утвореннями) досить схожі за особистісними рисами, та відрізняються від третьої та четвертої груп. Так обидві групи мають підвищену доброзичливість, емоційну стабільність та, у меншій мірі, відкритість до досвіду. Значне перевищення цих показників у порівнянні із контрольною групою вказує на їх надмірність.

Жінки з надмірною доброзичливістю характеризуються: безвідмовністю, виконують усі побажання, прохання інших, навіть якщо це шкодить їх планам, виснажує їх чи суперечить їх інтересам; гострою потребою пояснювати, чому вони не можуть щось зробити; після відмови відчувують провину, сором або страх, що їх розлюблять чи відкинуть; не скаржаться, щоб не засмутити іншу людину. Додатково, ці жінки беруть на себе тягар чужого життя. Вони відчувують особисту відповідальність за настрій, щастя та успіх іншої людини; постійно надають поради або пропонують допомогу, навіть коли їх про це не просять; не дають людям можливості самостійно впоратися з труднощами (через страх, що вони зазнають невдачі, або через бажання відчувати себе незамінною), оскільки відчуття власної значущості залежить від того, наскільки ви корисні іншим. Надмірна емоційна стійкість проявляється у приховування справжніх почуттів: жінки кажуть, що все гаразд, навіть якщо вони роздратовані, засмучені або злі або підлаштовуються свої погляди, інтереси та поведінку під співрозмовника, щоб він вас схвалив. Справжні емоції приховуються і починають діяти із середини, впливаючи на внутрішні психологічні стани жінки. Іноді придушені емоції прориваються у формі непропорційної реакції на дрібницю (гнів, сльози).

Ці результати відповідають поглядам, викладеним у роботі Temoshok, 2020, де описуються особистісні риси людей, схильних до розвитку в них онкологічних захворювань, а саме: пасивно-покірна поведінка, із тенденцією

до емоційного придушення власних негативних емоцій – гніву, страху, відчаю, підвищена емпатія, надвідповідальність.

Важливою особистісною рисою, яка може попереджати розвиток онкологічного захворювання, є психологічна стійкість, стійкість до стресу, резильєнтність. Для вивчення цієї характеристики використовувались дві методики: Шкала психологічної стійкості (резильєнтності) Коннора – Девідсона CD-RISC-10 (адаптація Школіна Н.В. та ін.) та Опитувальник резильєнтності Ніколсона МакБрайда (NMRQ). Оцінка нормальності відповідних показників представлена у Таблиці 2.13

Таблиця 2.13

Перевірка на нормальність за критерієм Шапіро-Уїлка показників резильєнтності

	Критерій Шапіро-Уїлка		
	Статистика	ст.св.	Значимість
Резильєнтність за NMRQ	,991	365	,034
Резильєнтність за CD-RISC-10	,988	365	,004

Розподіли обох досліджуваних показників не є нормальними, тому далі ми будемо використовувати непараметричні методи статистичного аналізу. Результати порівняльного аналізу показників резильєнтності за критерієм Краскала-Уолліса представлені у таблиці 2.14.

Таблиця 2.14

Порівняння показників резильєнтності (за критерієм Краскала-Уолліса)

<i>Нульова гіпотеза: розподіл за показником є однаковим для всіх визначених підгруп</i>	Критерій Краскала-Уолліса	
	Значимість	Висновок
Резильєнтність за NMRQ	0,26	Нульова гіпотеза приймається
Резильєнтність за CD-RISC-10	0,00	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>

Результат декілька несподіваний, розбіжності між групами виявилися лише за одним показником, хоч обидва показники розглядають теоретично той і самий конструкт. Розглянемо середні значення двох показників за групами, результат представлений у таблиці 2.15.

Таблиця 2.15

Порівняння середніх для показників резильєнтності

		Середнє	Середньокв. відх.
Резильєнтність за NMRQ	1-а група: жінки з РМЗ	42,71	5,538
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	42,87	6,141
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	41,95	6,660
	4-а група: здорові жінки	42,03	6,312
Резильєнтність за CD-RISC-10	1-а група: жінки з РМЗ	23,39	5,965
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	23,91	6,367
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	26,00	6,218
	4-а група: здорові жінки	26,31	5,827

Як видно з таблиці, резильєнтність жінок з першої та другої груп нижча, ніж резильєнтність жінок з третьої та четвертої груп, проте статистично значимо це визначено лише за методикою CD-RISC-10. Вважаємо, що причиною таких розбіжностей є відмінності у формулюванні питань у двох використаних опитувальниках. Питання у методиці CD-RISC-10 чіткіші, зрозуміліші, приміром «Можу впоратися з неприємними почуттями», проти, приміром, досить розмитим питанням «Загалом мені вдається сподіватися на краще» у NMRQ. Тому можна сказати, що методика

CD-RISC-10 точніша і, відповідно, у жінок з першої та другої груп спостерігається зниження резильєнтності, тобто їх здатність протистояти стресовим подіям, втратам або хворобі, знаходити щось хороше у складній ситуації, віднаходити щось нове у скрутній ситуації знижена. Вони більше схильні тривожитися через неприємності, мають труднощі з адаптацією, не завжди здатні позитивно переосмислити події власного життя. Зниження резильєнтності проявляється через таке: реакція на проблему є непропорційною та затягується, наприклад, сильна тривога, панічні атаки, тривалий відчай або пригніченість, постійне прокручування травматичних подій; виникнення відчуття безсилля та безнадійності, апатія; схильність перебільшувати негативні наслідки подій, уявляючи найгірший можливий сценарій; ригідність, нездатність адаптувати свої погляди або поведінку відповідно до нових обставин.

Найбільш широко і глибоко особистісні риси досліджуються у Вісбаденському опитувальнику з позитивної психотерапії та сімейної терапії Н. Пезешкіана (WIPPF). WIPPF – це психотерапевтичний інструмент, придатний для застосування у діагностиці, консультуванні, індивідуальній чи сімейній терапії, його можна вважати інструментом транскультурної психотерапії, яка виходить за рамки окремих шкіл. Опитувальник допомагає у визначенні внутрішніх ресурсів особистості у досягненні нею позитивних життєвих пріоритетів.

Позитивна психотерапія розглядає особистісні особливості, так звані «здібності» людини. Проте тут здібності розуміються не так, як це робиться в психології обдарованості або творчості, а як певні психологічні риси людини. Позитивне уявлення про людину виходить з того, що кожна людина від народження володіє двома основними здібностями: пізнавати і любити. Залежно від вроджених фізичних даних, зовнішнього середовища (особливості сім'ї та культурної приналежності), специфіки епохи, в якій живе людина, дві названі здібності – «знати» (когнітивна характеристика) і

«любити» (емоційна характеристика) – диференціюються. Цим самим створюються неповторні комбінації основних рис особистості. Обидва види здібностей знаходяться у тісному взаємозв'язку: рівень розвитку однієї з них підтримує і полегшує розвиток іншої. Запитання опитувальника щодо самооцінки цих здібностей, змісту конфлікту, конфліктних реакцій і зразків для наслідування дозволяють отримати картину розвитку особистісних рис, психодинаміки конфліктів, характерних для досліджуваного, та його реакцій.

Здібності з погляду позитивної психотерапії можуть бути вродженими («базові здібності»), або сформованими в процесі розвитку особистості («актуальні здібності»). Також вони підрозділяються первинні (емоційні потреби й особливості людини) та вторинні (когнітивні, пізнавальні). «Первинні» здібності на першому етапі формуються через споглядання за поведінкою батьків або інших близьких людей, подальше вони проявляються у поведінці самої людини. Це такі здібності як терпіння, довіра, наявність часу, надія, ніжність, любов, віра, створення контактів з іншими людьми. Вони є фундаментальними для психологічно здорового розвитку немовля, яке потребує тепла, уваги, терпіння та безумовного прийняття, що сприяє розвитку внутрішньої рівноваги нової особистості. Також, первинні здібності допомагають у формуванні позитивних стосунків з іншими, усвідомленні себе та світу навкруги і в адекватному вирішенні конфліктів, що виникають на життєвому шляху.

«Вторинні» або когнітивні здібності, а саме акуратність, охайність, пунктуальність, чемність, ввічливість, відкритість, старанність, обов'язковість, ощадливість, слухняність, справедливість, вірність виступають як соціальні норми, що використовуються у процесі вирішення конфліктів і непорозумінь. Також вони важливі для успішного навчання та у ситуації соціальної взаємодії, є основою для самовиховання та у врегулюванні міжособистісних відносин.

Додатково, в межах теорії позитивної психотерапії, пропонується модель балансу, що розглядає життя людини в чотирьох основних сферах: 1) біологічно-фізична сфера (фізична складова особистості): розглядається фізична активність людини, сприйняття нею матеріальних об'єктів, схильність проявляти ніжність і сексуальність, здатність до релаксації, важливість зовнішнього вигляду); 2) раціонально-інтелектуальна сфера (ментальна складова особистості): вивчаються професійні досягнення та здібності, що впливають на виконання робочих завдань або домашніх обов'язків, успішність навчання, тощо; 3) соціально-емоційна сфера (емоційна складова особистості): розгадаються відносини з іншими людьми та стилі контактів з близькими або друзями, схильність брати на себе соціальні зобов'язання та виконувати їх; 4) ціннісно-орієнтована сфера (духовна складова особистості): вивчаються плани на майбутнє, застосовні релігійні чи духовні практики, наявні мета та сенс життя, роздуми про життя і смерть, переконання, ідеї, фантазії. Мета створенні моделі балансу рівномірний розвиток усіх чотирьох сфер.

Також вивчається модель для наслідування для аналізу сімейних концепцій, що лежать в основі досвіду і розвитку особистості. Модель складається з чотирьох вимірів: 1) вимір “Я”: ставлення людини до самої себе, самооцінка, впевненість у власних силах, образ “Я”, базова довіра чи недовіра до світу і себе; 2) вимір “Ти”: стосунки з іншими, особливо з романтичними партнерами, модель для створенні таких взаємин – взаємовідносини батьків; 3) вимір “Ми”: відображає стосунки людини з її соціальним оточенням, друзями, рідними, що також будуються, виходячи із спогляданні за взаєминами батьків з різними соціальними групами; 4) вимір “Пра Ми”: відчуття сенсу життя і наявність мети життя, духовність/релігійні погляди та світогляд, також виходячи з того, як на ці питання відповідали батьки.

Опитувальник з позитивної психотерапії виявляє конфліктні реакції у чотирьох сферах балансової моделі (тілесні відчуття, прояви діяльності,

спілкування з іншими та світоглядні погляди на майбутнє), а також суб'єктивне сприйняття параметрів моделі наслідування (ставлення до мати, батька, інших значимих людей, тощо) з метою: 1) зміцнення позитивних якостей і навичок клієнта, 2) підтримки особистісного зростання, 3) розв'язання конфліктів та проблем (Сердюк, 2025).

Проведена оцінка нормальності показників WIPPF за критерієм Шапіро-Уїлка показала, що за жодним показником не спостерігається нормальний розподіл, тому далі ми будемо використовувати непараметричні методи статистичного аналізу. Повний аналіз нормальності розподілу представлений у Додатку А.

Проведене порівняння показників WIPPF між чотирма групами досліджуваних виявило наявність розбіжностей за такими показниками: когнітивні характеристики – акуратність ($p=0.00$), охайність ($p=0.00$), пунктуальність ($p=0.00$), ввічливість ($p=0.00$), старанність ($p=0.00$), ощадливість ($p=0.04$); слухняність ($p=0.00$); емоційні характеристики – час ($p=0.00$), контакти ($p=0.002$), віра/сенс/релігія ($p=0.003$); реакції на конфлікт – діяльність ($p=0.002$), контакти ($p=0.00$), фантазії/майбутнє ($p=0.003$); моделі наслідування – Я-батько ($p=0.005$), Я-інші ($p=0.001$), Ти ($p=0.005$), Пра Ми ($p=0.00$). Повністю порівняльний аналіз представлений у Додатку Б.

Розглянемо тепер середні значення показників WIPPF у різних групах. Зауважимо, що в опитувальнику WIPPF нормативними є середні за шкалою значення, що вказують на розвинену актуальну здібність та адаптивну реакцію, тоді як низькі значення вказують на недостатній розвиток здібності, а високі – на надмірний розвиток, коли чеснота перетворюється на недолік, або на активне відчуття недостатності розглядуваної здібності. Тому необхідно проводити порівняння не лише які показники більші, а які – менші, а додатково, які показники надмірні, а які – недостатні. Повністю середні за кожною групою та за кожним показником WIPPF представлені у Додатку В. Таблиця показує, що середні параметрів WIPPF для груп 1 і 2 (жінки з РМЗ і з доброякісними

новоутворення) досить часто схожі, і відрізняються від показників 3-ї та 4-ї груп (здорові жінки із родичками з РМЗ і контрольна група), при цьому середні параметрів, заміряні у групі 1 частіше виходять за межі групи.

Дамо психологічні характеристики параметрам WIPPF, для яких були виявлені відмінності між групами.

Когнітивні характеристики.

«Акуратність». Середні у групах 1 ($M=10,42$) і 2 ($M=9,99$) більші, ніж середні у групах 3 ($M=8,74$) і 4 ($M=8,55$). При цьому середнє групи 1 ($M=10,42$) виходить за межі норми, можна говорити про надмірну акуратність, а середнє групи 2 ($M=9,99$) лежить на межі норми і надмірності. Жінки з груп 1 і 2 характеризуються надмірною любов'ю до порядку, педантичністю, схильністю до постійного прибирання, що для них асоціюється із стабільністю їх життя.

«Охайність». Середні у групах 1 ($M=9,29$) і 2 ($M=9,22$) більші, ніж середні у групах 3 ($M=8,20$) і 4 ($M=8,34$). При цьому середні груп 1 і 2, хоч і не виходять за межі норми, проте наближаються до надмірних значень. Жінки з груп 1 і 2 характеризуються підвищеною увагою до охайного зовнішнього вигляду, чистоти навколо себе.

«Пунктуальність». Середні у групах 1 ($M=10,87$) і 2 ($M=10,30$) більші, ніж середні у групах 3 ($M=9,57$) і 4 ($M=9,29$). При цьому середні груп 1 і 2 є надмірними, що вказує на їх бажання завжди і всюди суворо дотримуватися часових домовленостей з точністю до хвилини, мати життя, розплановане за графіком.

«Старанність». Середні у групах 1 ($M=10,20$) і 2 ($M=9,80$) більші, ніж середні у групах 3 ($M=9,28$) і 4 ($M=8,82$). При цьому середнє групи 1 ($M=10,20$) виходить за межі норми, можна говорити про надмірну старанність, а середнє групи 2 ($M=9,80$) лежить на межі норми і надмірності. Жінки з груп 1 і 2 готові протягом тривалого часу вдаватися до напруженої та стомлюючої праці для досягнення певної мети без перерв, відволікання, через надзусилля.

Якщо взяти описані характеристики разом, до можна сказати, що жінки з груп 1 і 2 докладають багато, навіть надмірно багато зусиль для організації свого життя, простору навколо себе і часу свого життя то такого ступеню, коли все «розкладено поличками», життя йде за детальним та незмінним графіком. Це вказує на психологічні ригідність і негнучкість таких жінок: будь-яка несподівана подія викликає сильну тривогу, гнів або паніку, оскільки це руйнує ідеально складений графік; жінка не може насолоджуватися непередбачуваними, спонтанними моментами чи пропозиціями; навіть якщо обставини змінилися і правило стало неактуальним, жінка продовжує його дотримуватися, бо інакше відчуває дискомфорт або провину; навіть у вільний час жінка не може повноцінно відпочити, оскільки думки постійно зайняті перевіркою плану або внутрішнім «прибиранням». Жінка вірить, що, якщо вона зможе контролювати кожен аспект свого життя, то вона зможе запобігти біді, невдачі чи болю а її самооцінка починає залежати від ідеального порядку чи дотримання графіку, а не від справжніх внутрішніх якостей чи досягнень.

«Ввічливість» Середні у групах 1 ($M=9,92$) і 2 ($M=9,82$) більші, ніж середні у групах 3 ($M=9,09$) і 4 ($M=9,43$). При цьому середні груп 1 і 2, хоч і не виходять за межі норми, проте наближаються до надмірних значень. Жінки з груп 1 і 2 характеризуються таким ступенем ввічливості, коли вона поступово переходить у підлабузництво, невміння відмовляти людям, потребу сприйматися іншими незмінно добрими, милими.

«Слухняність» Середні у групах 1 ($M=9,22$) і 2 ($M=9,15$) більші, ніж середні у групах 3 ($M=7,98$) і 4 ($M=8,08$). При цьому середні груп 1 і 2, хоч і не виходять за межі норми, проте наближаються до надмірних значень. Жінки з груп 1 і 2 намагаються завжди виконувати прохання, доручення, накази зовнішнього авторитету навіть, коли це не відповідає їх власним потребам, всупереч власній волі.

Ці дві характеристики разом вказують на те, що жінки з груп 1 і 2 схильні піклуватися про інтереси інших, навіть коли це йде всупереч власним бажанням і потребам; вони покірні, не вміють відмовляти; вони не схильні проявляти неприязнь навіть до тих людей, які їм неприємні, намагаються завжди бути ввічливими, приховуючи власні емоції. Жінки відмовляються висловлювати незгоду, критику, або навіть пряму думку, якщо вона може бути сприйнята негативно; не кажуть прямо, що їх образили або вони не згодні.

«Ощадливість» Середні у групах 1 ($M=7,55$) і 2 ($M=7,48$) більші, ніж середні у групах 3 ($M=7,11$) і 4 ($M=6,90$). Середні для жінок з груп 1 і 2 не виходять за межі норми, тобто жінки характеризуються розумним ставленням до грошей та речей, помірною економією. Скоріше, жінки з контрольної групи не завжди вміють планувати матеріальні витрати.

Емоційні характеристики.

«Час» Середні у групах 1 ($M=9,74$) і 2 ($M=9,48$) більші, ніж середні у групах 3 ($M=8,46$) і 4 ($M=8,84$). Середні показника у групі 1, хоч і не виходить за межі норми, проте наближаються до надмірних значень. Жінки з групи 2 меншою мірою, а групи 1 більшою схильні приділяти надмірно уваги у задоволенні потреб значущих інших, що може зменшувати продуктивну діяльність. Вони регулярно скасовують власні плани, жертвують своїм часом, щоб допомогти комусь і через те відчують хронічну втому та емоційне виснаження, оскільки не мають ресурсу для себе, віддаючи його іншим.

«Контакти» Середні у групах 1 ($M=7,75$) і 2 ($M=7,99$) менші, ніж середні у групах 3 ($M=8,59$) і 4 ($M=8,68$). Показники усіх чотирьох груп знаходяться у межах норми, але зниження значень показників у групах 1 і 2 свідчать про те, що жінки з цих груп частіше відчують сором'язливість, невпевненість або напруженість у стосунках з іншими людьми. Раніше ми виявили, що за самозвітами жінки із діагнозом РМЗ знаходять розраду у спілкуванні з рідними і близькими, можуть поділитися з ними своїми проблемами. Проте результат,

отриманий за WIPPF, показує, що вільне спілкуванні з рідними і близькими – це скоріше бажання, ідеал, який не завжди досягається.

«Віра/сенси/релігія». Середнє значення показника у групі 1 ($M=9,36$) більше, ніж середні у групах 2 ($M=9,04$) і 3 ($M=9,02$) і суттєво більше середнього значення показника у групі 4 ($M=8,56$). Середнє значення показника у групі 1, хоч і не виходить за межі норми, проте наближається до надмірних значень. Це вказує на те, що для жінок з діагнозом РМЗ світоглядні, смисложиттєві проблем та питання віри є дуже важливими. Як було показано вище, у цих жінок знижений показник «цілі у житті». Все це вказує на те, що жінки із діагнозом РМЗ відчують себе розгубленими на своєму життєвому шляху, переживають екзистенціальну кризу, період глибокого внутрішнього сумніву та тривоги щодо сенсу, мети та цінності власного життя та існування загалом.

Реакція на конфлікт.

«Діяльність» Середні у групах 1 ($M=9,87$) і 2 ($M=9,58$) декілька більші, ніж середні у групах 3 ($M=9,15$) і 4 ($M=8,99$). При цьому середні груп 1 і 2, хоч і не виходять за межі норми, проте наближаються до надмірних значень. Жінки з груп 1 і 2, з одного боку, здатні почати активно вирішувати свою проблему, тобто звертатися до лікарів, проходити обстеження та лікування, не забувати обстежуватися під час ремісії тощо; з іншого боку, вони схильні вирішувати проблеми за допомогою активної діяльності, яка насправді не пов'язана із реальним вирішенням проблеми (наприклад, прибирати, чистити, заглибитись у навчання та ін.), із (свідомим чи несвідомим) наміром «забути» про проблеми. Особливо це стосується жінок з діагнозом РМЗ.

«Контакти» Середнє значення показника у групі 1 ($M=9,13$) більше, ніж середні у групах 2 ($M=8,72$) і 3 ($M=8,76$) і суттєво більше середнього значення показника у групі 4 ($M=7,85$). При цьому середнє значення показника у групі 1 все ще залишається в межах норми. Жінки з діагнозом РМЗ здатні встановлювати та підтримувати стосунки при виникненні

проблем, тобто обговорювати проблему із лікарями, у групі підтримки, шукати необхідну інформацію. Проте іноді вони не стільки дійсно спілкуються з метою вирішити свою проблему, скільки «утікають» від проблеми у спілкування.

«Фантазії/майбутнє» Середнє значення показника у групі 1 ($M=9,86$) більше, ніж середні у групах 2 ($M=9,70$) і 3 ($M=9,70$) і суттєво більше середнього значення показника у групі 4 ($M=9,16$). Середнє значення показника у групі майже вийшло із меж норми, можна сказати, ця реакція на конфлікт проявляється надмірно. Жінки з діагнозом РМЗ схильні «утікати» у фантазії, або шукати якісь нетрадиційні підходи до вирішення проблеми. У випадку діагнозу РМЗ це тривожна тенденція, оскільки може вказувати на те, жінки, замість отримання лікування у сертифікованих центрах, почнуть звертатися до «народних цілителів», «екстрасенсів» тощо, тим самим запускаючи хвороби і знижуючи шанси на одужання.

Модель наслідування.

«Я-батько» Середнє значення показника у групі 1 ($M=9,22$) більше, ніж середні у групах 2 ($M=8,67$) і 3 ($M=8,48$) і суттєво більше середнього значення показника у групі 4 ($M=7,96$). Середнє значення показника у групі 1, хоч і не виходить за межі норми, проте наближається до надмірних значень. Залежно від ситуації, це може означати як теплі, дружні стосунки з батьками, так і бажання мати такі стосунки, ідеал стосунків, або відчутті гіперопіки.

«Я-інші» Середні у групах 1 ($M=7,82$) і 2 ($M=7,67$) декілька більші, ніж середні у групах 3 ($M=6,37$) і 4 ($M=6,42$). Середні значення не виходять за межі норми у всіх 4-х групах; це вказує на здорові, достатньо теплі стосунки з іншими, без надмірної опіки.

«Ти» Середнє значення показника у групі 1 ($M=9,13$) більше, ніж середні у групах 2 ($M=8,81$) і 3 ($M=8,63$) і суттєво більше середнього значення показника у групі 4 ($M=8,12$). Середнє значення показника у групі 1, хоч і не виходить за межі норми, проте наближається до надмірних значень.

Залежно від ситуації, це може означати як дійсно позитивні, безпроблемні взаємини між батьками, так і бажання жінок так бачити ці взаємини.

«Пра Ми» Середнє значення показника у групі 1 ($M=8,57$) більше, ніж середні у групах 2 ($M=8,06$) і 3 ($M=7,87$) і суттєво більше середнього значення показника у групі 4 ($M=6,97$). Середні значення не виходять за межі норми у всіх 4-х групах; це означає, що жінки з усіх груп сприймають ставлення своїх батьків (і це віддзеркалюється в їх власному ставленні) до питань світогляду, релігії, сенсу життя та до майбутнього як оптимістичне, обнадійливе, мотивуюче. Проте у жінок з РМЗ ставлення більш оптимістичне, із надією на краще у майбутньому.

Розгляд моделей наслідування показує, що жінки з діагнозом РМЗ при побудові власного образу Я надмірно покладаються на погляди своїх батьків, ідеалізуючи їх, на маючи жодного бажання відсторонитися від них, побудувати незалежний образ Я.

Додатково розглянемо кумулятивні шкали опитувальника WIPPF. Опитувальник має три шкали соціальних норм та три шкали реляційних можливостей. Ці шкали важливі самі по собі, але також важливо їх порівняння між собою (Сердюк, 2022) .

Шкали соціальних норм: «*a*». (психодинамічний Ego-вимір): активний вимір актуальних здібностей («як я бачу себе у власній поведінці» або як я описую себе та свою активну поведінку з погляду соціальних норм, власна здатність регулювати свою поведінку і діяльність); «*r*». (психодинамічний It-вимір): реактивний вимір актуальних здібностей («як я бачу себе в своїх очікуваннях на реакції з боку інших» або як я описую очікування стосовно себе з боку інших, очікування чогось від інших стосовно певних здібностей); «*k*». (психодинамічний Super-ego-вимір): концептуальний вимір актуальних здібностей (які я бачу концепції й особливості, які мають бути дійсними для всіх, або як я описую загальну суть мого життя, здатність слідувати ідеалам та переконанням).

Якщо активна поведінка (а) і загальна концепція (к) більш-менш однакові (+/- 2 бали), це «нормально» через те, що внутрішні концепції діють як власні ідеали і власна дія «вписується» в рамки соціальних норм (це стосується когнітивних здібностей). Якщо (а) набагато вище (к), це означає, що ідеали знехтувані, іноді це може бути станом бунту проти норм і супер-его. Якщо («к») вище власної поведінки в соціальних нормах («а»), то це викликає внутрішні конфлікти через невідповідність високому ідеалу. Якщо очікування соціальних норм від інших (г) трохи менше, (а) і (к), це «нормально». Якщо є вищі очікування щодо соціальних норм, які проявляють інші (г), порівняно із (а) і (к), це означає розчарування в собі та відчуття меншого контролю над власними когнітивними здібностями.

Шкали для оцінки реляційних можливостей: «е». (Я-ставлення): як я ставлюсь до себе. Наприклад: час для себе, терпіння до себе, власна здатність встановлювати контакти, власна віра в себе. «w». (Ми-ставлення): як я ставлюсь до інших. Наприклад: приділяти час іншим, мати терпіння з іншими, важливість контактів, віра важлива для мене, якщо я розділяю цю віру з іншими. «і». (Ідеал у ставленні): це «ідеальний» вимір первинних (емоційних) актуальних здібностей, як мої ідеали відповідають конкретній первинній (емоційній) здібності. Наприклад: час і його значення в цілому, терпіння як людська здатність, взаємини з іншими і її значення в цілому як ідеал, віра як надання сенсу в цілому.

Якщо ставлення до себе (е) більш-менш таке як внутрішній ідеал (і), то це «нормально». Якщо здібності з приводу їх докладання до інших (w) вищі, ніж ідеал (і), то це означає, що є дефіцит самоповаги, який хочеться заповнити чимось іншим. Великі розбіжності між показниками можуть бути ознакою різних порушень в системі ставлень особистості. У Таблиці 2.16 показані середні значення порівняння цих показників за групами досліджених жінок.

Таблиця 2.16

Порівняння кумулятивних шкал опитувальника WIPPF за групами

	Кількість	Середнє	Среднекв.відхіл.
Група 1. Жінки з діагнозом РМЗ			
a-k	76	1,0526	3,42499
a-r	76	1,0526	3,42499
k-r	76	-,8026	3,65521
e-i	76	-1,5658	2,61960
w-i	76	-4,6842	2,89003
Група 2 Жінки із доброякісними новоутвореннями			
a-k	89	,9438	3,21346
a-r	89	,9438	3,21346
k-r	89	,4270	3,46045
e-i	89	-1,6854	2,34809
w-i	89	-4,3034	3,00153
Група 3 Здорові жінки з родичками з РМЗ			
a-k	46	,2391	4,56160
a-r	46	,2391	4,56160
k-r	46	-,5000	3,94828
e-i	46	-1,8043	3,47448
w-i	46	-2,8261	3,26125
Група 4 Здорові жінки			
a-k	154	1,0974	3,67071
a-r	154	1,0974	3,67071
k-r	154	-,0455	3,25464
e-i	154	-1,8766	2,95351
w-i	154	-2,4026	3,16128

Примітка: а – психодинамічний Его-вимір; г – психодинамічний Іт-вимір; к – психодинамічний Super-ego-вимір; е – Я-ставлення; w – Ми-ставлення; і – Ідеал у ставленні

У всіх групах, крім жінок із доброякісними новоутвореннями спостерігається перевищення психодинамічного Іт-виміру (очікування певного ставлення або вимоги від інших) над психодинамічним Super-ego-виміром (ідеї, концепції, переконання які мають належати усім з моєї точки зору). Це вказує на певне відчуття недостатнього власного контролю над власними вторинними (когнітивними) здібностями. Але цей результат характерний майже для всієї вибірки і тут можна говорити про особливості жінок українського суспільства загалом. Важливішим для нашого дослідження є той факт, що показник і – Ідеал у ставленні перевищує показник w – Ми-ставлення у всіх досліджених групах, але у групах 1 і 2 (жінки з діагнозом РМЗ або доброякісними новоутвореннями) таке перевищення значно більше. Це вказує на те, що власні здібності описуються жінками занадто високими, тобто значною мірою йдеться не про актуальний розвиток оцінюваних здібностей, а як потреба в здібності, недосяжний ідеал, надмірну вимогливість до самої себе щодо розвитку певної здібності. Цей результат узгоджується із попереднім аналізом окремих здібностей.

Якщо підбити підсумки до розглянутих показників WIPPF то видна загальна тенденція у збільшенні розбіжностей показників між контрольною групою та іншими обстеженими групами. Найменші розбіжності були для показників контрольної групи та групи здорових жінок із родичками з РМЗ (3-я група); 2-га група (жінки із доброякісними новоутвореннями) стоїть трохи далі; і жінки із діагнозом РМЗ відрізнялися від здорових жінок за їх психологічними характеристиками найбільше. Депресивні розлади, підвищення тривоги, ознаки ПТСР, виявлені нами й описані на початку цього підрозділу можуть бути гострою реакцією на стрес, на звістку про загрозливий діагноз. На відміну від цього, психологічні характеристики, що вивчалися за опитувальником WIPPF, – це характеристики, які формувалися і розвивалися протягом багатьох років, іноді з дитинства. Тому виявлені відмінності можна трактувати як психологічні особливості, які є чинниками

розвитку РМЗ. Цей висновок також підтверджується тим фактом, що за багатьма показниками, особливо когнітивними та емоційними характеристиками, групи жінок з діагностований РМЗ та доброякісними новоутворенням виявилися ближчими одна до одної у порівнянні із групами жінок, які здорові або здорові, але мають родичок з РМЗ.

Таким чином із аналізу проведеного у цьому підрозділі ми можемо зробити такий висновок.

1. Жінки з діагнозом РМЗ на ситуативному рівні (після постановки діагнозу) характеризуються найвищими рівнями депресії, тривожності, а також мають ознаки ПТСР; емоційно-психологічний стан таких жінок знижений, вони постійно тривожаться про свій діагноз, про перспективи розвитку хвороби, їх думки про подальше життя депресивні, і все це призводить до розвитку ознак ПТСР. Ці жінки відчують себе розгубленими, їх картина світу змінюється; те, що вчора здавалося важливим, сьогодні вже не важливо, деякі цілі вже здаються недосяжними; інші треба відкласти до моменту одужання або «кращих часів», що виражається у зниженні показника «цілі життя».

2. Стосовно більш стійких особистісних рис, які у своїй сукупності можуть стати психологічним чинником розвитку РМЗ, можна сказати таке. Жінки з діагнозом РМЗ мають підвищену, можна сказати навіть надміру доброзичливість та надмірну емоційну стабільність. Надмірна доброзичливість проявляється у надмірній ввічливості, поступливості або бажанні догодити іншим, навіть на шкоду собі. Причиною цього може бути страх конфлікту – жінка уникає суперечок будь-якою ціною; потреба в схваленні – бажання бути прийнятим і улюбленим усіма; низька самооцінка – переконання, що власні потреби менш важливі. Це веде до емоційного вигорання, збільшується ризик підпасти під маніпуляції інших, або жінка перестає бути собою, підлаштовується під інших. Надмірна емоційна стабільність – це явище, коли жінка настільки контролює свої емоції, що

здається емоційно непроникною або навіть байдужою, емоції сприймаються жінкою як загроза стабільності. Але насправді емоції існують, але вони придушуються, працюють не назовні, видимі іншим людям, а у середину, у внутрішньому психологічному просторі особистості. В цілому жінки з діагнозом РМЗ схильні піклуватися про інтереси інших, навіть коли це йде всупереч власним бажанням і потребам; вони покірні, не вміють відмовляти; вони не схильні проявляти неприязнь навіть до тих людей, які їм неприємні, намагаються завжди бути ввічливими, приховуючи власні емоції. У жінок з діагнозом РМЗ спостерігається знижена резильєнтність у порівнянні з контрольною групою, тобто їх здатність протистояти стресовим подіям, втратам або хворобі, знаходити щось хороше у складній ситуації, віднаходити щось нове у скрутній ситуації знижена. Вони більше схильні тривожитися через неприємності, мають труднощі з адаптацією, не завжди здатні позитивно переосмислити події власного життя. Додатково такі жінки докладають багато, навіть надмірно багато зусиль для організації свого життя, простору навколо себе і часу свого життя до такого ступеню, коли все «розкладено поличками», життя йде за детальним та незмінним графіком, що знижує адаптивність таких жінок до у ситуаціях змін.

3. Якщо говорити про дії жінок з діагнозом РМЗ у складних ситуаціях (діагностуванні хвороби), то вони здатні встановлювати та підтримувати стосунки при виникненні проблем, тобто обговорювати проблему із лікарями, у групі підтримки, шукати необхідну інформацію. Проте іноді вони не стільки дійсно спілкуються з метою вирішити свою проблему, скільки «утікають» від проблеми у спілкування. Додатково жінки з діагнозом РМЗ схильні «утікати» у фантазії, або шукати якісь нетрадиційні підходи до вирішення проблеми, що може перешкоджати лікуванню.

2.4 Психологічні чинники, предиктори та закономірності виникнення захворювання у жінок з доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози

Проведене нами емпіричне порівняльне дослідження дозволило виявити, що особистісні риси жінок з діагнозом РМЗ відрізняються від рис жінок з інших груп. Особливо сильна ця відмінність із жінками з контрольної групи (здоровими жінками). Для виявлення, чи складаються ці особливості у сталий психологічний конструкт, який можна описати як психологічний чинник, що сприяє розвитку РМЗ, проведемо факторний аналіз.

Для виокремлення факторів використовувався метод головних осей та метод обертання варимакс з нормалізацією Кайзера. Метод головних осей фокусується на спільній дисперсії між змінними, що є стандартним підходом для ідентифікації латентних психологічних конструктів. Мета варимакс ротації полягає у максимізації дисперсії (варіативності) квадратів факторних навантажень для кожного фактору що приводить до того, що кожна змінна має високе навантаження лише на один фактор і близьке до нуля навантаження на решту факторів. Це забезпечує ортогональність та просту структуру результату. Обертання зійшлося за 7 ітерацій, що свідчить про стабільність та ефективність отриманого рішення, і було виокремлено 6 факторів, які пояснюють 61% варіабельності. Повний список факторів та коефіцієнтів для параметрів, що вивчалися представлені у Додатку Д.

Фактор 1. Фактор 1 є найбільш потужним і комплексним, об'єднуючи значну кількість соціальних, емоційних та екзистенційних конструкцій. Ключові змінні, які формують його ядро: час (.691), довіра (.670), позитивні взаємини з іншими (.664), віра/сенс/релігія (.642), вірність (.602), відкритість (.607), любов (.519), надія (.507), ніжність/сексуальність (.458), справедливість (.447), та особистісне зростання (.429).

Фактор об'єднує конструкції, пов'язані з позитивною орієнтацією на інших (довіра, вірність, любов, позитивні взаємини) та внутрішнім відчуттям змісту (віра/сенси, надія). Довіра є фундаментальною основою, що формує всі соціальні відносини. Довіра поряд з надією вказує на здатність бачити майбутнє як надійне, змістовне, емоційно насичене, що є критичним для повноцінного психологічного благополуччя. «Відкритість» разом з «особистісним зростанням» вказує на відкритість до взаємодії та готовність до глибокої емоційної прив'язаності (вірність, любов). Це означає, що особистісне зростання у жінок за діагнозом РМЗ відбувається через встановлення глибоких близьких стосунків, соціальну взаємодію та емоційну близькість, а не через індивідуалістичний розвиток. З погляду жінок з діагнозом РМЗ ключ до повноцінного життя знаходиться у встановленні глибоких близьких стосунків: це може бути сім'я, романтичні партнери, друзі чи спільнота. Ними цінуються співзалежність, взаємна підтримка та емоційний зв'язок. Вони значно меншою мірою підтримують цінності, орієнтовані на самостійне вдосконалення, особисті досягнення, фінансовий успіх чи автономію.

Таким чином, Фактор 1 можна назвати *«довіра та соціально обумовлена поведінка»*

Фактор 2. Фактор 2 фокусується на поведінкових проявах порядку, дотримання норм та ретельності. Ключові змінні включають: старанність (.715), вічливість (.710), контакти – реакція на конфлікт (.707) 1. акуратність (.657), слухняність (.630), пунктуальність (.503), резильєнтність за CD-RISC-10 (-.483), Я інші (.447). Ці показники чітко описують сумлінність, відповідальність, структурований підхід до виконання діяльності та організації життя в цілому.

Показники вічливість, слухняність та акуратність відображають підпорядкування життя досліджуваних жінок зовнішнім соціальним чи етичним нормам. Наявний сильний негативний зв'язок зі змінною

резильєнтність за CD-RISC свідчить про те, що високий рівень зовнішньої, часто ригідної, дисципліни (слухняність, акуратність) пов'язаний із низькою психологічною стійкістю. Резильєнтність вимагає гнучкості, здатності адаптуватися та коригувати плани у складній ситуації. Жінки, які надмірно орієнтовані на абсолютний порядок і підпорядкування, можуть відчувати значну дезадаптацію, коли їх жорсткий поведінковий чи когнітивний каркас порушується непередбачуваними життєвими обставинами. Додатково, показники контакти – реакція на конфлікт та Я інші вказують на те, що у складній ситуації жінки з діагнозом РМЗ схильні полагатися на погляди, вказівки, інструкції інших, ніж вдаватися до активних дій на власний розсуд. Таким чином, Фактор 2 можна назвати *«соціально обумовлена дисципліна і ригідність поведінки»*, що підкреслює його потенційно дисфункціональний характер у складній або невизначеній ситуації.

Фактор 3. Фактор 3 включає конструкти, що описують реляційну ідентичність особистості, тобто частину самосвідомості людини, яка визначається її зв'язками та стосунками з батьками, іншими значущими людьми, а не лише її індивідуальними рисами. Ключові змінні: Ти (.794), Я батько (.770), Ми (.660), надія (.547), Я мати (.521), ніжність/сексуальність (.497), Пра Ми (.496) та самоприйняття (.441).

Цей фактор відображає не просто наявність позитивних відносин з іншими (як це робить фактор 1), а структуру внутрішньої репрезентації ідентичності (образ Я) через відносини прив'язаності із батьками або іншими значимими. Надзвичайно високі навантаження «Ти» (.794), «Я батько» (.770) та «Я мати» (.521) вказують на те, що формування самосвідомості у жінок з діагнозом РМЗ значною мірою базується на інтерналізації образів значущих інших, особливо батьківських фігур та на глибокому емоційному зв'язку з ними. Вони формують свою поведінку, емоції та мотивацію у відповідь на взаємодію з близькими. У термінах особистісного становлення можна говорити, що цілісність образу Я таких жінок досягається тоді, коли це «Я»

узгоджується з інтерналізованим «Ти» та «Ми». Реляційна ідентичність розглядає Я як динамічний конструкт, який формується та існує в діалозі з іншими. Жінка включає певні аспекти конкретних стосунків у своє базове відчуття себе. Основним рушієм створення Я-образу є доброзичливість та сила стосунків, а самооцінка виводиться з виконання зобов'язань у цих ролевих стосунках, що відбивається у самоприйнятті. Самоприйняття часто розглядається як внутрішня, індивідуальна оцінка себе (включаючи прощення та позитивне самооставлення). Проте наявність його у цьому факторі, у комбінації із інтерналізованими особистісними конструктами, побудованими на основі взаємодії із значимими іншими, говорить про те, що прийняття себе у жінок з діагнозом РМЗ є значною мірою результатом формування Я-образу через прив'язаність до батьків або інших значимих людей. Таким чином, Фактор 3 можна назвати *«самоприйняття через прив'язаність до інших»*.

Виявлена факторна структура узгоджується з результатами кореляційного та регресійного аналізу самоприйняття як внутрішнього ресурсу стійкості. Зокрема, було встановлено, що самоприйняття позитивно пов'язане з позитивними взаєминами з іншими, надією, любов'ю, довірою, особистісним зростанням та управлінням середовищем. Найбільш значущими предикторами самоприйняття виступили управління середовищем, надія, емоційна стабільність, особистісне зростання, відкритість досвіду та позитивні взаємини з іншими. Отже, самоприйняття в умовах життєвої кризи є не ізольованою характеристикою Я, а формується в системі суб'єктності, смислової перспективи, емоційної регуляції та значущих міжособистісних зв'язків.

Фактор 4. Фактор 4 має високі навантаження таких особистісних рис: доброзичливість (.674), добросовісність (.587), відкритість до досвіду (.459), особистісне зростання (.414) та ощадливість (-.425). Об'єднання доброзичливості, добросовісності та компонента адаптивності (особистісне

зростання) вказує на те, що цей фактор вказує на особистісну стабільність або зрілість особистості. Об'єднання показників відкритість до досвіду та особистісне зростання вказують на інтелектуальна гнучкість та допитливість. Тобто цей фактор описує загальну соціальну та поведінкову зрілість. Цей висновок підтверджуються тим фактом, що середній вік досліджуваних жінок був досить високим (42 роки). Таким чином, Фактор 4 можна назвати *«зрілість особистості»*.

Фактор 5. Фактор 5 загалом відображає аспект психологічного благополуччя. До нього входять: автономія (.740), цілі у житті (.403), управління середовищем (.380); додатково сюди входить 2.охайність (.428), яку можна інтерпретувати як прояв управління середовищем. Цей фактор відображає внутрішній локус контролю (який проявляється через автономію) та самовизначення. Фактор 5 підтверджує, що внутрішня незалежність є окремим і необхідним компонентом успішного психологічного функціонування. Проте, хоч вона є внутрішнім чинником, вона також пов'язана із вмінням організовувати власне життя у зовнішньому просторі. Таким чином, Фактор 5 можна назвати *«автономність та самокерування»*.

Фактор 6. Цей фактор містить лише один показник – емоційну стабільність (.756). Як вже зауважувалося вище, емоційна стабільність не завжди позитивна характеристика, оскільки може вказувати не на здатність до швидкого та безболісного відновлення після стресу, а на спрямованість емоцій у внутрішній простір особистості без зовнішніх проявів. Таким чином, фактор 6 можна назвати *«емоційна стабільність»*.

Як у кожної людини, у жінок з діагнозом РМЗ є як сильні сторони, так і недоліки, які в контексті нашого дослідження можуть стати психологічними чинниками або психологічними предикторами розвитку раку молочної залози.

По-перше, це надмірна прив'язаність до значимих близьких, схильність будувати власний образ Я на основі думок та поглядів інших. Тому ці жінки

намагаються всю себе віддати іншим, підпорядковуючи власні потреби й інтереси потребам, бажанням, інтересам інших людей. Жінки намагаються підлаштовуватися під те, ким, на її думку, її партнер чи значуща фігура хоче її бачити. Така поведінка є намаганням гарантувати близькість і уникнути відчуття покинутості.

По-друге, жінки з діагнозом РМЗ надмірно орієнтовані на абсолютний порядок, повну організацію власного життя. Вони вважають таке своє прагнення до порядку правильним, хоча і виснажливим, порядок та організованість є їх життєвою філософією. При цьому у виборі лінії поведінки вони підпорядковуються зовнішнім авторитетам. Авторитети забезпечують чітку, недвозначну систему правил, яких можна і треба ідеально дотримуватися. Це допомагає жінці уникнути емоційної та когнітивної невизначеності. Саме тому вони відчують значну дезадаптацію, коли цей жорсткий поведінковий чи когнітивний каркас їх життєвого шляху порушується непередбачуваними життєвими обставинами, що проявляється у зниженій резильєнтності. Під впливом фруструючих ситуацій, психіка формує ригідні, автоматичні та неусвідомлювані процеси відображення світу та регуляції поведінки, оскільки ригідний контроль над зовнішнім середовищем та дотримання правил організації життя забезпечують відчуття безпеки та передбачуваності. Такій поведінці не вистачає гнучкості та адаптивності.

По-третє, жінки з діагнозом РМЗ не схильні проявляти свої емоції, утримуючі їх у собі, у своєму внутрішньому просторі. У стосунках із значимими іншими заборона собі почуттів приймається за норму, оскільки це дозволяє уникати конфліктів. Конфлікт розглядається як пряма загроза стосункам, а отже, і особистій безпеці. Отже жінки у стосунках намагаються бути завжди дружніми, приязними, навіть коли або контрагент у стосунках, або самі стосунки не задовольняють жінку.

Отримані результати певною мірою відповідають результатам, викладеним у (Peterková et al., 2017; Rymarczyk et al., 2020; Eysenck, 1994; Morris et al., 1981), де зазначалося, що жінки з РМЗ характеризується нездатністю розпізнати внутрішні фізичні чи емоційні сигнали, відсутністю вираження емоцій і потреб, не вмінням розказати про свої емоції і потреби, зовнішньою зосередженістю на потребах і почуттях інших, а також ілюзією нормальності та психічного здоров'я. Такі жінки зазвичай утримуються від вираження злості або інших негативних емоцій, демонструють покірність, доброзичливість і схильні підкорятись соціальним очікуванням. Вони прагнуть до гармонії, підтримки відносин і уникнення конфліктів; мають переважно пасивну стратегію реагування: замість прямої боротьби в ситуаціях стресу, поступаються або внутрішньо переробляють емоції. Вони соціально орієнтовані, проявляють ввічливість, сумлінність, турботи про чужі почуття; іноді схильні до самоприниження заради збереження відносин.

2.5. Самоприйняття як внутрішній ресурс стійкості у жінок з доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози

Життєва криза є одним із найбільш складних психологічних станів, у якому особистість стикається з порушенням звичної рівноваги, втратою передбачуваності, загостренням внутрішніх конфліктів і необхідністю по-новому інтегрувати досвід себе, світу та майбутнього. У кризових обставинах, зокрема тих, що пов'язані з тяжкою хворобою, втратою, травматичними подіями чи різкою зміною життєвого контексту, людина опиняється перед подвійним завданням – витримати емоційне напруження і зберегти внутрішню цілісність. У цьому контексті особливу увагу привертає феномен самоприйняття. У сучасній психології самоприйняття розглядається як один із ключових компонентів психологічного благополуччя, що

відображає позитивне, реалістичне і цілісне ставлення людини до себе, власного життєвого досвіду, сильних і слабких сторін, а також до меж і суперечностей власного існування (Ryff & Keyes, 1995).

Проте в умовах життєвої кризи самоприйняття набуває ширшого змісту: воно є не просто афективною оцінкою себе, а глибинним внутрішнім ресурсом, що дозволяє людині не руйнувати образ Я під тиском болю, втрати, невизначеності та вразливості.

Актуальність теми зумовлена тим, що в кризових станах психологічна дезорганізація не завжди визначається лише інтенсивністю негативних переживань. Досвід клінічної та консультативної практики, а також сучасні дослідження психологічного благополуччя свідчать про те, що суттєве значення має те, яким є внутрішнє ставлення людини до себе в умовах радикальної зміни життєвої ситуації. Саме самоприйняття може визначати, чи буде криза переживатися як повне руйнування цінності власного Я, чи як болісний, але такий, що може бути інтегрований, життєвий досвід.

У моделі психологічного благополуччя К. Ріфф самоприйняття входить до числа базових складових позитивного функціонування поряд з автономією, управлінням середовищем, особистісним зростанням, позитивними взаєминами з іншими та наявністю життєвих цілей (Ryff & Keyes, 1995). У цьому підході самоприйняття означає не ідеалізоване задоволення собою, а здатність людини зберігати позитивне і водночас реалістичне ставлення до себе, визнаючи складність власного досвіду.

У ширшій перспективі самоприйняття узгоджується з евдемонічним розумінням благополуччя, згідно з яким психічне здоров'я пов'язане не лише з переживанням приємних емоцій, а з наявністю внутрішньої інтеграції, особистісного розвитку, суб'єктності та смислової визначеності (Deci & Ryan, 2000). Таким чином, самоприйняття є не лише емоційною характеристикою, а й умовою цілісного функціонування особистості.

У кризових обставинах ця функція стає особливо важливою. Коли життєвий досвід виявляється травматичним або екзистенційно дестабілізуючим, людина ризикує почати сприймати себе переважно через призму втрати, безсилля, тілесної вразливості або психологічного дефіциту. У такій ситуації самоприйняття стає тим внутрішнім механізмом, який дозволяє не звести власне Я до кризи, а зберегти його ширший, більш цілісний контекст (Tedeschi & Calhoun, 1996).

Цей підхід узгоджується також із сучасними психосоматичними уявленнями. За даними досліджень, тривале психоемоційне навантаження та перевищення адаптаційних можливостей організму пов'язані не лише з дистресом, а й із погіршенням якості життя та психологічного функціонування (Fava та ін., 2016). У межах позитивної психотерапії Н. Пезешкіана внутрішній дистрес і симптоми розглядаються як феномени, пов'язані з порушенням балансу між цінностями, потребами та способами адаптації (Peseschkian, 2016). З цієї точки зору самоприйняття є умовою зменшення внутрішнього розщеплення між переживанням вразливості та потребою зберегти цілісність і самоцінність.

Отже, теоретично самоприйняття доцільно розглядати не як маркер поверхневого емоційного комфорту, а як глибинний, відносно стабільний внутрішній ресурс, що підтримує інтеграцію болісного досвіду, зменшує руйнівність внутрішнього конфлікту та створює умови для стійкості в кризі.

Для емпіричного уточнення психологічної ролі самоприйняття було застосовано кореляційний аналіз та покроковий множинний регресійний аналіз. Такий підхід дозволив виявити як загальну мережу взаємозв'язків самоприйняття з іншими психологічними змінними, так і відносний внесок окремих предикторів у пояснення його варіативності.

Результати кореляційного аналізу показали, що самоприйняття має статистично значущі негативні зв'язки з показниками психологічного дистресу. Воно обернено корелює з тривожністю ($r = -.34$, $p < .01$), депресією

($r = -.21$, $p < .01$) і посттравматичними симптомами ($r = -.35$, $p < .01$). Також виявлено негативні зв'язки між самоприйняттям і соматичними скаргами: виснаженням ($r = -.38$, $p < .01$), шлунковими скаргами ($r = -.37$, $p < .01$), ревматичними скаргами ($r = -.30$, $p < .01$) і серцевими скаргами ($r = -.36$, $p < .01$). Це свідчить, що вищий рівень самоприйняття пов'язаний із нижчим рівнем як емоційного, так і тілесного напруження. Водночас самоприйняття позитивно корелює з резильєнтністю за NMRQ ($r = .42$, $p < .01$) і CD-RISC ($r = .33$, $p < .01$), що підтверджує його включеність у систему адаптаційних ресурсів. Результати представлені в таблиці 2.17.

Таблиця 2.17

Кореляційні зв'язки самоприйняття з показниками психологічного самопочуття особистості

	Тривожність	Депресія	ІТСТ	Резильєнтність NMRQ	Резильєнтність CDRISC	Виснаження	Шлункові скарги	Ревматичні скарги	Серцеві скарги
Самоприйняття	-,34**	-,21**	-,35**	,42**	,33**	-,38**	-,37**	-,30**	-,36**

Примітка * $p < .05$; ** $p < .01$.

Особливо тісні зв'язки зафіксовано між самоприйняттям і компонентами психологічного благополуччя (таблиця 2.18): управлінням середовищем ($r = .53$, $p < .01$), особистісним зростанням ($r = .47$, $p < .01$), позитивними взаєминами з іншими ($r = .40$, $p < .01$), цілями у житті ($r = .36$, $p < .01$) та автономією ($r = .28$, $p < .01$). Це дає підстави розглядати

самоприйняття як центральний внутрішній вузол психологічного благополуччя.

Таблиця 2.18

Кореляційні зв'язки самоприйняття з показниками психологічного благополуччя особистості

	Автономія	Управління середовищем	Особистісне зростання	Позитивні взаємини з іншими	Цілі у житті
Самоприйняття	,28**	,53**	,47**	,40**	,36**

Примітка * $p < .05$; ** $p < .01$.

Самоприйняття також має позитивні зв'язки із базовими особистісними рисами: екстраверсією ($r = .18$, $p < .01$), доброзичливістю ($r = .13$, $p < .05$), добросовісністю ($r = .26$, $p < .01$), емоційною стабільністю ($r = .36$, $p < .01$) та відкритістю досвіду ($r = .33$, $p < .01$). Це означає, що самоприйняття пов'язане з вищою емоційною врівноваженістю, психологічною гнучкістю та організованістю особистості (таблиця 2.19).

Таблиця 2.19

Кореляційні зв'язки самоприйняття з базовими особистісними рисами

	Екстраверсія	Доброзичливість	Добросовісність	Емоційна стабільність	Відкритість досвіду
Самоприйняття	,18**	,13*	,26**	,36**	,33**

Примітка * $p < .05$; ** $p < .01$.

Крім того, виявлено позитивні кореляції самоприйняття з ресурсними здібностями (таблиця 2.20): терпінням ($r = .16$, $p < .01$), часом ($r = .24$, $p < .01$).

.01), контактами ($r = .16, p < .01$), довірою ($r = .26, p < .01$), надією ($r = .42, p < .01$), ніжністю ($r = .17, p < .01$) та любов'ю ($r = .34, p < .01$).

Таблиця 2.20

Кореляційні зв'язки самоприйняття з ресурсними здібностями

	Терпіння	Час	Контакти	Довіра	Надія	Ніжність	Любов
Самоприйняття	,164**	,244**	,164**	,264**	,421**	,173**	,339**

Примітка * $p < .05$; ** $p < .01$.

Найбільш виражений зв'язок простежується з надією, що особливо значуще для розуміння самоприйняття в кризі: воно пов'язане не лише з прийняттям себе теперішнього, а й зі збереженням внутрішньої перспективи.

Регресійний аналіз предикторів самоприйняття. Покроковий множинний регресійний аналіз показав, що найбільш потужним предиктором самоприйняття є управління середовищем. Уже перша модель, до якої входив лише цей показник, пояснювала 27.7% дисперсії самоприйняття ($R = .526$; $R^2 = .277$; $F = 139.038$; $p < .001$). Це означає, що переживання здатності організовувати власні життєві обставини, впливати на повсякденне функціонування та не втрачати суб'єктний контроль є однією з базових умов внутрішнього прийняття себе.

Фінальна модель включала сім предикторів і пояснювала 46.5% дисперсії самоприйняття ($R = .682$; $R^2 = .465$; скориговане $R^2 = .455$; $F = 44.365$; $p < .001$). До неї увійшли: управління середовищем ($\beta = .240, p < .001$), надія ($\beta = .195, p < .001$), емоційна стабільність ($\beta = .212, p < .001$), особистісне зростання ($\beta = .189, p < .001$), ввічливість ($\beta = -.137, p = .001$), відкритість досвіду ($\beta = .111, p = .010$) та позитивні взаємини з іншими ($\beta = .109, p = .020$). Отже, самоприйняття найбільше підтримується поєднанням суб'єктної ефективності, внутрішньої надії, емоційної врівноваженості,

відкритості до нового досвіду, орієнтації на розвиток і здатності до значущих стосунків. Дані представлені в таблиці 2.21 та 2.22.

Таблиця 2.21

Динаміка включення предикторів у регресійну модель самоприйняття

Модель	Предиктори	R	R²	Скориговане R²	Стандартна помилка
1	Управління середовищем	0.526	0.277	0.275	3.304
2	Управління середовищем, надія	0.585	0.343	0.339	3.154
3	Управління середовищем, надія, емоційна стабільність	0.627	0.393	0.387	3.037
4	Управління середовищем, надія, емоційна стабільність, особистісне зростання	0.656	0.431	0.424	2.944
5	+ Ввічливість	0.667	0.445	0.437	2.912
6	+ Відкритість досвіду	0.676	0.457	0.448	2.883
7	+ Позитивні взаємини з іншими	0.682	0.465	0.455	2.865

Окремо заслуговує на увагу негативний внесок ввічливості в остаточній моделі. Цей результат дозволяє припустити, що надмірна соціальна нормативність, орієнтація на зовнішнє схвалення і прагнення бути «зручною» для інших не обов'язково сприяють справжньому самоприйняттю. Навпаки, вони можуть супроводжуватися послабленням контакту з власними почуттями й потребами. Це дає підстави відрізняти

глибинне самоприйняття від зовнішньо соціально схвальної, але внутрішньо неінтегрованої поведінки.

Таблиця 2.22.

Підсумкова модель регресійного аналізу предикторів самоприйняття

Предиктор	B	SE	β	t	p
Константа	-0.669	1.450	-	-0.461	.645
Управління середовищем	0.282	0.058	0.240	4.871	< .001
Надія	0.538	0.121	0.195	4.438	< .001
Емоційна стабільність	0.333	0.064	0.212	5.237	< .001
Особистісне зростання	0.181	0.047	0.189	3.893	< .001
Ввічливість	-0.337	0.097	-0.137	-3.457	.001
Відкритість досвіду	0.177	0.068	0.111	2.601	.010
Позитивні взаємини з іншими	0.125	0.053	0.109	2.340	.020

Показники моделі: Залежна змінна: самоприйняття $R = 0.682$; $R^2 = 0.465$; скориговане $R^2 = 0.455$; $F(7,357) = 44.365$; $p < .001$.

Отримані результати дозволяють розглядати самоприйняття як інтегральний внутрішній ресурс стійкості. Воно пов'язане одночасно зі зниженням психологічного і соматичного дистресу, з підвищенням резильєнтності, із більш високими показниками психологічного благополуччя, а також із низкою особистісних і ресурсних характеристик, що сприяють адаптації.

Особливо важливо, що найсильніший зв'язок і найбільший предиктивний внесок у самоприйняття має управління середовищем. Це означає, що прийняття себе тісно пов'язане з переживанням власної дієздатності. Людина легше приймає себе тоді, коли не втрачає відчуття, що здатна впливати на життєві обставини, організовувати повсякденність і залишатися суб'єктом власного життя. У кризі ця функція є критичною, оскільки сама криза часто супроводжується відчуттям безсилля.

Не менш суттєвими є внески надії, емоційної стабільності та особистісного зростання. Це дає підстави вважати, що самоприйняття включає не лише прийняття власних обмежень і вразливості, а й здатність бачити за межами актуального страждання можливість розвитку, смислового продовження життя та внутрішньої перспективи. У цьому сенсі самоприйняття є динамічним ресурсом, що допомагає не втрачати контакт із собою в процесі її проживання.

Значущими також є зв'язки самоприйняття з позитивними взаєминами та відкритістю досвіду. Це означає, що справжнє прийняття себе не ізолює людину, а, навпаки, сприяє більшій гнучкості, здатності до контакту та залученості у стосунки. Водночас негативний внесок ввічливості показує, що соціально бажана адаптованість не тотожна самоприйняттю. Надмірне прагнення відповідати очікуванням інших може зменшувати внутрішню автентичність і ускладнювати глибинний контакт із собою.

Таким чином, самоприйняття варто розглядати як внутрішній механізм, що визначає якість проживання кризи. Воно впливає на те, чи зможе особистість інтегрувати болісний досвід у цілісну життєву історію, не втрачаючи самоцінності, чи криза буде переживатися як руйнування самого підґрунтя Я.

Самоприйняття є також важливим внутрішнім ресурсом стійкості в умовах життєвої кризи. Його психологічне значення полягає в тому, що воно підтримує внутрішню цілісність особистості та опосередковує інтеграцію болісного досвіду. Найбільш значущими предикторами самоприйняття є управління середовищем, надія, емоційна стабільність, особистісне зростання, відкритість досвіду та позитивні взаємини з іншими.

З огляду на викладене, самоприйняття доцільно розглядати як одну із ключових мішеней психотерапевтичної допомоги в роботі з особистістю, яка переживає життєву кризу.

Висновки до II розділу

1. Була сформована вибірка для проведення емпіричного дослідження. З огляду на те, що рак молочної залози є онкологічним захворюванням, яке переважно діагностується у жінок, вибірку становили саме жінки. Загальний розмір вибірки – 365 жінок, вік від 16 до 74 років. Середній вік досліджуваних 42 роки, досить високий, що обумовлюється тим фактом, що ризик захворюваності збільшується із віком.

2. Загальна вибірка була розділена на 4 групи, залежно від стану хвороби. *1-а група*: жінки, в яких був діагностований рак молочної залози (77 жінок); *2-а група*: жінки з доброякісними новоутвореннями молочної залози, що перебувають у групі ризику щодо можливого розвитку РМЗ (89 жінок); *3-я група*: здорові жінки, у яких є родички першого ступеня спорідненості з РМЗ (45 жінок); *4-а група*: практично здорові жінки без діагнозу та сімейного анамнезу РМЗ, ця група розглядалася як контрольна і використовувалася як база для порівняння інших груп (154 жінки). Завдання емпіричного дослідження було порівняти ці визначені групи з метою виявлення психологічних особливостей жінок, в яких був діагностований рак молочної залози.

3. Були розглянуті принципи побудови емпіричного дослідження, а саме: системність, відтворюваність, верифікованість, статистичний аналіз, етичність. На основі оглянутих принципів яких були вибрані методи дослідження: Вісбаденський опитувальник позитивної та сімейної психотерапії Н. Пезешкіана (WIPPF) (адаптований Л. Сердюк та С. Отенко); Опитувальник резильєнтності Ніколсона МакБрайда (NMRQ); Шкала психологічної стійкості (резильєнтності) Коннора–Девідсона – CD-RISC-10 (адаптація Школіна Н.В. та ін.); Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу; Гіссенський опитувальник соматичних скарг; Опитувальник психологічного благополуччя К. Ріфф (18

питань); Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості (BFI-10) (адаптація Сердюк О.О., Базима Б.О.); Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS). Була складена програма подальшого емпіричного дослідження.

4. В емпіричному дослідженні було проведене порівняння чотирьох груп обстежуваних жінок. Розподіл для жодного досліджуваного показника не був нормальним, тому використовувалися непараметричні методи статистичного аналізу (критерій Манна-Уїтні, якщо за досліджуваним критерієм вибірка розділялась на дві підгрупи; критерій Краскала-Уолліса, якщо за досліджуваним критерієм вибірка розділялась на більшу кількість підгруп). Додатково був проведений факторний аналіз особистісних характеристик жінок з діагнозом РМЗ. Було виявлено низку розбіжностей в психоемоційному стані та особистісних характеристиках між групами досліджуваними.

5. Порівняння психоемоційних станів жінок з різних груп виявило таке. Жінки з діагнозом РМЗ зазначили, що найкраща психологічна допомога – це підтримка з боку рідних і друзів, спілкування з ними і вони майже завжди можуть отримати підтримку від сім'ї у скрутній ситуації. Соціальна підтримка (родина, групи підтримки, професійна допомога) є визначальним чинником успішної адаптації та підвищення якості життя. Проте подальший аналіз показав, що такі самовідповіді радше ідеал, бажання цих жінок, який не завжди стає дійсністю.

Жінки з діагнозом РМЗ мали найвищі показники депресії, тривожності і ПТСР; емоційно-психологічний стан таких жінок був знижений, вони постійно тривожилися про свій діагноз, про перспективи розвитку хвороби, їх думки про подальше життя були депресивні, і все це призводило до розвитку ознак ПТСР. Ці жінки відчували себе розгубленими, їх картина світу змінювалася; те, що вчора здавалося важливим, сьогодні вже не важливо, деякі цілі вже здаються недосяжними; інші – треба відкласти до моменту одужання або «кращих часів». Іншими словами у жінок виникає

потреба переосмислити цілі, віднайти нові або переформулювати наявні цілі у житті, жінка проходить через екзистенційну кризу.

Найбільше соматичних скарг мали здорові жінки із родичками з РМЗ; також було показано, що ці жінки більш схильні звертатися за консультаціями до лікарів. Ці жінки розуміють, що вони перебувають у групі ризику, і бажають певним чином убезпечити себе від розвитку раку молочної залози, «перестрахуватися». Таке емоційне ставлення призводить до пошуку, і, відповідно, «виявлення» в себе великої кількості негативних соматичних симптомів.

Жінки із доброякісними новоутвореннями за більшістю показників психоемоційного стану були навіть не на другому, а третьому місці. Очевидно, в більшості випадків вони боялися діагнозу «рак» і діагноз «доброякісне новоутворення» сприйнялося ними з відчуттям полегшення. Проте такий психоемоційний стан може стати небезпечним, якщо жінки не будуть пам'ятати, що вони знаходяться у групі ризику і перестануть проходити регулярні огляди.

6. Порівняння особистісних характеристик жінок з чотирьох досліджуваних груп, а також проведений факторний аналіз особистісних характеристик жінок з діагнозом РМЗ виявив таке.

Найбільші розбіжності були виявлені між групами 1 та 4. Групи 1 (жінки з діагнозом РМЗ) і 2 (жінки із доброякісними новоутвореннями) були досить близькі за особистісними характеристиками, що вказує на те, що ці групи жінок досить близькі за параметрами, що вивчалися, проте винайдені негативні тенденції були більш виразними у групі 1 (жінки з діагнозом РМЗ). Група 3 (здорові жінки із родичками з РМЗ) була ближче за параметрами, що визначалися, до групи 4 (здорові жінки, контрольна група).

Жінки з діагнозом РМЗ мають надмірну прив'язаність до значимих близьких, схильні будувати власний образ Я на основі думок та поглядів інших. Тому ці жінки намагаються всю себе віддати іншим,

підпорядковуючи власні потреби й інтереси потребам, бажанням, інтересам інших людей. Жінки намагаються підлаштовуватися під те, ким, на її думку, їх партнер чи значуща фігура хоче їх бачити. Така поведінка є намаганням гарантувати близькість, любов і уникнути бути покинутою.

Жінки з діагнозом РМЗ надмірно орієнтовані на абсолютний порядок, повну організацію власного життя. Вони вважають таке своє прагнення до порядку правильним, хоча і виснажливим, порядок та організованість є їх життєвою філософією. При цьому у виборі лінії поведінки вони підпорядковуються зовнішнім авторитетам. Авторитети забезпечують чітку, недвозначну систему правил, якої можна ідеально дотримуватися. Це допомагає жінкам уникнути емоційної та когнітивної невизначеності. Саме тому вони відчують значну дезадаптацію, коли цей жорсткий поведінковий чи когнітивний каркас їх життєвого шляху порушується непередбачуваними життєвими обставинами, що проявляється у зниженій резильєнтності. Під впливом фруструючих ситуацій, психіка формує ригідні, автоматичні та неусвідомлювані процеси відображення світу та регуляції поведінки, оскільки ригідний контроль над зовнішнім середовищем та дотримання правил організації життя забезпечують відчуття безпеки та передбачуваності. Такій поведінці не вистачає гнучкості та адаптивності.

Жінки з діагнозом РМЗ не схильні проявляти свої емоції, утримуючі їх у собі, у своєму внутрішньому просторі. У стосунках із значимими іншими заборона собі почуттів приймається за норму, оскільки це дозволяє уникати конфліктів. Конфлікт розглядається як пряма загроза стосункам, а отже, і особистій безпеці. Отже жінки у стосунках намагаються бути завжди дружніми, приязними, навіть коли або контрагент у стосунках, або самі стосунки не задовольняють жінку.

Зазначений симптомокомплекс особистісних якостей, характерних для жінок з РМЗ, був виявлений при проведенні порівняльного аналізу різних груп

і підтверджений факторним аналізом. Тому його можна назвати психологічним чинником, що сприяє розвитку у жінок раку молочної залози.

7. За своїми особистісними характеристиками жінки із доброякісними новоутворення близькі до жінок з діагнозом РМЗ, хоч і віднайдений нами симптомокомплекс особистісних якостей проявляється в них слабкіше. Однак постійне самопідтримування цих особистісних рис призводить до постійного підтримування стану ризику розвитку РМЗ. Очікуємо, що пом'якшення цього набору рис може привести до суттєвого зниження ризику розвитку захворювання.

Здорові жінки, які мають родичок з РМЗ за своїми особистісними характеристиками були близькі до контрольної групи, тому виявлений симптомокомплекс для них не характерний і не є предиктором розвитку РМЗ.

Матеріали другого розділу дисертації висвітлено в публікаціях:

1. Сердюк Л. З., Черненко Г. Ф. Самоприйняття як внутрішній ресурс стійкості в умовах життєвої кризи. Психологічний часопис. 2026. Т. 12, № 1. С. 84–91. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2026.12.1.6>
2. Сердюк Л. З., Черненко Г. Ф., Собченко С. О. Психологічні чинники вразливості до захворювань молочної залози у жінок. Психологічний часопис. 2026. Т. 12, № 2. С. 7–15. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2026.12.2.1>.
3. Черненко Г. Ф. Самоприйняття як внутрішній ресурс психічного здоров'я жінок, хворих на рак молочної залози. Modern Science and Education : proceedings of the International Scientific and Practical Conference (Paris, France, April 10–12, 2026). Paris, France, 2026. С. 140–144. DOI: <https://doi.org/10.64828/conf-113-2026-5>

РОЗДІЛ ІІІ

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ, ХВОРИМ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ

У цьому розділі представлено теоретико-методичні засади та практичну модель психотерапевтичної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, на різних етапах лікування. Окреслено загальну стратегію, мету й завдання формувального етапу дослідження, подано структуру та зміст розробленої авторської психокорекційної програми з опорою на ресурсно-орієнтований (салютогенетичний) підхід і принципи позитивної психотерапії.

Актуальність розроблення психотерапевтичних основ розвитку салютогенетичної спрямованості у жінок із раком молочної залози (РМЗ) визначається тим, що онкологічний діагноз, етапи лікування та невизначеність прогнозу є потужними стресорами, які можуть ініціювати тривалий дистрес і депресивні прояви та формувати ризики психологічної дезадаптації. У цьому контексті, насамперед, доцільними є психотерапевтична профілактика і супровід, спрямовані на зниження дистресу/депресії та їх терапію як чинників, що ускладнюють адаптацію до онкозахворювання (Матреницький, 2020).

3.1. Психотерапевтичні основи розвитку салютогенетичної спрямованості як передумови зміцнення психічного здоров'я і життєстійкості онкопацієнтів

Сучасна психоонкологія виходить із того, що онкологічне захворювання є не лише медичною, а й потужною психотравмувальною життєвою подією, яка змінює систему смислів, часову перспективу, образ «Я», стиль саморегуляції та характер взаємодії людини з близькими і соціальним середовищем. Онкологічний діагноз і лікування постають як тривалий стресор, що супроводжується невизначеністю, загрозою втрат, соматичними обмеженнями та потребою постійної психологічної адаптації до змін у повсякденному житті. У цьому контексті ключовим завданням психотерапевтичного супроводу стає не лише зниження симптомів дистресу, тривоги, депресивних проявів і страху рецидиву, а й активізація психологічних ресурсів, що підтримують життєстійкість, суб'єктивне благополуччя та здатність жити «попри» хворобу (Матреницький, 2020).

Методологічним ядром даного підрозділу є салютогенетичний підхід А. Антоновського, відповідно до якого дослідницький і практичний фокус зміщується з аналізу чинників виникнення порушень до вивчення ресурсів підтримання здоров'я, адаптації та психологічного благополуччя. Центральним конструктом салютогенетичної моделі є почуття когерентності, тобто почуття зв'язності досвіду, яке охоплює три взаємопов'язані компоненти:

- *зрозумілість* як когнітивну структурованість ситуації,
- *керованість* як відчуття наявності ресурсів і можливості впливу,
- *осмисленість* як ціннісно-мотиваційну включеність і наявність сенсу.

У межах даного дослідження салютогенетична спрямованість розуміється як інтегральна ресурсно орієнтована установка особистості, що

визначає спосіб психологічного реагування на хворобу та лікування і концептуально спирається на салютогенетичну модель А. Антоновського (Antonovsky, 1979; 1984, 1990). Вона проявляється у здатності жінки структурувати досвід захворювання, розпізнавати доступні ресурси, зберігати відчуття реалістичного контролю та знаходити смислові опори в умовах невизначеності. Саме тому психокорекційна допомога з жінками, хворими на РМЗ, має бути спрямована на перехід від хаотизації, безсилля та звуження життєвих сфер до суб'єктності, гнучкого копіngu, ресурсної поведінки, підтримувальних стосунків і відновлення внутрішньої узгодженості життєвого наративу.

Другим опорним блоком психотерапевтичного обґрунтування є теорія стресу і копіngu Р. Лазаруса та С. Фолкман, відповідно до якої психологічна реакція людини на стресову подію значною мірою визначається когнітивною оцінкою ситуації та доступним репертуаром стратегій подолання (Lazarus & Folkman, 1984). У контексті онкологічного захворювання це актуалізує необхідність розширення копінг-стратегій: від реактивних і менш адаптивних форм реагування – уникання, заперечення, надмірного або ригідного контролю до більш гнучких способів подолання, зокрема пошуку підтримки, проблемно орієнтованих дій у межах реалістичного впливу, емоційної регуляції, прийняття, переоцінки та смислової інтеграції досвіду.

Третім важливим теоретичним підґрунтям є концепції життестійкості та психологічної резильєнтності, які описують здатність особистості зберігати внутрішню рівновагу, активність і адаптивність в умовах тривалого стресу. У класичному розумінні життестійкість охоплює три взаємопов'язані компоненти: залученість, контроль і прийняття виклику (Maddi, 2005). У ситуації онкологічного захворювання ці компоненти проявляються у здатності жінки підтримувати зв'язок із власними цінностями й життєвими ролями, зберігати посильний вплив на повсякденне життя та сприймати

лікування і реабілітацію не лише як джерело загрози, а і як складний процес адаптації, відновлення та можливого особистісного зростання.

Важливим компонентом, що поєднує стресове навантаження, суб'єктивну оцінку загрози та вибір копінг-стратегій у жінок із раком молочної залози, є внутрішня картина хвороби. Вона охоплює систему уявлень, переживань, очікувань і смислів, пов'язаних із діагнозом, лікуванням, прогнозом та змінами у життєвій ситуації. Саме внутрішня картина хвороби визначає, як пацієнтка інтерпретує власний стан, межі можливого контролю, прийнятність медичних процедур, перспективу одужання чи ремісії, а також впливає на рівень дистресу, прихильність до лікування і якість взаємодії з близькими та медичним персоналом (Вітенко, 2007; Лісова, 2002; Терлецька, 2021).

У ресурсно орієнтованій психокорекційній роботі дисфункційні елементи внутрішньої картини хвороби можуть бути пом'якшені через психоедукацію, когнітивне структурування переживань, емоційну регуляцію, смислову інтеграцію досвіду хвороби та відновлення балансу життєвих сфер. У такий спосіб робота з внутрішньою картиною хвороби безпосередньо пов'язується з розвитком салютогенетичної спрямованості, оскільки сприяє підвищенню зрозумілості ситуації, переживанню керованості та відновленню осмисленості життєвого досвіду (Antonovsky, 1979; 1984; 1996; Матреницький, 2020).

Окреме місце в обґрунтуванні програми посідає смислова інтеграція досвіду хвороби. Онкологічний діагноз часто актуалізує питання життєвої перспективи, цінностей, відповідальності, особистісної цілісності та переоцінки життєвих пріоритетів. У цьому контексті хвороба може розглядатися не лише як джерело втрат і обмежень, а й як кризова подія, що потребує психологічного переосмислення, відновлення життєвих цілей і формування нової якості ставлення до себе, тіла, близьких і майбутнього (LeShan, 1994; Deci & Ryan, 2000; Ryff & Keyes, 1995). У межах розробленої

програми смислова інтеграція розглядається як механізм, що підсилює компонент осмисленості у салютогенетичній моделі та сприяє включенню досвіду хвороби у ширший життєвий наратив жінки.

Важливим психотерапевтичним ресурсом для розроблення програми є позитивна психотерапія Н. Пезешкіана, яка поєднує психодинамічну, гуманістичну та ресурсно орієнтовану логіку психологічної допомоги (Peseschkian, 1987; 2016). У контексті психокорекційної роботи з жінками, хворими на РМЗ, цей підхід дає змогу працювати з внутрішніми конфліктами, пов'язаними з переживанням надії й відчаю, контролю й безсилля, самодостатності й потреби в підтримці; актуалізувати первинні здібності – довіру, терпіння, надію, любов, контакт як базові ресурси психічного здоров'я; відновлювати баланс основних сфер життєдіяльності: тіла/здоров'я, діяльності/досягнень, контактів/стосунків і сенсів/майбутнього.

Застосування позитивної психотерапії у програмі також узгоджується з можливостями Вісбаденського опитувальника позитивної психотерапії та сімейної терапії для діагностики внутрішніх ресурсів особистості, актуальних здібностей і особливостей балансу життєвих сфер (Peseschkian & Deidenbach, 1988; Сердюк, 2022; Serdiuk & Otenko, 2021).

Для узгодження розглянутих теоретичних положень із мішенями психокорекційного впливу було побудовано узагальнену модель формування дистресу та ресурсного виснаження у жінок із РМЗ. Вона відображає перехід від тривалого стресового навантаження й внутрішніх ціннісних конфліктів до емоційної дезінтеграції, психосоматичних проявів, виснажливих поведінкових патернів і звуження балансу життєвих сфер. Модель побудовано з урахуванням положень позитивної психотерапії Н. Пезешкіана, салютогенетичного підходу та психоонкологічних уявлень про дистрес і психологічну дезадаптацію в онкологічному контексті (Antonovsky, 1979; 1984; 1996; Peseschkian, 1987; 2016; Матреницький, 2020).



Рис. 3.1. Модель формування дистресу та виснаження у жінок із РМЗ у логіці позитивної психотерапії

Подана модель узагальнює логіку формування дистресу та ресурсного виснаження у жінок із раком молочної залози й конкретизує основні психотерапевтичні мішені подальшої психокорекційної роботи. До них належать пом'якшення жорстких внутрішніх вимог, усвідомлення ціннісних конфліктів, зниження емоційної дезінтеграції, розвиток гнучкого копіngu, відновлення контакту з тілом, підтримувальних стосунків і балансу життєвих сфер.

Отже, інтеграція салютогенетичного підходу А. Антоновського, теорії стресу й копіngu Р. Лазаруса та С. Фолкман, концепту життєстійкості С. Мадді, положень позитивної психотерапії Н. Пезешкіана та ідей смислової інтеграції досвіду хвороби створює методологічне підґрунтя для побудови авторської програми психокорекційної допомоги жінкам із РМЗ. Зміст і структура цієї програми подані в наступному підрозділі.

3.2. Зміст і структура комплексної психотерапевтичної програми допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, на різних етапах

На підставі теоретико-методологічних положень, розглянутих у попередньому підрозділі, було розроблено комплексну психотерапевтичну програму допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, на різних етапах лікування та відновлення. Програма побудована як структурована модель психокорекційного впливу, спрямована на зниження дистресу, розвиток навичок саморегуляції, актуалізацію внутрішніх ресурсів, підтримку тілесного самоприйняття, відновлення балансу життєвих сфер, підтримувальних стосунків і реалістичної життєвої перспективи. Її зміст забезпечує поетапне посилення зрозумілості, керованості й осмисленості досвіду хвороби через психоедукаційно-нормалізувальну, стабілізаційно-копінгову та рефлексивно-інтегративну роботу.

Мета програми – сприяти розвитку внутрішніх ресурсів психічного здоров'я, життєстійкості та якості життя жінок, хворих на рак молочної залози, шляхом посилення салютогенетичної спрямованості, тобто здатності сприймати досвід хвороби як більш зрозумілий, керований та осмислений.

Завдання програми:

1. Знизити прояви психологічного дистресу, тривоги, емоційного виснаження та напруження, пов'язаного з діагнозом і лікуванням;
2. Нормалізувати емоційні реакції на онкологічне захворювання та зменшити вторинну тривогу, пов'язану з невизначеністю;
3. Сформувати навички емоційної саморегуляції, стабілізації, заземлення, контейнерування та самопідтримки;
4. Розширити репертуар копінг-стратегій – від уникання, самознецінення або ригідного контролю до прийняття, звернення по підтримку, проблемно орієнтованих дій у межах реалістичного контролю;
5. Підтримати образ “Я”, тілесне самоприйняття та інтеграцію тілесних і рольових змін, пов'язаних із лікуванням;
6. Актуалізувати первинні здібності в логіці позитивної психотерапії – довіру, надію, терпіння, любов, контакт – як базові ресурси психічного здоров'я;
7. Зменшити домінування виснажливих вторинних вимог, зокрема установок “я повинна”, “я маю бути сильною”, “я не маю права на слабкість”;
8. Зміцнити підтримувальні стосунки, навички комунікації, прохання про допомогу та встановлення психологічних меж;
9. Відновити смислові опори, життєву перспективу, реалістичне цілепокладання та здатність інтегрувати досвід хвороби у цілісний життєвий наратив.

Цільовою групою програми були жінки з підтвердженим діагнозом раку молочної залози, які перебували на різних етапах лікування та відновлення: після встановлення діагнозу, у процесі активного лікування, у період ремісії, реабілітації або психологічної адаптації після завершення основних медичних втручань. На етапі впровадження програми до дослідження було залучено

36 жінок, з яких сформовано три групи по 12 осіб: першу становили учасниці з підтвердженим діагнозом раку молочної залози та дві групи – жінки групи ризику. Усі респондентки проживали на території України.

Програма реалізовувалася у груповому форматі, що забезпечувало поєднання психоедукації, практичного тренування навичок, групової підтримки, рефлексії та міжсесійної самостійної роботи. Вона передбачала 8 занять тривалістю 150 хвилин кожне, які проводилися один раз на тиждень. Загальна тривалість програми становила 8 тижнів. За потреби груповий формат доповнювався індивідуальними підтримувальними консультаціями, особливо у випадках вираженого дистресу, труднощів вербалізації переживань, ускладненої адаптації до тілесних змін або кризових сімейних ситуацій.

З урахуванням фізичних обмежень, втоми, соматичних наслідків лікування та можливих коливань емоційного стану структура занять передбачала дозованість навантаження, чергування інформаційних і практичних блоків, можливість пауз, тілесно м'який характер вправ і право учасниці на часткову участь без додаткового тиску. Така організація програми відповідала етичним вимогам психотерапевтичної роботи з онкопацієнтками та забезпечувала безпечність, поступовість і реалістичність психокорекційного впливу.

Структурно програма побудована за логікою трьох взаємопов'язаних блоків: *психоедукаційно-нормалізувального, стабілізаційно-копінгового та рефлексивно-інтегративного*. Така побудова відповідає салютогенетичній моделі й забезпечує послідовний розвиток трьох компонентів відчуття зв'язності: зрозумілості, керованості та осмисленості.

У межах 8 занять психоедукаційно-нормалізувальний блок реалізовано через заняття 1–2, стабілізаційно-копінговий блок через заняття 3–5, рефлексивно-інтегративний блок через заняття 6–8. Такий розподіл забезпечує послідовний перехід від формування зрозумілості досвіду

хвороби до розвитку керованості та подальшої смислової інтеграції пережитого досвіду.

Психоедукаційно-нормалізувальний блок спрямований на підсилення компонента зрозумілості. До змісту цього блоку входять психоедукація щодо стресових і емоційних реакцій на хворобу, зв'язку емоційного напруження з тілесними проявами, а також ознайомлення з принципами самоспостереження і психологічної гігієни.

Стабілізаційно-копінговий блок спрямований на підсилення компонента керованості. Зміст цього блоку охоплює дихальні техніки, заземлення, контейнерування, навички самопідтримки, розвиток гнучкого копінгу, роботу з балансом життєвих сфер, актуалізацію ресурсів і зменшення виснажливих поведінкових патернів.

Рефлексивно-інтегративний блок спрямований на підсилення компонента осмисленості. Його завданням є відновлення смислових опор і життєвої перспективи, підтримка тілесного самоприйняття, зміцнення підтримувальних стосунків, формування реалістичного цілепокладання та інтеграція досвіду хвороби у ширший життєвий наратив. У цьому блоці використовуються елементи наративних психотехнологій, смислової рефлексії, вправи на переосмислення життєвих ролей, формування індивідуального плану підтримки та перенесення набутих навичок у повсякденне життя (Чепелєва та ін., 2007; Франкл, 2020; LeShan, 1994).

Кожне заняття має сталу структуру, що забезпечує передбачуваність, безпеку та методичну наступність психокорекційного процесу. До основних етапів заняття належать: вступне налаштування, “тепле коло”, короткий check-in; актуалізація теми заняття та визначення актуального стану учасниць; короткий психоедукаційний блок; практичні вправи, інтервенції або тренування навичок; групове обговорення та рефлексія; підсумкове узагальнення; домашнє завдання; завершальне коло.

Постійним інструментом міжсесійної роботи є щоденник самостереження, який забезпечує наступність програми, фіксацію емоційних станів, тілесних сигналів, потреб, ресурсних дій, змін у балансі життєвих сфер і способів самопідтримки. Щоденник виконує не лише діагностичну, а й терапевтичну функцію, оскільки сприяє розвитку уважності до себе, вербалізації переживань, усвідомленню ресурсів і поступовому формуванню досвіду керованості.

Зміст кожного заняття було побудовано відповідно до загальної логіки програми та спрямовано на поступове формування зрозумілості, керованості й осмисленості досвіду хвороби. Деталізовані сценарії занять комплексної психотерапевтичної програми подано в Додатку Є, а в основному тексті представлено їхню змістову характеристику через тему, мету, завдання та основні методи роботи.

Структура занять програми

Заняття 1. Вступ до програми. Принцип надії та баланс-модель як “карта життя”.

Мета заняття – сформувати безпечний груповий простір, укласти груповий контракт, ознайомити учасниць із ресурсною логікою позитивної психотерапії та провести первинну самодіагностику за баланс-моделлю.

Завдання заняття:

1. ознайомити учасниць із метою, структурою, правилами та етичними принципами групової роботи;
2. сформувати атмосферу психологічної безпеки, довіри, конфіденційності та поваги до особистих меж;
3. розкрити принцип надії у позитивній психотерапії як орієнтацію на збережені можливості, ресурси й потенціал особистості;
4. провести первинну самодіагностику за баланс-моделлю у чотирьох сферах життєдіяльності: тіло/здоров'я, діяльність/досягнення, контакти/стосунки, сенси/майбутнє;

Основний зміст заняття охоплював ознайомлення з програмою, укладання групового контракту, проведення вправи “Тепле коло”, мінілекцію про принцип надії, роботу з баланс-моделлю, групове обговорення ресурсних і дефіцитарних зон, формування мікрокроків самопідтримки та домашнє завдання у форматі щоденника самоспостереження. Особлива увага приділялася тому, щоб із першої зустрічі сформувати в учасниць відчуття безпеки, прийняття, реалістичного контролю та можливості поступових змін.

Заняття 2. Стрес, дистрес і нормальні емоційні реакції на діагноз та лікування. Стабілізація та саморегуляція.

Мета заняття – нормалізувати емоційні реакції на онкологічний діагноз і лікування, зменшити вторинну тривогу та сформувати базові навички стабілізації й саморегуляції.

Завдання заняття:

1. пояснити природу стресової реакції, дистресу, тривоги, страху рецидиву та тілесних проявів емоційного напруження;
2. ознайомити учасниць із роллю когнітивної оцінки ситуації у формуванні стресової реакції та виборі копінг-стратегій;
3. навчити розрізняти зони реалістичного контролю і ті аспекти ситуації, які не залежать від учасниці;
4. сформувати базові навички стабілізації через техніки заземлення, дихання, контейнерування та повернення у “тут-і-тепер”;

Основний зміст заняття включав вправу “Тепле коло”, мінілекцію про стрес, когнітивну оцінку та копінг, роботу з “вікном толерантності”, техніку заземлення 5-4-3-2-1, дихальну практику з подовженим видихом, вправу “Контейнер” та вправу “Емоція – потреба – дія”. Заняття було спрямоване на те, щоб учасниці не лише отримали знання про нормальність емоційних реакцій на хворобу, а й засвоїли короткі практичні інструменти стабілізації, які можуть застосовуватися перед медичними процедурами, у ситуаціях

тривоги, виснаження, нічних нав'язливих думок або комунікативного напруження.

Заняття 3. Актуальні здібності: первинні й вторинні. Внутрішні конфлікти та ресурсні “перекоси”.

Мета заняття – допомогти учасникам усвідомити власні “перекоси” у домінуванні вторинних вимог, активізувати первинні здібності як ресурси психічного здоров'я та визначити ключові внутрішні конфлікти у контексті лікування.

Завдання заняття:

1. ознайомити учасниць із поняттям первинних і вторинних актуальних здібностей у позитивній психотерапії;
2. виявити вторинні “жорсткі вимоги”, пов'язані з контролем, обов'язком, досягненням, старанністю, відповідальністю та потребою “бути сильною”;
3. допомогти учасникам усвідомити психологічну й тілесну “ціну” надмірного контролю, гіпервідповідальності та самознецінення;
4. актуалізувати первинні здібності – довіру, терпіння, надію, любов, контакт, прийняття як внутрішні ресурси самопідтримки;

Основний зміст заняття включав вправу “Тепле коло”, мінілекцію про актуальні здібності, вправу “Мій профіль здібностей”, вправу “Конфлікт цінностей”, позитивну інтерпретацію та групове обговорення. У процесі роботи учасниці аналізували, які вторинні здібності перебувають у стані гіпернапруги, які первинні здібності є недостатньо актуалізованими та як це впливає на перебіг лікування, самопідтримку, тілесний стан і взаємини. Домашнє завдання було спрямоване на щоденне виконання одного акту первинної здібності: попросити підтримку, дозволити собі відпочинок, зробити паузу замість контролю, проявити турботу про тіло або здійснити малий крок надії.

Заняття 4. П'ятиступенева модель самодопомоги: від дистанціювання до розширення цілей.

Мета заняття – навчити учасниць застосовувати п'ятиступеневий алгоритм позитивної психотерапії як універсальну стратегію самодопомоги в ситуаціях лікувального стресу, емоційного напруження та міжособистісних труднощів.

Завдання заняття:

1. ознайомити учасниць з етапами п'ятиступеневої моделі самодопомоги: дистанціювання, інвентаризація, ситуативне схвалення, вербалізація, розширення цілей;
2. відпрацювати дистанціювання як навичку зупинки автоматичної емоційної реакції та повернення до позиції спостерігача;
3. навчити інвентаризації ситуації через чотири сфери баланс-моделі: тіло/відчуття, діяльність/досягнення, контакти/стосунки, сенс/майбутнє;
4. сформувати навичку ситуативного схвалення як способу помічати мінімальний корисний крок і підтримувати себе замість самокритики;

Основний зміст заняття включав вправу “Тепле коло”, мінілекцію “5 кроків”, вправу “Стоп-кадр”, інвентаризацію ситуації в чотирьох сферах, вправу “Ситуативне схвалення для себе”, вправу “Вербалізація запиту” та формування мікроцілей. П'ятиступенева модель розглядалася як практичний інструмент, що допомагає учасниці перейти від автоматичної реакції до більш усвідомленої позиції, структурувати ситуацію, знайти доступні ресурси, назвати потреби та сформувати реалістичний план дій. Домашнє завдання передбачало заповнення “картки 5 кроків” на прикладі реальних життєвих ситуацій.

Заняття 5. Я і моє тіло після лікування: контакт із тілом, самоприйняття, турбота і межі навантаження.

Мета заняття – зменшити відчуження від тіла, підтримати тілесне самоприйняття та сформувані реалістичну модель турботи про тіло в умовах лікування або реабілітації.

Завдання заняття:

1. поглибити тілесну обізнаність і здатність помічати сигнали тіла без оцінювання та самокритики;
2. знизити самооцінні й тілесні звинувачення, сором, гнів на тіло або страх тілесних симптомів;
3. сформувані уявлення про тіло як партнера, а не як “ворога” чи джерело небезпеки;
4. навчити учасниць визначати межі фізичного навантаження та застосовувати принцип самодозування;

Основний зміст заняття включав вправу “Тепле коло”, мінілекцію про тіло як систему сигналів і ресурсну логіку турботи, вправу “Сканування тіла”, ресурсний діалог із тілом, складання плану турботи про тіло та вправу “Три ритуали турботи”. Учасниці вчилися розпізнавати тілесні сигнали, помічати зони напруги, втоми або потреби у відпочинку, а також формувати м’які реалістичні дії підтримки без перфекціоністичних вимог до себе. Домашнє завдання передбачало виконання коротких ритуалів турботи та фіксацію стану “до” і “після” у щоденнику самоспостереження.

Заняття 6. Підтримка і стосунки: як просити, як відмовляти, як зберігати контакт.

Мета заняття – посилити соціальні ресурси учасниць, навчити навичок запиту підтримки та встановлення меж без провини, зменшити ізоляцію й напруження у взаємодії з близькими та медичним персоналом.

Завдання заняття:

1. усвідомити роль соціальної підтримки як адаптивної копінг-стратегії, що знижує психоемоційне напруження та підвищує відчуття керованості;

2. розрізнити види підтримки: емоційну, інформаційну, інструментальну та оцінну;

3. скласти індивідуальну “мапу підтримки” з визначенням людей, фахівців, служб, організацій і ресурсів, до яких можна звертатися;

4. конкретизувати, яку саме допомогу учасниця може просити та в якій формі;

Основний зміст заняття включав вправу “Тепле коло”, мінілекцію “Соціальна підтримка як копінг-ресурс”, вправу “Мапа підтримки”, рольову вправу “Запит підтримки”, вправу “Відмова без провини” та роботу з фразами для медичного контексту. Учасниці вчилися формулювати короткі й конкретні прохання, розпізнавати бар’єри на кшталт сорому, страху бути тягарем або установки “я повинна справлятися сама”, а також тренували фрази для збереження меж у спілкуванні. Домашнє завдання передбачало здійснення одного реального запиту підтримки або встановлення однієї межі з фіксацією змін стану у щоденнику.

Заняття 7. Зміна концепцій: робота з переконаннями “я повинна”, “я винна”, “я не маю права на слабкість”.

Мета заняття – зменшити інтенсивність виснажливих переконань і самозвинувачення, підвищити психологічну гнучкість та сформувати ресурсні альтернативи мислення й поведінки у процесі лікування та відновлення.

Завдання заняття:

1. виявити ключові виснажливі автоматичні думки та внутрішні концепції: “я повинна”, “я винна”, “мені не можна слабнути”, “я маю бути сильною”;

2. показати зв’язок між внутрішніми переконаннями, емоційним станом, тілесними реакціями та поведінковими стратегіями учасниць;

3. навчити учасниць аналізувати переживання за моделлю ABC, розрізняючи подію, переконання та наслідки;

4. відпрацювати навичку когнітивної реструктуризації через аналіз доказів “за” і “проти” автоматичної думки;

Основний зміст заняття включав вправу “Тепле коло”, мінілекцію про концепції та внутрішні установки у позитивній психотерапії, вправу “Ланцюжок АВС”, когнітивну реструктуризацію, позитивну інтерпретацію та вправу “Нова думка – нова дія”. Учасниці вчилися бачити, що думка не є фактом, а переконання типу “повинна/винна” часто виконують функцію утримання контролю й безпеки, але водночас мають високу емоційну “ціну”. Домашнє завдання передбачало заповнення “карток думок” у реальних ситуаціях тижня з фіксацією нової думки та конкретної дії, яка її підтримує.

Заняття 8. Зв’язність життєвого шляху: сенси, перспективи, цілі. Підсумок і план підтримки.

Мета заняття – інтегрувати досвід лікування, відновлення й участі у програмі у ширший життєвий наратив, підсилити осмисленість і перспективність, сформувати реалістичний індивідуальний план підтримки ресурсів після завершення програми.

Завдання заняття:

1. допомогти учасницям усвідомити власні зміни, сили, цінності та ресурси, актуалізовані під час програми;
2. сформувати позицію “я більше, ніж діагноз” як основу цілісної ідентичності;
3. відновити життєву перспективу через планування у трьох часових горизонтах: 1 місяць, 3 місяці, 12 місяців;

Основний зміст заняття включав вправу “Тепле коло”, мінілекцію про сенс як ресурс витривалості, вправу “Три горизонти”, вправу “План на рік за 4 сферами”, вправу “Я більше, ніж діагноз”, підсумкове коло та формування домашнього завдання “після програми”. Учасниці визначали, які навички стали для них найбільш дієвими, які практики вони можуть використовувати надалі, які контакти підтримки залишаються доступними та які межі

навантаження важливо зберігати. Завершення програми розглядалося не як досягнення ідеального стану, а як наявність зрозумілих інструментів самодопомоги, реалістичного плану цілей, опори на сенс і цінності та конкретного плану підтримки у повсякденному житті.

У межах програми використовуються такі методи психотерапевтичної роботи: психоедукація, групова дискусія, рефлексивне коло, баланс-модель позитивної психотерапії, робота з актуальними здібностями, позитивна інтерпретація, п'ятиступенева модель самодопомоги, щоденник самоспостереження, дихальні й тілесно орієнтовані стабілізаційні техніки, техніки заземлення і контейнування, вправи на усвідомлення потреб і меж, рольові міні-вправи для тренування комунікації, робота з переконаннями, наративні вправи, формування мікроцілей і плану підтримки.

Очікувані результати реалізації програми пов'язані зі зниженням психологічного дистресу, тривоги й емоційного напруження; підвищенням здатності до саморегуляції та самопідтримки; розширенням адаптивних копінг-стратегій; актуалізацією внутрішніх ресурсів і первинних здібностей; покращенням тілесного самоприйняття; відновленням балансу життєвих сфер, підтримувальної комунікації, смислових опор і реалістичної життєвої перспективи.

Таким чином, розроблена комплексна психотерапевтична програма допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, є структурованою груповою моделлю психокорекційного впливу, що поєднує салютогенетичну логіку, ресурсно орієнтований підхід і методичний інструментарій позитивної психотерапії. Її зміст спрямований не лише на зниження дистресу, а й на розвиток внутрішніх ресурсів психічного здоров'я, життєстійкості, самоприйняття, підтримувальних стосунків і якості життя жінок на різних етапах лікування та реабілітації.

3.3. Результати впровадження та перевірка ефективності

Формувальний етап дослідження був спрямований на перевірку припущення про те, що цілеспрямована психокорекційна допомога, побудована на засадах салютогенетичного підходу, позитивної психотерапії, розвитку саморегуляції, самоприйняття та підтримувальної комунікації, сприятиме зниженню психоемоційного дистресу, тривожності, депресивних проявів і посттравматичної напруги, а також посиленню, психологічного благополуччя, відчуття керованості та осмисленості життєвої ситуації.

Усі учасниці надали добровільну згоду на участь у програмі та були поінформовані про мету, зміст, тривалість і формат психокорекційної роботи. Участь у програмі була добровільною, а отримані результати аналізувалися лише в узагальненому й анонімізованому вигляді.

Програма реалізовувалася у груповому форматі та складалася з 8 занять тривалістю 150 хвилин кожне, які проводилися один раз на тиждень. Загальна тривалість формувального етапу становила 8 тижнів. Зміст занять охоплював психоедукацію щодо стресу й дистресу, засвоєння технік стабілізації та саморегуляції, роботу з актуальними здібностями, розвиток навичок самодопомоги, тілесного самоприйняття, підтримувальної комунікації, корекцію виснажливих переконань і формування смислової перспективи.

У дослідженні взяли участь **36 жінок**, які мають в анамнезі захворювання на рак молочної залози та на момент участі перебувають у стані ремісії. Вік учасниць становить від **44 до 58 років**. Отже, вибірка представлена переважно жінками зрілого дорослого віку, для яких досвід онкологічного захворювання, лікування та подальшого відновлення може бути не лише травматичним життєвим випробуванням, а й важливим чинником переосмислення себе, власних цінностей, стосунків і життєвих перспектив (дані представлені в Додатку Е, табл. Е 1).

За методикою психологічного благополуччя К. Ріфф у жінок виявляється відносно збережений ресурс *особистісного зростання* – цей показник є найвищим серед шкал психологічного благополуччя. Це може свідчити про внутрішню готовність учасниць осмислювати пережитий досвід, шукати в ньому нові смисли, переоцінювати життєві пріоритети та розглядати складні події як можливість для внутрішніх змін. Для цієї групи характерною є не лише потреба у відновленні після хвороби, а й потенціал до розвитку, самопізнання та формування нової якості життя.

Достатньо вираженими є також показники *цілей у житті* та *самоприйняття*. Це означає, що, попри перенесене захворювання, жінки загалом зберігають здатність бачити певну перспективу майбутнього, орієнтуватися на життєві завдання, а також підтримувати відносно прийнятне ставлення до себе. Водночас діапазон показників самоприйняття є досить широким, що може вказувати на неоднорідність групи: частина жінок уже має сформоване більш цілісне прийняття себе після хвороби, тоді як інші можуть переживати труднощі з образом тіла, самооцінкою, жіночою ідентичністю, відчуттям привабливості чи внутрішньої повноцінності.

Показник *управління середовищем* перебуває на середньому рівні. Це може відображати частково збережену здатність організовувати своє життя, виконувати повсякденні завдання, адаптуватися до вимог реальності. Водночас після досвіду онкологічного захворювання ця сфера часто залишається вразливою, оскільки жінки можуть відчувати, що контроль над тілом, здоров'ям і майбутнім уже не є таким передбачуваним, як раніше.

Дещо нижчими є показники *автономії* та особливо *позитивних взаємин з іншими*. Це важливий психологічний маркер стартового стану вибірки. Він може свідчити про певну залежність від зовнішньої підтримки, чутливість до оцінки, потребу в прийнятті та водночас можливі труднощі у відкритому вираженні власних потреб. Нижчий показник позитивних взаємин може бути пов'язаний із досвідом самотності в хворобі, відчуттям нерозуміння з боку

близьких, страхом бути тягарем, а також із певною емоційною закритістю або обережністю у контактах після травматичного досвіду лікування.

За Вісбаденським опитувальником позитивної психотерапії у вибірці помітно виражені вторинні актуальні здібності, пов'язані з порядком, відповідальністю та нормативністю. Найвищі показники отримано за шкалами *обов'язковості, акуратності, пунктуальності, старанності, вірності, довіри, ніжності, надії*. Це дозволяє описати учасниць як жінок, які звикли багато витримувати, бути відповідальними, організованими, надійними, орієнтованими на виконання обов'язків і збереження стосунків.

Такі риси є важливими ресурсами стійкості. Вони допомагають жінкам дотримуватися лікування, режиму, рекомендацій лікарів, підтримувати повсякденне функціонування, не втрачати здатність до турботи про інших і про себе. Водночас надмірна опора на обов'язковість, старанність, пунктуальність і контроль може мати й вразливий бік: жінки можуть звикати «триматися», не дозволяти собі слабкість, стримувати емоції, бути надто вимогливими до себе навіть у період відновлення.

Серед менш виражених показників за Вісбаденським опитувальником привертають увагу *контакти, ощадливість, слухняність, терпіння, частково час і віра/сенси*. Нижчий показник контактів може означати певну звуженість соціальної взаємодії, обережність у близькості, складність просити про допомогу або ділитися вразливими переживаннями. Це узгоджується з результатами методики К. Ріфф, де найнижчим серед шкал психологічного благополуччя також є показник позитивних взаємин з іншими.

Зниженіші показники терпіння та часу можуть відображати внутрішню напругу, нетерпимість до невизначеності, складність витримувати тривале очікування, пов'язане з контролем здоров'я, обстеженнями, страхом рецидиву або невизначеністю майбутнього. Для жінок у стані ремісії це є особливо значущим, оскільки формально хвороба може бути подолана, але психологічно досвід загрози життю ще певний час залишається активним.

За сферами балансу життя у жінок достатньо збереженими є *діяльність, фантазії/майбутнє, тіло/відчуття та контакти*. Це свідчить про наявність потенціалу до відновлення через активність, планування майбутнього, роботу з тілесним досвідом і поступове відновлення соціальних зв'язків. Водночас саме тілесна сфера для цієї вибірки має особливе значення, адже після раку молочної залози тіло може переживатися не лише як ресурс, а й як джерело тривоги, болю, зміненої ідентичності та вразливості.

Загалом психологічний портрет вибірки до початку корекційної програми можна описати як поєднання достатньо високого потенціалу особистісного зростання, відповідальності, внутрішньої організованості та надії з одночасною наявністю вразливостей у сферах емоційної відкритості, позитивних взаємин, довіри до контакту, терпіння до невизначеності та глибшого прийняття зміненого життєвого досвіду.

Опис результатів перевірки ефективності корекційної програми

Порівняння показників жінок до та після участі в корекційній програмі засвідчило наявність виражених позитивних змін у структурі психологічного благополуччя та особистісних ресурсів. Отримані результати за t-критерієм Ст'юдента для незалежних вибірок дають підстави стверджувати, що програма мала значущий психологічний ефект і сприяла посиленню внутрішніх ресурсів стійкості, самоприйняття, автономії та здатності до більш цілісної організації власного життєвого досвіду (Додаток Е, табл. Е2).

Найбільш виражені позитивні зміни спостерігаються за всіма шкалами психологічного благополуччя К. Ріфф. Після проходження програми значно зросли показники автономії: від $M = 8,06$ до $M = 14,14$; управління середовищем: від $M = 9,36$ до $M = 16,17$; особистісного зростання: від $M = 8,53$ до $M = 15,03$; позитивних взаємин з іншими: від $M = 9,72$ до $M = 16,00$; цілей у житті: від $M = 8,58$ до $M = 17,08$; самоприйняття: від $M = 8,44$ до $M = 18,39$. Усі ці відмінності є статистично значущими на високому рівні значущості.

Це свідчить про те, що після участі в програмі жінки стали більш здатними спиратися на себе, краще організовувати власне життя, бачити перспективу майбутнього, приймати себе та власний життєвий досвід. Особливо важливим є суттєве зростання самоприйняття і цілей у житті, оскільки для жінок, які пережили рак молочної залози та перебувають у стані ремісії, саме ці сфери часто є психологічно вразливими. Підвищення цих показників може свідчити про розвиток внутрішньої опори, переосмислення досвіду хвороби та поступове повернення відчуття життєвої перспективи.

Жінки стали більш здатними визнавати не лише власні ресурси, а й втому, потребу в підтримці, тілесну та емоційну вразливість, обмеження, пов'язані з пережитим досвідом хвороби. Тобто програма могла сприяти не штучному підвищенню позитивних самооцінок, а більш чесному й інтегрованому контакту із собою.

Особливо важливою є динаміка за Вісбаденським опитувальником позитивної психотерапії. Після впровадження програми загалом спостерігається тенденція до зниження надмірно виражених актуальних здібностей, що може свідчити про певну гармонізацію особистісної структури. Зокрема, знизилися показники обов'язковості, вірності, часу, довіри, ніжності, віри/сенсу. У логіці позитивної психотерапії надмірна вираженість окремих актуальних здібностей може свідчити про їх ригідність, напруженість або використання як способу психологічної компенсації.

Наприклад, висока обов'язковість може означати не лише відповідальність, а й внутрішній примус «я маю триматися», «я не можу підвести інших», «я повинна бути сильною». Зниження цього показника після програми може вказувати на пом'якшення надмірної вимогливості до себе, більшу гнучкість і дозвіл на власні потреби. Подібно, зниження показників часу, вірності чи довіри може відображати не втрату цих ресурсів, а зменшення їх надмірно напруженого, захисного або ідеалізованого характеру.

Водночас частина показників після програми зросла. Зокрема, підвищилися ощадливість (бережливість), контакти, надія, любов, тіло/відчуття, діяльність і контакти у сфері балансу. Саме ця динаміка є дуже важливою для висновку про ресурсний ефект програми. Вона свідчить, що зниження одних показників не було загальним «падінням» особистісної активності, а супроводжувалося посиленням інших, більш адаптивних аспектів функціонування.

Підвищення показників тіло/відчуття, діяльності та контактів у моделі балансу може свідчити про поступове повернення жінок до більш живого контакту з тілом, повсякденною активністю та соціальним середовищем. Для жінок після раку молочної залози це має особливе значення, адже тіло після хвороби часто переживається амбівалентно: як джерело страху, болю, змін і водночас як основа життя, відновлення й опори. Зростання показника тіло/відчуття можна трактувати як ознаку більшої готовності бути в контакті зі своїм тілом, не лише контролювати його через страх рецидиву, а й поступово приймати його як частину цілісного Я.

Зростання контактів також є важливим показником ефективності програми. Воно може свідчити про зменшення ізоляції, більшу відкритість до підтримки, готовність будувати взаємини не лише з позиції «я маю бути сильною», а й з позиції взаємності, довіри та прийняття допомоги. Це є суттєвим ресурсом стійкості, оскільки психологічне відновлення після онкологічного захворювання потребує не тільки внутрішньої мобілізації, а й підтримувального соціального середовища.

Окремо варто зазначити, що такі показники, як слухняність, терпіння та фантазії/майбутнє, не продемонстрували виражених статистично значущих змін або змінилися менш помітно. Це може свідчити про те, що програма не руйнувала базову структуру особистості, а діяла вибірково – на ті компоненти, які були пов'язані з надмірною напругою, контролем, відповідальністю, тілесним відчуженням і труднощами у контакті.

Отже, результати можна інтерпретувати як свідчення не простого «підвищення» всіх ресурсних показників, а саме *гармонізації особистісної структури*. Після програми відбулося певне зниження надмірно напружених або компенсаторно посилених актуальних здібностей і водночас активізувалися ті сфери, які підтримують цілісність особистості: тілесний контакт, діяльність, соціальні зв'язки, любов, надія, відчуття справедливості та здатність до більш реалістичної взаємодії зі світом.

Узагальнюючи, можна зазначити, що корекційна програма сприяла не стільки механічному зростанню окремих психологічних показників, скільки більш глибокій перебудові способу самоставлення і саморегуляції. Її ефект полягає у зменшенні надмірної внутрішньої мобілізованості, послабленні ригідних способів підтримання контролю та поступовому відновленні балансу між тілом, діяльністю, контактами і майбутнім. Саме це дає підстави говорити про *гармонізацію особистісної структури як збереження її цілісності*, коли жінка не втрачає своїх ресурсів, але починає користуватися ними менш напружено, більш гнучко й відповідно до реальних потреб відновлення після хвороби.

Висновки до III розділу

У третьому розділі обґрунтовано теоретико-методичні засади, зміст, структуру та результати впровадження комплексної психотерапевтичної програми допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози, на різних етапах лікування та відновлення. Показано, що онкологічне захворювання виступає не лише медичною, а й складною психотравмувальною життєвою ситуацією, яка актуалізує переживання невизначеності, втрати контролю, страху рецидиву, тілесної вразливості, зміни образу «Я», порушення життєвої перспективи та потребу в спеціально організованій психологічній підтримці.

Визначено, що методологічним підґрунтям розробленої програми є інтеграція салютогенетичного підходу А. Антоновського, теорії стресу і

копінгу Р. Лазаруса та С. Фолкман, концепції життєстійкості С. Мадді, положень позитивної психотерапії Н. Пезешкіана, а також ідей смислової інтеграції досвіду хвороби. У межах цього підходу психотерапевтична допомога спрямовується не лише на зниження дистресу, тривоги, депресивних проявів і посттравматичної напруги, а й на розвиток внутрішніх ресурсів психічного здоров'я, життєстійкості, самоприйняття, саморегуляції, підтримувальних стосунків і здатності до осмислення досвіду хвороби.

Обґрунтовано поняття салютогенетичної спрямованості як інтегральної ресурсно орієнтованої установки особистості, що виявляється у здатності жінки сприймати досвід хвороби як більш зрозумілий, керований та осмислений. З'ясовано, що розвиток цієї спрямованості є важливою передумовою зміцнення психічного здоров'я, підвищення життєстійкості та покращення якості життя жінок із раком молочної залози.

Розроблена комплексна психотерапевтична програма побудована як структурована групова модель психокорекційного впливу, що включає 8 занять тривалістю 150 хвилин кожне. Її зміст організовано відповідно до трьох взаємопов'язаних блоків: психоедукаційно-нормалізувального, стабілізаційно-копінгового та рефлексивно-інтегративного. Психоедукаційно-нормалізувальний блок спрямований на посилення зрозумілості досвіду хвороби через психоедукацію, нормалізацію емоційних реакцій і зменшення вторинної тривоги. Стабілізаційно-копінговий блок орієнтований на розвиток керованості через формування навичок саморегуляції, заземлення, контейнерування, самопідтримки, гнучкого копінгу та відновлення балансу життєвих сфер. Рефлексивно-інтегративний блок спрямований на посилення осмисленості через роботу із самоприйняттям, тілесною ідентичністю, підтримувальними стосунками, життєвими цілями та смисловою інтеграцією досвіду хвороби.

Встановлено, що програма поєднує психоедукацію, групову дискусію, рефлексивне коло, баланс-модель позитивної психотерапії, роботу з

актуальними здібностями, позитивну інтерпретацію, п'ятиступеневу модель самодопомоги, щоденник самоспостереження, дихальні та тілесно орієнтовані стабілізаційні техніки, вправи на усвідомлення потреб і меж, рольові вправи для розвитку підтримувальної комунікації, роботу з виснажливими переконаннями, наративні вправи, формування мікроцілей і плану підтримки. Така структура забезпечує поступовість, безпечність і методичну послідовність психокорекційного впливу.

На етапі впровадження програми було залучено 36 жінок, які мали в анамнезі рак молочної залози та перебували у стані ремісії. Первинна психологічна характеристика вибірки засвідчила поєднання достатньо збереженого потенціалу особистісного зростання, відповідальності, внутрішньої організованості й надії з одночасною наявністю вразливостей у сферах позитивних взаємин, емоційної відкритості, тілесного самоприйняття, довіри до контакту, терпіння до невизначеності та глибшого прийняття зміненого життєвого досвіду.

Результати перевірки ефективності програми засвідчили позитивну динаміку показників психологічного благополуччя за методикою К. Ріфф. Після участі у програмі зросли показники автономії, управління середовищем, особистісного зростання, позитивних взаємин з іншими, цілей у житті та самоприйняття. Це свідчить про посилення внутрішньої опори, здатності до саморегуляції, прийняття себе, відновлення життєвої перспективи та більш цілісне осмислення досвіду хвороби.

Динаміка показників за Вісбаденським опитувальником позитивної психотерапії засвідчила не механічне зростання всіх особистісних характеристик, а гармонізацію особистісної структури. Після проходження програми спостерігалось зниження надмірно напружених або компенсаторно посилених актуальних здібностей, зокрема пов'язаних із обов'язковістю, жорстким контролем, надмірною відповідальністю та внутрішньою вимогою «бути сильною». Водночас посилилися більш адаптивні ресурси, пов'язані з

тілесним контактом, діяльністю, соціальними зв'язками, любов'ю, надією та здатністю до підтримувальної взаємодії.

Отже, результати впровадження комплексної психотерапевтичної програми підтвердили її ефективність як засобу розвитку внутрішніх ресурсів психічного здоров'я, життєстійкості, самоприйняття, психологічного благополуччя та якості життя жінок, хворих на рак молочної залози. Ефект програми полягає у зниженні надмірної внутрішньої мобілізованості, послабленні ригідних способів самоконтролю, відновленні контакту з тілом, активізації підтримувальних стосунків, формуванні реалістичної життєвої перспективи та гармонізації балансу між тілом, діяльністю, контактами і майбутнім.

Матеріали третього розділу дисертації висвітлено в публікаціях:

1. Черненко Г. Ф. Теоретико-методологічні засади розробки комплексної програми психотерапевтичної допомоги жінкам із раком молочної залози. *Habitus*. 2025. № 77, т. 2. С. 253–258. DOI: <https://doi.org/10.32782/hbts.77.2.46>

2. Черненко Г. Ф. Психологічні аспекти реабілітації жінок, хворих на рак молочної залози. Проблеми особистості в сучасній науці: результати та перспективи дослідження (PPMSRPR) : матеріали XXVII Міжнародної конференції молодих науковців (Київ, 24–25 квітня 2025 р.). Київ, 2025. С. 339–340. DOI: <https://doi.org/10.59647/978-617-8633-38-7/1>

3. Черненко Г. Ф. Основні напрями психотерапії у лікуванні онкохворих жінок. Костюківські читання : матеріали Всеукраїнської наукової конференції, присвяченої 125-річчю від дня народження Григорія Силовича Костюка (Київ, 23 квітня 2025 р.). Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. С. 431–440. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/745324/>

ВИСНОВКИ

Узагальнення отриманих у дисертаційному дослідженні результатів дозволило сформулювати підсумкові висновки:

1. Здійснено теоретичне узагальнення та запропоновано нове розв'язання актуальної наукової проблеми психокорекційної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози. На основі аналізу сучасних наукових підходів обґрунтовано, що рак молочної залози доцільно розглядати не лише як соматичне захворювання, а як складну медико-психологічну та життєву кризу, що впливає на емоційну, когнітивну, тілесну, поведінкову, ціннісно-смыслову та міжособистісну сфери життя жінки. Доведено, що переживання онкологічного захворювання супроводжується не тільки психоемоційним дистресом, тривогою, депресивними проявами, страхом рецидиву та зниженням якості життя, а й глибокою перебудовою самостворення, образу тіла, життєвих смислів і системи внутрішніх опор.

Психокорекційну допомогу жінкам, хворим на рак молочної залози, обґрунтовано як системно організований процес розвитку внутрішніх ресурсів особистості, спрямований на збереження психічного здоров'я, підтримку психологічної цілісності, адаптацію до досвіду хвороби та покращення якості життя. Доведено, що ефективна психологічна допомога повинна спрямовуватись не лише на зниження симптомів дистресу, а й на розвиток самоприйняття, життєстійкості, психологічного благополуччя, здатності до саморегуляції, смислової інтеграції досвіду хвороби та салютогенетичної спрямованості.

2. На основі аналізу сучасних теоретичних підходів встановлено, що проблема психокорекційної допомоги жінкам із раком молочної залози потребує міждисциплінарного осмислення. Її доцільно розглядати в системі координат психоонкології, клінічної психології, психосоматики, психології стресу і копіngu, салютогенезу, позитивної психотерапії, концепцій психологічного благополуччя, життєстійкості, резильєнтності,

самоприйняття та посттравматичного зростання.

Обґрунтовано, що внутрішня картина хвороби у жінок із доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози є багатовимірним психологічним утворенням, яке поєднує когнітивні уявлення про захворювання, емоційні реакції на загрозу хвороби, тілесні переживання, поведінкові стратегії подолання та особистісні смисли, пов'язані з досвідом хвороби.

Встановлено, що саме характер внутрішньої картини хвороби значною мірою визначає особливості адаптації або дезадаптації жінки, її готовність до лікування, здатність приймати допомогу, зберігати суб'єктність і відновлювати якість життя.

3. Обґрунтовано методичне забезпечення дослідження психологічних чинників, особистісних передумов і внутрішніх ресурсів жінок із доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози. Підібраний комплекс психодіагностичного інструментарію дозволив цілісно охопити психоемоційний, тілесний, особистісний, ресурсний, регуляторний і ціннісно-смысловий рівні переживання хвороби. Така модель дозволила не лише описати психологічний стан жінок із різним онкологічним статусом, а й виявити внутрішні чинники, предиктори та закономірності, що визначають психологічну вразливість або, навпаки, підтримують адаптацію, стійкість і збереження психічного здоров'я.

4. За результатами емпіричного дослідження встановлено психологічні особливості жінок із доброякісними та злоякісними захворюваннями молочної залози. Виявлено, що жінки з раком молочної залози характеризуються більш вираженим психоемоційним напруженням, підвищеним рівнем тривоги, депресивних проявів, посттравматичної напруги, соматичних скарг, а також ускладненнями у сфері самоставлення, психологічного благополуччя та життєстійкості.

Встановлено, що злоякісне захворювання молочної залози є не лише медичним діагнозом, а й психологічним чинником, що актуалізує

переживання вразливості, втрати контролю, страху майбутнього, змін тілесного образу та жіночої ідентичності. Водночас у частини жінок зберігається значний ресурсний потенціал, що виявляється у здатності до саморозуміння, переосмислення життєвого досвіду, підтримки надії, пошуку сенсу, збереження значущих стосунків і прагнення до особистісного розвитку.

5. Порівняльний аналіз психоемоційного стану жінок залежно від стану їхнього здоров'я підтвердив наявність значимих психологічних розбіжностей між групами. Жінки з доброякісними новоутвореннями молочної залози та жінки з підтвердженим діагнозом раку молочної залози мають спільні зони психологічної вразливості, пов'язані з тривогою щодо здоров'я, тілесною напругою, страхом невизначеності та потребою в підтримці. Водночас у жінок із злоякісними захворюваннями ці прояви мають більш виражений характер і частіше поєднуються з порушенням відчуття психологічної безпеки, цілісності Я та стабільності життєвої перспективи.

Результати дослідження засвідчили, що психоемоційний стан жінок із захворюваннями молочної залози не може бути пояснений лише медичним статусом. Його визначають також особливості самоствавлення, характер внутрішньої картини хвороби, рівень психологічного благополуччя, здатність до саморегуляції, якість міжособистісної підтримки та сформованість внутрішніх ресурсів особистості.

6. Встановлено, що внутрішні ресурси особистості виконують буферну функцію у переживанні хвороби та адаптації до неї. Самоприйняття, життєстійкість, резильєнтність, психологічне благополуччя, здатність до емоційної саморегуляції, надія, довіра, смислова інтеграція досвіду та підтримувальні міжособистісні зв'язки виступають чинниками збереження психічного здоров'я жінок, хворих на рак молочної залози.

Особливе значення має самоприйняття, яке виявилось одним із центральних внутрішніх ресурсів стійкості. Саме воно забезпечує можливість більш цілісного ставлення до себе в ситуації тілесних змін, лікування, ремісії

або невизначеності щодо майбутнього. Самоприйняття знижує внутрішню конфліктність, пом'якшує переживання сорому, провини, страху чи неповноцінності, сприяє відновленню контакту з тілом і підтримує здатність жінки сприймати досвід хвороби не лише як руйнівний, а і як такий, що може бути інтегрований у життєву історію.

7. Виявлено психологічні чинники, предиктори та закономірності, пов'язані з виникненням і переживанням захворювань молочної залози у жінок. До найбільш значущих психологічних чинників належать підвищене психоемоційне напруження, тривожність, депресивність, посттравматичні прояви, соматизація, порушення самоствалення, зниження окремих показників психологічного благополуччя, труднощі емоційної саморегуляції та внутрішні конфлікти, пов'язані з тілесністю, близькістю, контролем, відповідальністю та потребою у підтримці. Виявлені чинники утворюють складну систему психологічної вразливості, яка може впливати на спосіб переживання хвороби, характер адаптації до лікування, рівень дистресу та якість життя.

Отримані результати дають підстави розглядати психологічні чинники не як прямі причини онкопатології, а як умови, що визначають психологічну готовність жінки до подолання хвороби, її здатність мобілізувати ресурси, приймати допомогу та зберігати психічну цілісність у кризовій ситуації.

8. Розроблено та теоретично обґрунтовано комплексну програму психотерапевтичної допомоги жінкам, хворим на рак молочної залози. Програма ґрунтується на ресурсно-орієнтованому та салютогенетичному підходах, а також на положеннях позитивної психотерапії щодо розвитку внутрішніх ресурсів особистості, гармонізації актуальних здібностей, відновлення балансу життєвих сфер, опрацювання внутрішнього конфлікту та підтримки смислової інтеграції досвіду хвороби.

Програма має системний характер і поєднує психоедукаційний, стабілізаційно-копінговий та рефлексивно-інтегративний блоки. Її зміст спрямовано на зниження психоемоційного напруження, розвиток навичок

самодопомоги й емоційної саморегуляції, підтримку самоприйняття, відновлення контакту з тілом, посилення життєстійкості, розвиток актуальних здібностей, формування більш гнучкого ставлення до хвороби та покращення якості життя.

9. Апробація комплексної психотерапевтичної програми засвідчила її ефективність у розвитку внутрішніх ресурсів психічного здоров'я та покращенні якості життя жінок, хворих на рак молочної залози. Участь у програмі сприяла зниженню психоемоційного напруження, підвищенню здатності до саморозуміння, підтримці самоприйняття, розвитку життєстійкості, зміцненню внутрішніх ресурсів особистості та формуванню більш адаптивного ставлення до досвіду хвороби.

Психокорекційна допомога жінкам, хворим на рак молочної залози, постає як цілісний ресурсно-орієнтований і салютогенетично спрямований процес, що забезпечує не лише зниження психоемоційного дистресу, а й розвиток внутрішніх ресурсів особистості, підтримку самоприйняття, життєстійкості, психологічного благополуччя, смислової інтеграції досвіду хвороби та збереження психологічної цілісності. Розроблена й апробована програма може розглядатися як ефективний засіб психологічної підтримки жінок із раком молочної залози на різних етапах лікування та відновлення.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у поглибленому вивченні психологічних механізмів адаптації жінок, хворих на рак молочної залози, на різних етапах лікування, ремісії та відновлення, зокрема динаміки самоприйняття, образу тіла, внутрішньої картини хвороби, життєстійкості, психологічного благополуччя та якості життя. Подальшого аналізу потребує перевірка ефективності розробленої психокорекційної програми в різних форматах психологічної допомоги – індивідуальному, груповому та онлайн.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вітенко І. С. Медична психологія : підручник. Київ : Здоров'я, 2007. 208 с.
2. Вознесенська О. Л., Сидоркіна М. Ю. Арт-терапія у подоланні психічної травми : практичний посібник. Київ : Золоті ворота, 2015. 148 с.
3. Галецька І. Психологічні чинники соціальної адаптації. Вісник. Соціогуманітарні проблеми людини. 2005. № 1. С. 91–100. URL: <https://nasplib.isoftware.kiev.ua/server/api/core/bitstreams/812d5fe7-f4a1-4421-ae4e-e44b6dba8110/content>
4. Гардашнікова Г. Т. Психосоціальне середовище як чинник виникнення онкозахворювань у жінок. Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2011. Т. 7, вип. 25. С. 52–60.
5. Гасюк М. Б., Щурик І. М. Особливості психологічної корекції внутрішньої картини здоров'я підлітків із набутими вадами опорно-рухового апарату. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки. 2018. Вип. 5. С. 261–265. URL: <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/102>
6. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). Mozok. Депресія - <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2711-gospitalna-shkala-trivogi--depress-HADS>
7. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії : навч. посіб. Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. 264 с. URL: https://books.ndcnangu.co.ua/books/didkovska_osnovi_psikhodiagnostiki.pdf
8. Заїка В. М., Мартинкус В. М. Особливості надання психологічної допомоги жінкам з раком молочної залози. Правові, економічні та соціокультурні засади регулювання суспільних відносин: сучасні реалії та виклики часу : зб. матеріалів VI Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар.

- участю, м. Полтава, 11–12 груд. 2024 р. Полтава : ПШП, 2025. С. 252–255.
URL: https://pl.uu.edu.ua/wp-content/uploads/2025/01/Збірник_2024.pdf
9. Карамушка Л. М. Тренінгова програма «Психологія соціальної напруженості на рівні організації в цілому»: завдання, основні тематичні сесії та інтерактивні техніки. Актуальні проблеми психології: Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2018. Т. 1, № 49. С. 12–20. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/712357/2/4.pdf>
 10. Каргіна Н. В. Основні підходи до вивчення психологічного благополуччя особистості: теоретичний аспект. Наука і освіта. 2015. № 3. С. 48–55. URL: https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2015/JRN_3/PDF/10.pdf
 11. Кокун О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник : практичний посібник. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 25 с.
 12. Кушта В. С., Кушта А. О. Вплив психоемоційного стану на розвиток і перебіг онкологічного захворювання. Актуальні проблеми профілактичної медицини. 2025. Вип. 29. DOI: 10.32782/2786-9067-2025-29-8.
 13. Лісова О. С. Внутрішня картина здоров'я. Збірник наукових праць НПУ імені М. П. Драгоманова. Психологія. Київ, 2002. № 15. С. 69–77.
 14. Максименко С. Д., Куценко-Лада Г. В., Пророк Н. В. та ін. Психологічні чинники самодетермінації особистості в освітньому просторі : колективна монографія. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2013. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/1942/1/%D0%9C%D0%B0%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE_871.pdf
 15. Матреницький В. Л. Психотравма діагнозу, дистрес і депресія у пацієнтів як фактори прогресії онкозахворювання, способи їх профілактики і терапії. Клінічна онкологія. 2020. Т. 10, № 1(37). С. 1–9. DOI: 10.32471/clinicaloncology.2663-466X.37-1.26975.

- 16.Панок В. Г., Рудь Г. В. Психологія життєвого шляху особистості : монографія. Київ : Ніка-Центр, 2006. 280 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/724267/>.
- 17.Перетятко Л. Г., Тесленко М. М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. Психологія і особистість. 2017. № 2(12). С. 137–147. DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.853443>.
- 18.Павленко Т. В. Сенси здоров'я : практичний посібник по роботі з психосоматикою. Київ : Психобук, 2018. 150 с.
- 19.Радько О. В. Феномен психологічного благополуччя особистості в сучасній психології та його компоненти: теоретична модель. Теорія і практика сучасної психології. 2019. № 6(1). С. 149–152. DOI: 10.32840/2663-6026.2019.6-1.30.
- 20.Сергет І. В. «Внутрішня картина» хвороби та її вплив на психологічну адаптацію до стресу під час онкологічного захворювання. Людина віртуальна: нові горизонти : зб. наук. праць за матеріалами VII Міжнар. наук.-практ. конф., 30–31 берез. 2020 р. / за заг. ред. М. А. Журби. Монреаль : СРМ «ASF», 2020. С. 75–78. URL: <https://ekhsuir.kspu.edu/handle/123456789/12143>
- 21.Сергеєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. Вікова психологія : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 376 с.
- 22.Сердюк Л. З. Психологічне благополуччя як чинник самореалізації особистості студентів в інтегрованому освітньому середовищі. Проблеми загальної та педагогічної психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2011. Т. XIII, ч. 5. С. 329–338. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/709129/1/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B4%D1%8E%D0%BA%201.pdf>
- 23.Сердюк Л. З. Структура та функція психологічного благополуччя особистості. Актуальні проблеми психології. 2017. Т. 17, № 5. С. 124–133.

URL:<https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/709129/1/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%B4%D1%8E%D0%BA%201.pdf>

- 24.Сердюк Л. З. Вісбаденський опитувальник позитивної терапії і сімейної терапії (WIPPF 2.0) Н. Пезешкіана для діагностики внутрішніх ресурсів особистості. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2022. № 3–4(27). С. 130–141. DOI: 10.31108/2.2022.3.27.13.
- 25.Сердюк Л. З. Системні детермінанти розвитку особистісних ресурсів психічного здоров'я особистості у складних життєвих обставинах. Організаційна психологія. Економічна психологія. 2025. № 36(3). С. 87–96. DOI: 10.31108/2.2025.3.36.9.
- 26.Сердюк Л., Купрєєва О., Отенко С. Салютогенетичні основи життєстійкості особистості. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Психологія. 2022. № 1(15). С. 56-60. DOI: 10.17721/BSP.2022.1(15).9.
- 27.Сердюк О. О., Базима Б. О. Адаптація скринінгового опитувальника п'яти факторів особистості BFI-10 та перевірка його діагностичних властивостей на прикладі осіб, які вживають наркотики. Право і безпека. 2021. № 83(4). С. 100–110. DOI: 10.32631/pb.2021.4.10.
- 28.Смайлова С. О., Єпішкіна І. В. Типи ставлення до хвороби у членів однієї сімейної системи. Актуальні проблеми психології. 2013. Т. 10 : Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. Вип. 23. С. 604–615. URL: <http://appspsychology.org.ua/index.php/ua/arkhiv-vydannia/tom-10/vipusk-10-23>.
- 29.Становський Б. О. Стратегія медико-психологічної допомоги в роботі лікаря-психолога з онкологічними пацієнтами. Психосоматична медицина та загальна практика. 2021. Т. 6, № 4. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v6i4>.
- 30.Терлецька Н. В. Внутрішня картина хвороби і якість життя хворих із психогенними депресіями невротичного рівня. Вісник Львівського

- університету. Серія психологічні науки. 2021. Вип. 11. С. 195–202. DOI: 10.30970/PS.2021.11.24.
31. Федоренко З. П. Рак в Україні, 2014–2015 : бюлетень Національного канцер-реєстру України. Київ : Національний інститут раку, 2016. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/PDF/0_titul.pdf
32. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Харків : Клуб сімейного дозвілля, 2020. 160 с.
33. Хомуленко Т. Б. Психосоматика: культурно-історичний підхід : навч.-метод. посіб. / Т. Б. Хомуленко, І. О. Філенко, К. І. Фоменко, О. С. Шукалова, М. В. Коваленко. Харків : Диса плюс, 2015. 264 с.
34. Наративні психотехнології / Чепелєва Н. В., Смульсон М. Л., Шиловська О. М., Гуцол С. Ю. ; за заг. ред. Н. В. Чепелєвої. Київ : Главник, 2007. 144 с. Серія «Психологічний інструментарій». ISBN 978-966-8774-35-5. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/8949/>
35. Чиханцова О. А. Якість життя особистості та особливості її вимірювання. Insight: the psychological dimensions of society. 2020. № 4. С. 11–28. DOI: 10.32999/2663-970X/2020-4-1.
36. Школіна Н. В., Шаповал І. І., Орлова І. В., Кедик І. О., Станіславчук М. А. Адаптація та валідизація україномовної версії Шкали Стресостійкості Коннора-Девідсона-10 (CD-RISC-10): апробація у хворих на анкілозивний спондиліт. Український ревматологічний журнал. 2020. № 2(80). С. 66–72. URL: <https://www.rheumatology.kiev.ua/wp/wp-content/uploads/2020/07/1187.pdf?upload=>
37. Alberti R. E., Emmons M. L. Your Perfect Right: A Guide to Assertive Behavior. San Luis Obispo, California : Impact, 1974. 118 p. URL: https://www.researchgate.net/publication/232496056_Your_Perfect_Right_A_Guide_to_Assertive_Behavior
38. Alberti R. E., Emmons M. L. Your Perfect Right: Assertiveness and Equality in Your Life and Relationships. 10th ed. Oakland, CA : New Harbinger

- Publications, 2017. URL: <https://ru.scribd.com/document/510896343/Alberti-Robert-Emmons-Michael-Your-Perfect-Right-Assertiveness-and-Equality-in-Your-Life-and-Relationships-New-Harbinger-Publications-2017>
39. Alexander F., French T. M., Pollock G. H. Psychosomatic Specificity. Vol. 1: Experimental Study and Results. Chicago ; London : University of Chicago Press, 1968. 263 p.
 40. Alfano C. M., Day J. M., Katz M. L., Herndon J. E., Bittoni M. A., Oliveri J. M., Donohue K., Paskett E. D. Exercise and dietary change after diagnosis and cancer-related symptoms in long-term survivors of breast cancer: CALGB 79804. *Psycho-Oncology*. 2009. Vol. 18, no. 2. P. 128–133. DOI: 10.1002/pon.1378.
 41. Allen J. D., Savadatti S., Gurmankin Levy A. The transition from breast cancer “patient” to “survivor”. *Psycho-Oncology*. 2009. Vol. 18, no. 1. P. 71–78. DOI: 10.1002/pon.1380.
 42. American Cancer Society. Psychological stress and cancer. 2022. URL: <https://www.cancer.org/cancer/risk-prevention/understanding-cancer-risk/questions.html> (date of access: 28.04.2026).
 43. Andersen B. L., Shapiro C. L., Farrar W. B., Crespin T., Wells-Di Gregorio S. Psychological responses to cancer recurrence. *Cancer*. 2005. Vol. 104, no. 7. P. 1540–1547. DOI: 10.1002/cncr.21309.
 44. Antonovsky A. Health, Stress, and Coping. San Francisco : Jossey-Bass, 1979. 255 p.
 45. Antonovsky A. Personality and disease. *Personality and Disease*. New York : Wiley, 1990. P. 155–176. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1990-98339-006>
 46. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. 1996. Vol. 11, no. 1. P. 11–18. DOI: 10.1093/heapro/11.1.11.

47. Antonovsky A. The sense of coherence as a determinant of health. *Advances: Institute for Advancement of Health*. 1984. Vol. 1, no. 3. P. 37–50. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1480389>
48. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*. 1993. Vol. 36, no. 6. P. 725–733. DOI: 10.1016/0277-9536(93)90033-Z.
49. Aragona M., Muscatello M. R., Mesiti M. Prevalence of depressive mood disorders in breast cancer patients of southern Italy. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1996. Vol. 784. P. 482–485. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1996.tb16267.x.
50. Barbagallo M., Mogavero A., Magrì M. S., Quattrocchi A., De Grassi F., Catalano F., Basile G., Agodi A. Effects of dietary habits and dietary interventions on quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional study and systematic review of experimental studies. *Cancers*. 2020. Vol. 12, no. 2. Article 322. DOI: 10.3390/cancers12020322.
51. Beck J. S. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2011. 391 p. URL: <https://img3.reoveme.com/m/be38edbbfc79330a.pdf>
52. Blake-Mortimer J., Gore-Felton C., Kimerling R., Turner-Cobb J. M., Spiegel D. Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *European Journal of Cancer*. 1999. Vol. 35, no. 11. P. 1581–1586. URL: [https://www.ejancer.com/article/S0959-8049\(99\)00194-X/pdf](https://www.ejancer.com/article/S0959-8049(99)00194-X/pdf)
53. Bowen D. J., Poole F. S., White M., Lyn R., Flores D. A., Haile H. G., Williams D. R. The role of stress in breast cancer incidence: risk factors, interventions, and directions for the future. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18, no. 4. Article 1871. DOI: 10.3390/ijerph18041871.

54. Bowlby J. Maternal Care and Mental Health. URL: <http://garfield.library.upenn.edu/classics1986/A1986F062900001.pdf> (date of access: 28.04.2026).
55. Brähler E., Schumacher J., Brähler C. Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Gießener Beschwerdeboogens GBB-24. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 2000. Vol. 50, № 1. P. 14–21. DOI: 10.1055/s-2000-13233..
56. Breslau N., Peterson E. L., Poisson L. M., Schultz L. R., Lucia V. C. Estimation of lifetime risk for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. American Journal of Psychiatry. 1999. Vol. 156, no. 6. P. 902–907. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.902>
57. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. Developmental Psychology. 1992. Vol. 28, no. 5. P. 759–775. DOI: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>
58. Bultz B. D., Johansen C. Screening for Distress, the 6th Vital Sign: where are we, and where are we going? Psycho-Oncology. 2011. Vol. 20, no. 6. P. 569–571. DOI: 10.1002/pon.1986.
59. Burgess C., Cornelius V., Love S., Graham J., Richards M., Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. BMJ. 2005. Vol. 330. P. 702. DOI: 10.1136/bmj.38343.670868.D3.
60. Calderón Garrido C., Ferrando P. J., Lorenzo-Seva U., Ferreira García E., Lee E. M., Oporto-Alonso M., Obispo-Portero B. M., Mihic-Góngora L., Rodríguez-González A., Jiménez-Fonseca P. Psychometric properties of the Spanish version of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30). Quality of Life Research. 2022. Vol. 31. P. 1859–1869. DOI: 10.1007/s11136-021-03068-w.
61. Campbell G., Darke S., Bruno R., Degenhardt L. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. Australian

- & New Zealand Journal of Psychiatry. 2015. Vol. 49, no. 9. P. 803–811. DOI: 10.1177/0004867415569795.
62. Dana D. The Polyvagal Theory in Therapy: Engaging the Rhythm of Regulation. New York : W. W. Norton & Company, 2018. 320 p. ISBN 978-0-393-71237-7. URL: https://catalog.nlm.nih.gov/discovery/fulldisplay/alma9917307643406676/01NLM_INST:01NLM_INST
63. Deci E. L., Ryan R. M. The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. Psychological Inquiry. 2000. Vol. 11, no. 4. P. 227–268. DOI: 10.1207/S15327965PLI1104_01.
64. Deimling G. T., Kahana B., Bowman K. F., Schaefer M. L. Cancer survivorship and psychological distress in later life. Psycho-Oncology. 2002. Vol. 11, no. 6. P. 479–494. DOI: 10.1002/pon.614.
65. Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York : Lyle Stuart, 1962. 442 p. URL: <https://docshare01.docshare.tips/files/27782/277829817.pdf>
66. Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977. DOI: 10.1037/h0089260
67. Eraslan P., İlhan A., Karacin C., Çakmak Öksüzoğlu Ö. B. Alexithymia may be associated with depression in early-stage breast cancer patients. Cureus. 2022. Vol. 14, no. 9. Article e29519. DOI: 10.7759/cureus.29519.
68. Eysenck H. J. Cancer, personality and stress: prediction and prevention. Advances in Behaviour Research and Therapy. 1994. Vol. 16. P. 167–215. DOI: 10.1016/0146-6402(94)00001-8.
69. Fallowfield L., Ford S., Lewis S. No news is not good news: information preferences of patients with cancer. Psycho-Oncology. 1995. Vol. 4, no. 3. P. 197–202. DOI: 10.1002/pon.2960040305.
70. Fava G. A., Sonino N. Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. Psychotherapy and Psychosomatics. 2000. Vol. 69, no. 4. P. 184–197. DOI: 10.1159/000012393.

71. Ferrell B. R., Handzo G., Picchi T., Puchalski C., Rosa W. E. Spiritual care in the global sphere. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2020. Vol. 60, no. 6. P. e28–e29. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.09.031.
72. Freud S. The Ego and the Id. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Vol. XIX (1923–1925): The Ego and the Id and Other Works / ed. and trans. by J. Strachey. London : Hogarth Press, 1961. P. 1–66.
73. Freud S. *The Interpretation of Dreams*. London : Hogarth Press, 1953.
74. Friedman L. C., Nelson D. V., Baer P. E., Lane M., Smith F. E. Adjustment to breast cancer: a replication study. *Journal of Psychosocial Oncology*. 1990. Vol. 8, no. 4. P. 27–40. DOI: 10.1300/J077v08n04_02.
75. Ganz P. A., Desmond K. A., Leedham B., Rowland J. H., Meyerowitz B. E., Belin T. R. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*. 2002. Vol. 94, no. 1. P. 39–49. DOI: 10.1093/jnci/94.1.39.
76. Greer S., Moorey S. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer. *European Journal of Surgical Oncology*. 1987. Vol. 13, no. 6. P. 511–516. PMID: 3691824.
77. Greer S., Moorey S., Baruch J. D., Watson M., Robertson B. M., Mason A., Rowden L., Law M. G., Bliss J. M. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *BMJ*. 1992. Vol. 304, № 6828. P. 675–680. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.304.6828.675>
78. Greer S., Morris T., Pettingale K. W. Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*. 1979. Vol. 2, no. 8146. P. 785–787. DOI: 10.1016/S0140-6736(79)92127-5.
79. Groenvold M. Health-related quality of life in early breast cancer. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 2010. Vol. 4, no. 1. P. 9–13. PMID: 20816024. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20816024/>

80. Han P. K. J., Lehman T. C., Massett H., Lee S. J. C., Klein W. M. P., Freedman A. N. Conceptual problems in laypersons' understanding of individualized cancer risk: a qualitative study. *Health Expectations*. 2009. Vol. 12, no. 1. P. 4–17. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2008.00524.x.
81. Hinkle L. E. Jr. Human ecology and psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*. 1967. Vol. 29, no. 4. P. 391–395. DOI: 10.1097/00006842-196707000-00010.
82. *Psycho-Oncology* / edited by J. C. Holland. New York : Oxford University Press, 1998. 1216 p. ISBN 0-19-510614-8.
83. Holland J. C., Lewis S. *The Human Side of Cancer: Living with Hope, Coping with Uncertainty*. New York : HarperCollins, 2000. 340 p. ISBN 0-06-017371-8.
84. Idman I. Настанова 01057. Психосоціальна підтримка пацієнтів з онкологічними захворюваннями. 2011. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3776> (дата звернення: 28.04.2026).
85. Jung C. G. *The Structure and Dynamics of the Psyche. The Collected Works of C. G. Jung*. Vol. 8 / ed. by G. Adler ; trans. by R. F. C. Hull. Princeton, NJ : Princeton University Press, 1970. 608 p.
86. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*. 1982. Vol. 4. P. 33–47. DOI: 10.1016/0163-8343(82)90026-3.
87. Lacan J. *The Seminar of Jacques Lacan. Book II: The Ego in Freud's Theory and in the Technique of Psychoanalysis, 1954–1955* / ed. by J.-A. Miller ; trans. by S. Tomaselli. Cambridge : Cambridge University Press, 1988. 345 p. URL: <https://ru.scribd.com/document/383395210/300216361-Lacan-Jacques-Seminar-Book-II-Ego-PDF-Lacan> .
88. Kim H. K., Lwin M. O. Cultural effects on cancer prevention behaviors: fatalistic cancer beliefs and risk optimism among Asians in Singapore. *Health*

- Communication. 2017. Vol. 32, no. 10. P. 1201–1209. DOI: 10.1080/10410236.2016.1214224.
- 89.Kinsinger S. W., McGregor B. A., Bowen D. J. Perceived breast cancer risk, social support, and distress among a community-based sample of women. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2009. Vol. 27, no. 2. P. 230–247. DOI: 10.1080/07347330902776002.
- 90.Kissane D. W., Bultz B. D., Butow P. M., Finlay I. G. *Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. Oxford : Oxford University Press, 2010. 748 p. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780199238361.001.0001.
- 91.Laughlin T. *The Psychology of Cancer*. Panarion Press, 1999. 223 p.
- 92.Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York : Springer Publishing Company, 1984. 445 p.
- 93.LeShan L. *Cancer as a Turning Point: A Handbook for People with Cancer, Their Families, and Health Professionals*. Rev. ed. New York : Plume, 1994. 256 p. ISBN 0-452-27137-1..
- 94.Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness. *The Self-Regulation of Health and Illness Behavior* / ed. by L. D. Cameron, H. Leventhal. New York : Routledge, 2003. P. 42–65. DOI: 10.1007/s10865-016-9782-2
- 95.Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. The Common Sense Representation of Illness Danger. *Contributions to Medical Psychology*. Vol. 2 / ed. by S. Rachman. New York : Pergamon Press, 1980. P. 7–30. ISBN 0-08-025230-3. URL: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1682923>
- 96.Lewis F. M., Bloom J. R. Psychosocial adjustment to breast cancer: a review of selected literature. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 1978. Vol. 9, no. 1. P. 1–17. DOI: 10.2190/5VKV-HL8N-M9C8-NT7L.
- 97.Lucas R. E., Diener E. Personality and subjective well-being. *Handbook of Personality: Theory and Research* / ed. by O. P. John, R. W. Robins, L. A. Pervin. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2010. P. 795–814.

98. Lupton D. Risk and emotion: towards an alternative theoretical perspective. *Health, Risk & Society*. 2013. Vol. 15, no. 8. P. 634–647. DOI: 10.1080/13698575.2013.848847.
99. Maddi S. R. On hardiness and other pathways to resilience. *American Psychologist*. 2005. Vol. 60, no. 3. P. 261–262. DOI: 10.1037/0003-066X.60.3.261.
100. Massie M. J. Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monographs*. 2004. No. 32. P. 57–71. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgh014.
101. May R. *The Meaning of Anxiety*. New York : Ronald Press Co., 1950. xv, 376 p.
102. Maya S. Psycho-oncology: my chosen journey. *Indian Journal of Cancer*. 2021. Vol. 58, no. 1. P. 119–121. DOI: 10.4103/ijc.IJC_949_19.
103. McBride N. Resilience questionnaire. Blocksurvey. URL: <https://blocksurvey.io/templates/resilience-scales/nicholson-mcbride-resilience-questionnaire> (дата звернення: 28.04.2026).
104. Mechanic D. The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*. 1962. Vol. 15, no. 2. P. 189–194. DOI: 10.1016/0021-9681(62)90068-1.
105. Mechanic D., Volkart E. H. Stress, illness behavior, and the sick role. *American Sociological Review*. 1961. Vol. 26, № 1. P. 51–58. DOI: <https://doi.org/10.2307/2090512>.
106. Heidary Z., Ghaemi M., Hossein Rashidi B., Kohandel Gargari O., Montazeri A. Quality of life in breast cancer patients: a systematic review of the qualitative studies. *Cancer Control*. 2023. Vol. 30. Article 10732748231168318. DOI: <https://doi.org/10.1177/10732748231168318>
107. Meyerowitz B. E. Quality of life in breast cancer patients: the contribution of data to the care of patients. *European Journal of Cancer*. 1993. Vol. 29A, Suppl. 1. P. S59–S62. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0959-8049\(05\)80263-1](https://doi.org/10.1016/S0959-8049(05)80263-1).
108. Moncel E., Brisson J., Deschênes L. Psychological distress after initial treatment of breast cancer: a comparison of partial and total mastectomy.

- Journal of Clinical Epidemiology. 1989. Vol. 42, no. 8. P. 765–771. DOI: 10.1016/0895-4356(89)90074-7.
109. Morris T., Greer S., Pettingale K. W., Watson M. Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. Journal of Psychosomatic Research. 1981. Vol. 25. P. 111–117. DOI: 10.1016/0022-3999(81)90098-2
 110. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K. J., Horne R., Cameron L. D., Buick D. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). Psychology and Health. 2002. Vol. 17, no. 1. P. 1–16. DOI: 10.1080/08870440290001494.
 111. Mukharovska I. Peculiarities of psychological help in general health service on an example of oncology. Bulletin of Scientific Research. 2017. No. 4. P. 83–86. DOI: 10.11603/2415-8798.2016.4.7154.
 112. National Cancer Institute. Breast cancer causes and risk factors. Bethesda, MD : National Cancer Institute, 2025. URL: <https://www.cancer.gov/types/breast/causes-risk-factors> (date of access: 15.04.2026).
 113. National Cancer Institute. Stress and cancer. Bethesda, MD : National Cancer Institute, 2025. URL: <https://www.cancer.gov/about-cancer/coping/feelings/stress-fact-sheet> (date of access: 15.04.2026).
 114. Vasileva A., Karavaeva T., Lyashkovskaya S. Typology of psychotherapeutic targets and changes in state of patients with neurotic disorders in the course of personality-oriented (reconstructive) psychotherapy. Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 2017. Vol. 19, no. 4. P. 22–31. DOI: <https://doi.org/10.12740/APP/80167>.
 115. Niederdeppe J., Boyd A. D., King A. J., Rimal R. N. Strategies for effective public health communication in a complex information environment. Annual Review of Public Health. 2025. Vol. 46, no. 1. P. 411–431. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-071723-120721.

116. Ogden P., Fisher J. Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment. New York : W. W. Norton & Company, 2015. 832 p. ISBN 978-0-393-70613-0.
117. Omari M., Amaadour L., El Asri A., Benbrahim Z., Mellas N., El Rhazi K., Zarrouq B. Psychological distress and coping strategies in breast cancer patients under neoadjuvant therapy: a systematic review. *Women's Health*. 2024. Vol. 20. Article 17455057241276232. DOI: 10.1177/17455057241276232.
118. Parle M., Jones B., Maguire P. Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. *Psychological Medicine*. 1996. Vol. 26, no. 4. P. 735–744. DOI: 10.1017/S0033291700037752.
119. Perls F. S. Gestalt Therapy Verbatim / comp. and ed. by J. O. Stevens. Lafayette, Calif. : Real People Press, 1969. 279 p. ISBN 0-911226-02-8.
120. Peseschkian N. Positive Psychotherapy: Theory and Practice of a New Method. Berlin ; Heidelberg : Springer-Verlag, 1987. XX, 442 p. ISBN 978-3-540-15794-6. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-642-70715-5>.
121. Peseschkian N. Positive Psychotherapy of Everyday Life: A Self-Help Guide for Individuals, Couples and Families with 250 Case Stories. Bloomington : AuthorHouse, 2016. 326 p. ISBN 978-1-5246-3143-7.
122. Peseschkian N. Wiesbadener Inventar zur Positiven Psychotherapie und Familientherapie WIPPF. Berlin ; Heidelberg : Springer, 1988. VIII, 100 S. ISBN 978-3-642-52274-1.
123. Peterková H., Zamastilová H., Skřivanová K., Brančíková D., Temoshok L. Coping strategies among female Czech breast cancer patients. *Československá psychologie*. 2017. Vol. 61, № 5. P. 488–501. ISSN 0009-062X. URL: <https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.7a6232b8-adf6-4fb5-bcfe-d2848edbcf85>
124. Porges S. W. The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation. 1st ed. New York : W. W. Norton, 2011. xvii, 347 p. ISBN 978-0-393-70700-7.

125. Psycho-Oncology / ed. by J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, R. McCorkle, P. N. Butow. 3rd ed. Oxford : Oxford University Press, 2015. DOI: 10.1093/med/9780199363315.001.0001.
126. Quillin J. M., Bodurtha J. N., McClish D., Wilson D. B. Genetic risk, perceived risk, and worry about breast cancer among daughters of breast cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine*. 2010. Vol. 33, no. 6. P. 493–505. DOI: 10.1007/s10897-010-9336-7.
127. Rand K. L., Banno D. A., Shea A. M., Cripe L. D. Life and treatment goals of patients with advanced, incurable cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2016. Vol. 24, no. 7. P. 2953–2962. DOI: 10.1007/s00520-016-3113-6.
128. Rogers C. R. *A Way of Being*. Boston : Houghton Mifflin, 1980. x, 395 p. ISBN 0-395-29915-2.
129. Romito F., Dellino M., Loseto G. et al. Psychological distress in outpatients with lymphoma during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Oncology*. 2020. Vol. 10. Article 1270. DOI: 10.3389/fonc.2020.01270.
130. Russell K. Perceptions of burnout, its prevention, and its effect on patient care as described by oncology nurses in the hospital setting. *Oncology Nursing Forum*. 2016. Vol. 43, no. 1. P. 103–109. DOI: 10.1188/16.ONF.103-109.
131. Ryff C. D., Keyes C. L. M. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. Vol. 69, № 4. P. 719–727. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
132. Rymarczyk K., Turbacz A., Turbacz A., Strus W., Ciecuch J. Type C personality: conceptual refinement and preliminary operationalization. *Frontiers in Psychology*. 2020. Vol. 11. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.552740.
133. Safar H., Mazanec S. R. Relationship between symptom burden and health-related quality of life in Kuwaiti women recently diagnosed with breast cancer: a cross-sectional study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2023. Vol. 24, no. 4. P. 1435–1441. DOI: 10.31557/APJCP.2023.24.4.1435.

134. Seligman M. E. P., Csikszentmihalyi M. Positive psychology. *American Psychologist*. 2000. Vol. 55, no. 1. P. 5–14. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.5.
135. Serdiuk L., Otenko S. The Ukrainian-language Adaptation for the Wiesbaden Inventory for Positive Psychotherapy and Family Therapy (WIPPF). *The Global Psychotherapist*. 2021. Vol. 1, № 1. P. 11–14. DOI: <https://doi.org/10.52982/lkj135>
136. Settineri S., Frisone F., Alibrandi A., Merlo E. M. Emotional suppression and oneiric expression in psychosomatic disorders: early manifestations in emerging adulthood and young patients. *Frontiers in Psychology*. 2019. Vol. 10. Article 1897. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01897>
137. Shelby R. A., Golden-Kreutz D. M., Andersen B. L. PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *Journal of Traumatic Stress*. 2008. Vol. 21, no. 2. P. 165–172. DOI: 10.1002/jts.20316.
138. Siegel D. J. *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York : Guilford Press, 1999. xv, 394 p. ISBN 1-57230-453-7.
139. Siegel D. J. *Pocket Guide to Interpersonal Neurobiology: An Integrative Handbook of the Mind*. New York : W. W. Norton & Company, 2012. 560 p. ISBN 978-0-393-70713-7.
140. *Stedman's Medical Dictionary*. 28th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2006. xlix, 2169 p. ISBN 978-0-7817-3390-8. URL: <https://ru.scribd.com/document/985292757/Stedman-s-Medical-Dictionary-28th-Edition-stedmans-PDF>
141. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996. Vol. 9, no. 3. P. 455–471. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02103658>.
142. Todarello O., La Pesa M. W., Zaka S., Martino V., Lattanzio E. Alexithymia and breast cancer: survey of 200 women who underwent mammography.

- Psychotherapy and Psychosomatics. 1989. Vol. 51, no. 1. P. 51–55. DOI: 10.1159/000288134.
143. van Doren S., Reinsburger A. J., Seijnave C., Duivenvoorden H. J., Essink-Bot M. L., Tilanus-Linthorst M. M. A., de Koning H. J., Tibben A. Psychological distress in women at increased risk of breast cancer: the role of risk perception. *European Journal of Cancer*. 2004. Vol. 40, no. 14. P. 2056–2063. DOI: 10.1016/j.ejca.2004.05.004.
 144. van Tuijl L. A., Voogd A. C., de Graeff A., Hoogendoorn A. W., Ranchor A. V., Pan K.-Y. et al. Psychosocial factors and cancer incidence (PSY-CA): protocol for an individual participant data meta-analysis. *Brain and Behavior*. 2021. Vol. 11, no. 10. Article e2340. DOI: 10.1002/brb3.2340.
 145. Watson M., Kissane D. W. *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. Chichester : John Wiley & Sons Ltd, 2011. 256 p. DOI: 10.1002/9780470975176.
 146. Winnicott D. W. The capacity to be alone. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1958. Vol. 39, № 5. P. 416–420. PMID: 13610513. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13610513/>
 147. Woolf V. G., McWilliams L., Evans D. G., Howell A., French D. P. Illness risk representations underpinning breast cancer risk assessment in women: a theory-informed qualitative analysis. *British Journal of Health Psychology*. 2025. Vol. 30, no. 2. Article e12792. DOI: 10.1111/bjhp.12792.
 148. World Health Organization. Breast cancer. Geneva : WHO, 2025. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> (date of access: 15.04.2026).
 149. Wu X., Li Y., Chen J., Zhang H., Liu Q. Development and application of a PERMA-based positive psychological intervention for patients with subthreshold depression and newly diagnosed breast cancer: a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 15. Article 1437025. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1437025.

150. Yi L.-J., Tian X., Jin Y.-F., Luo M.-J., Jiménez-Herrera M. F. Effects of yoga on health-related quality, physical health and psychological health in women with breast cancer receiving chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Palliative Medicine*. 2021. Vol. 10, № 2. P. 1961–1975. DOI: <https://doi.org/10.21037/apm-20-1484>
151. Zabora J., Brintzenhofeszc K., Curbow B., Hooker C., Piantadosi S. The prevalence of psychosocial distress by cancer sites. *Psycho-Oncology*. 2001. Vol. 10. P. 19–28. DOI: 10.1002/1099-1611(200101/02)10:1<19::aid-pon501>3.0.co;2-6.

ДОДАТКИ

Додаток А

Перевірка на нормальність за критерієм Шапіро-Уїлка показників WIPPF

	Критерій Шапіро-Уїлка		
	Статистика	ст.св.	Значимість
1. Акуратність	,926	365	,000
2. Охайність	,959	365	,000
3. Пунктуальність	,885	365	,000
4. Ввічливість	,940	365	,000
5. Відкритість	,938	365	,000
6. Старанність	,943	365	,000
7. Обов'язковість	,919	365	,000
8. Ощадливість	,966	365	,000
9. Слухняність	,959	365	,000
10.Справедливість	,944	365	,000
11.Вірність	,909	365	,000
12.Терпіння	,935	365	,000
13.Час	,955	365	,000
14.Контакти	,958	365	,000
15.Довіра	,908	365	,000
16.Надія	,908	365	,000
17.Ніжність/сексуальність	,915	365	,000
18.Любов	,935	365	,000
19.Віра/сенс/релігія	,954	365	,000
20.Тіло/відчуття	,964	365	,000
21.Діяльність	,947	365	,000
22.Контакти2	,956	365	,000
23.Фантазії/майбутнє	,940	365	,000
24.Я мати	,932	365	,000
24.Я батько	,926	365	,000
24. Я інші	,910	365	,000
25.Ти	,944	365	,000
26 .Ми	,944	365	,000
27.Пра Ми	,968	365	,000

Порівняння показників WIPPF (за критерієм Краскала-Уолліса).

Нульова гіпотеза: розподіл за показником є однаковим для всіх визначених підгруп	Критерій Краскала-Уолліса	
	Значимість	Висновок
1. Акуратність	0,000	Нульова гіпотеза не приймається
2. Охайність	0,000	Нульова гіпотеза не приймається
3. Пунктуальність	0,000	Нульова гіпотеза не приймається
4. Ввічливість	0,000	Нульова гіпотеза не приймається
5. Відкритість	0,152	Нульова гіпотеза приймається
6. Старанність	0,000	Нульова гіпотеза не приймається
7. Обов'язковість	0,172	Нульова гіпотеза приймається
8. Ощадливість	0,046	Нульова гіпотеза не приймається
9. Слухняність	0,000	Нульова гіпотеза не приймається
10. Справедливість	0,207	Нульова гіпотеза приймається
11. Вірність	0,790	Нульова гіпотеза приймається
12. Терпіння	0,578	Нульова гіпотеза приймається
13. Час	0,000	Нульова гіпотеза не приймається
14. Контакти	0,002	Нульова гіпотеза не приймається

15.Довіра	0,353	Нульова гіпотеза приймається
16.Надія	0,479	Нульова гіпотеза приймається
17.Ніжність/сексуальність	0,142	Нульова гіпотеза приймається
18.Любов	0,787	Нульова гіпотеза приймається
19.Віра/сенс/релігія	0,003	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
20.Тіло/відчуття	0,257	Нульова гіпотеза приймається
21.Діяльність	0,002	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
22.Контакти ²	0,000	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
23.Фантазії/майбутнє	0,005	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
24.Я мати	0,773	Нульова гіпотеза приймається
24.Я батько	0,005	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
24. Я інші	0,001	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
25.Ти	0,005	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>
26 .Ми	0,096	Нульова гіпотеза приймається
27.Пра Ми	0,000	<i>Нульова гіпотеза не приймається</i>

Додаток В

Порівняння середніх для показників опитувальника WIPPF

		Середнє	Середньокв. відх.
Акurateність	1-а група: жінки з РМЗ	10,42	1,289
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями	9,99	1,702
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	8,74	2,070
	4-а група: здорові жінки.	8,55	2,199
Охайність	1-а група: жінки з РМЗ	9,29	1,742
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	9,22	1,636
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	8,20	2,040
	4-а група: здорові жінки.	8,34	1,709
Пунктуальність	1-а група: жінки з РМЗ	10,87	1,269
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	10,30	1,830
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,57	2,018
	4-а група: здорові жінки.	9,29	2,009
Ввічливість	1-а група: жінки з РМЗ	9,92	1,615
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	9,82	1,504
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,09	1,774
	4-а група: здорові жінки.	9,43	1,499
Відкритість	1-а група: жінки з РМЗ	9,76	1,624
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	9,92	1,576
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	10,02	1,680
	4-а група: здорові жінки.	9,60	1,365
Старанність	1-а група: жінки з РМЗ	10,20	1,575
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	9,80	1,660
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,28	1,615
	4-а група: здорові жінки.	8,82	1,590
Обов'язковість	1-а група: жінки з РМЗ	10,28	1,103
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	10,31	,949
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	10,41	1,222
	4-а група: здорові жінки.	10,02	1,250
Ощадливість	1-а група: жінки з РМЗ	7,55	2,016

	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	7,48	1,865
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	7,11	2,163
	4-а група: здорові жінки.	6,90	1,787
Слухняність	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,22	1,429
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	9,15	1,435
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	7,98	1,612
	4-а група: здорові жінки.	8,08	1,375
Справедливість	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,54	1,361
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	9,78	1,460
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,59	1,275
	4-а група: здорові жінки.	9,34	1,388
Вірність	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	10,33	1,320
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	10,39	1,062
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	10,41	1,423
	4-а група: здорові жінки.	10,31	1,094
Терпіння	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,18	1,671
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	9,36	1,180
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	8,72	2,218
	4-а група: здорові жінки.	9,17	1,468
Час	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,74	1,310
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	9,48	1,423
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	8,46	1,709
	4-а група: здорові жінки.	8,84	1,504
Контакти	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	7,75	1,940
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	7,99	1,548
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	8,59	1,821
	4-а група: здорові жінки.	8,68	1,608
Довіра	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	10,47	1,101
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	10,52	1,109
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	10,20	1,327
	4-а група: здорові жінки.	10,21	1,356
1Надія	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,96	1,227
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	10,17	1,316

	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,83	1,913
	4-а група: здорові жінки.	10,19	1,357
Ніжність/ сексуальність	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,78	1,457
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	10,12	1,338
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,93	1,806
	4-а група: здорові жінки.	10,23	1,507
Любов	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,82	1,314
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	9,84	1,348
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,54	1,696
	4-а група: здорові жінки.	9,88	1,357
Віра/ сенс/ релігія	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,36	1,458
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	9,04	1,644
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,02	1,770
	4-а група: здорові жінки.	8,56	1,508
Тіло/відчуття	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	8,32	1,920
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	7,76	2,159
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	8,24	2,424
	4-а група: здорові жінки.	8,36	2,038
Діяльність	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,87	1,320
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	9,58	1,506
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,15	1,825
	4-а група: здорові жінки.	8,99	1,892
Контакти	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,13	2,016
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	8,72	1,983
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	8,76	2,057
	4-а група: здорові жінки.	7,85	1,943
Фантазії/ майбутнє	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,86	1,449
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	9,70	1,761
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,70	1,954
	4-а група: здорові жінки.	9,16	1,694
Я мати	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,13	1,603
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	8,92	2,112
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,00	2,530
	4-а група: здорові жінки.	8,73	2,321

Я батько	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,22	1,859
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	8,67	2,420
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	8,48	2,605
	4-а група: здорові жінки.	7,96	2,737
Я інші	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	7,82	3,076
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	7,67	2,984
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	6,37	3,094
	4-а група: здорові жінки.	6,42	2,876
Ти	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,13	1,535
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	8,81	2,028
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	8,63	2,653
	4-а група: здорові жінки.	8,12	2,329
Ми	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	9,08	1,354
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	8,74	1,736
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	9,09	2,355
	4-а група: здорові жінки.	8,53	2,081
Пра Ми	<i>1-а група: жінки з РМЗ</i>	8,57	1,814
	2-а група: жінки із доброякісними утвореннями.	8,06	2,102
	3-я група: здорові жінки із родичками з РМЗ	7,87	2,247
	4-а група: здорові жінки.	6,97	2,221

Факторний аналіз особистісних рис жінок з діагнозом РМЗ

Обернута факторна матриця ^{a,b}						
	Факторний аналіз					
	1	2	3	4	5	6
Екстраверсія	,236	-,203	-,128	-,186	,204	,373
Доброзичливість	,127	,036	,087	,674	,001	,113
Добросовісність	,101	,195	,069	,587	,153	-,055
Емоційна стабільність	,094	,056	-,011	,089	-,031	,756
Відкритість досвіду	,439	,247	,101	,459	-,252	,278
Автономія	,347	-,159	,006	,045	,740	,176
Управління середовищем	,192	-,056	,406	-,030	,380	,246
Особистісне зростання	,429	,047	,237	,414	,128	,077
Позитивні взаємини з іншими	,664	,174	-,145	,005	,324	,267
Цілі у житті	,319	-,071	,210	,318	,403	-,152
Самоприйняття	,257	-,086	,441	,343	,032	,388
Резильєнтність за NMRQ	,151	-,402	-,034	,064	,334	,404
Резильєнтність за CD-RISC	,122	-,483	,094	-,055	,183	,261
1. Акуратність	-,029	,657	,013	,068	,049	,047
2. Охайність	-,255	,423	,063	-,097	,428	-,142
3. Пунктуальність	,178	,503	,259	-,136	-,153	,093
4. Ввічливість	,175	,710	-,036	,075	,043	,001
5. Відкритість	,607	,066	,174	-,039	-,015	,158
6. Старанність	,208	,715	,383	,022	-,062	-,017
7. Обов'язковість	,366	,111	,226	-,367	,242	-,006
8. Ощадливість	,164	,312	,025	-,425	,140	,012

9. Слухняність	,146	,630	,207	-,080	-,012	-,039
10.Справедливість	,447	,088	,201	-,081	,211	-,286
11.Вірність	,602	,303	,167	-,218	,194	,054
12.Терпіння	,353	,368	,157	,074	,323	,006
13.Час	,691	,152	,067	,237	,018	-,022
14.Контакти	,599	-,141	,199	-,070	,064	-,021
15.Довіра	,670	,205	,199	-,010	-,049	,079
16.Надія	,507	,016	,547	,080	-,072	,099
17.Ніжність/сексуальність	,458	,056	,497	,189	,080	-,025
18.Любов	,519	-,006	,221	,128	,141	,110
19.Віра/сенс/релігія	,642	,340	-,042	,161	,033	-,218
20.Тіло/відчуття	-,523	,039	-,209	-,157	-,110	-,087
21.Діяльність	,142	,423	,398	-,237	,113	,038
22.Контакти2	,130	,707	,264	,208	,041	-,221
23.Фантазії/майбутнє	,205	,418	-,017	-,090	-,013	-,397
24.Я мати	,189	,265	,521	,144	-,105	-,125
24.Я батько	,049	,292	,770	-,019	,141	-,028
24. Я інші	-,049	,447	-,110	,275	-,333	,111
25.Ти	,100	,295	,794	,023	,092	-,004
26 .Ми	,231	-,132	,660	,023	,055	-,064
27.Пра Ми	,298	,429	,496	,300	-,093	-,071
Метод виокремлення факторів: метод головних осей.						
Метод обертання: варимакс с нормалізацією Кайзера.						
а. Обертання завершилось за 7 ітерацій.						
б. Використовували дані для групи = 1.						

Додаток Е
Таблиця Е.1

Описові статистики

	N	Мініму м	Максиму м	Середн є	Стд. відхилен ня
Вік	36	24	58	47,92	7,534
Автономія	36	9	20	14,14	2,045
Управління середовищем	36	10	21	15,03	2,478
Особистісне зростання	36	10	21	17,08	2,970
Позитивні взаємини з іншими	36	9	21	13,78	2,716
Цілі у житті	36	11	21	15,97	2,591
Самоприйняття	36	5	21	15,97	2,782
Акуратність	36	5	12	10,22	1,570
Охайність	36	5	12	9,31	1,939
Пунктуальність	36	5	12	10,03	1,828
Ввічливість	36	5	12	9,44	1,681
Відкритість	36	6	12	9,33	1,434
Старанність	36	6	12	9,72	1,523
Обовязковість	36	9	12	10,25	1,025
Ощадливість	36	3	12	7,28	2,313
Слухняність	36	3	11	8,39	1,712
Справедливість	36	7	12	9,36	1,199
Вірність	36	7	12	9,72	1,256
Терпіння	36	3	12	8,44	1,780
Час	36	5	12	8,94	1,264
Контакти	36	4	12	7,61	2,018
Довіра	36	8	12	9,97	1,158
Надія	36	3	12	9,56	1,501
Ніжність	36	7	12	9,72	1,427
Любов	36	7	12	9,08	1,381
Віра/сенс	36	6	12	8,72	1,301
Тіло/відчуття	36	5	12	9,17	1,612
Діяльність	36	6	12	9,56	1,403
Контакти	36	6	12	9,19	1,546
Фантазії/майбутнє	36	7	12	9,61	1,440

Таблиця Е.2

Групові статистики

	Групи	N	Середнє	Стд. відхилення	Стд. похибка середнього
Автономія	1	36	14,14	2,045	,341
Управління середовищем	2	36	16,17	1,715	,286
Особистісне зростання	1	36	15,03	2,478	,413
Позитивні взаємини з іншими	2	36	16,00	1,927	,321
Цілі у житті	1	36	17,08	2,970	,495
Самоприйняття	2	36	18,39	1,536	,256
Акуратність	1	36	13,78	2,716	,453
Охайність	2	36	16,00	1,852	,309
Пунктуальність	1	36	15,97	2,591	,432
Ввічливість	2	36	16,83	2,236	,373
Відкритість	1	36	15,97	2,782	,464
Старанність	2	36	16,75	1,962	,327
Обовязковість	1	36	10,22	1,570	,262
Ощадливість	2	36	8,61	,994	,166
Слухняність	1	36	9,31	1,939	,323
Справедливість	2	36	8,36	1,018	,170
Вірність	1	36	10,03	1,828	,305
Терпіння	2	36	8,61	,934	,156
Час	1	36	9,44	1,681	,280
Контакти	2	36	8,17	1,028	,171
Довіра	1	36	9,33	1,434	,239
Надія	2	36	8,50	,737	,123
Ніжність	1	36	9,72	1,523	,254
Любов	2	36	8,50	,878	,146
Вірасенс	1	36	10,25	1,025	,171
Тіловідчуття	2	36	8,64	,487	,081
Діяльність	1	36	7,28	2,313	,385
Контакти	2	36	6,94	1,756	,293
Фантазіїмайбутнє	1	36	8,39	1,712	,285
Автономія	2	36	8,06	1,241	,207
Управління середовищем	1	36	9,36	1,199	,200
Особистісне зростання	2	36	8,53	,654	,109
Позитивні взаємини з іншими	1	36	9,72	1,256	,209
Цілі у житті	2	36	8,58	,554	,092
Самоприйняття	1	36	8,44	1,780	,297
Акуратність	2	36	8,11	1,508	,251
Охайність	1	36	8,94	1,264	,211
Пунктуальність	2	36	8,86	1,150	,192
Ввічливість	1	36	7,61	2,018	,336
Відкритість	2	36	7,31	1,582	,264

Старанність	1	36	9,97	1,158	,193
Обовязковість	2	36	9,14	,487	,081
Ощадливість	1	36	9,56	1,501	,250
Слухняність	2	36	9,08	1,251	,208
Справедливість	1	36	9,72	1,427	,238
Вірність	2	36	8,86	,683	,114
Терпіння	1	36	9,08	1,381	,230
Час	2	36	8,67	,793	,132
Контакти	1	36	8,72	1,301	,217
Довіра	2	36	8,50	,878	,146
Надія	1	36	9,17	1,612	,269
Ніжність	2	36	8,39	,838	,140
Любов	1	36	9,56	1,403	,234
Вірасенс	2	36	8,47	,736	,123
Тіловідчуття	1	36	9,19	1,546	,258
Діяльність	2	36	8,39	,934	,156
Контакти	1	36	9,61	1,440	,240
Фантазіїмайбутнє	2	36	8,67	,676	,113

Структура заняття «Вступ до програми. Принцип надії. Баланс-модель як карта життя»

Вид активності	Зміст діяльності	Тривалість
Вступ	Ознайомлення з метою заняття, короткий огляд структури програми. Укладання групового контракту: конфіденційність; “право мовчати”; дозованість участі; безоцінність; повага до меж; можливість перерви як елемент турботи про себе.	10 хв
Вправа «Тепле коло» (авторська)	Мета: створити контакт і первинну опору. Процедура: по колу кожна учасниця говорить 1-2 речення: «З чим я прийшла сьогодні?» + «Що мені зараз потрібно для опори?». Правило ведучої: без уточнювальних питань, якщо учасниця не хоче деталізувати; коротке віддзеркалення ключових слів (“чути/бачити/приймати”).	15 хв
Міні-лекція «Принцип надії» (Peseschkian, 1987; 2016)	Зміст: принцип надії в ППТ: симптом/переживання розглядаються як сигнал потреби й потенціалу ресурсу; фокус на збережених можливостях. Коротко пояснюється логіка ресурсної роботи: “що підтримує” → “що виснажує” → “який малий крок можливий зараз”.	15 хв
Вправа «Баланс-модель: мій стан зараз» (Peseschkian, 1987; 2016)	Мета: первинна самодіагностика ресурсності/дефіцитів. Процедура: учасниці заповнюють баланс 4 сфер (тіло/здоров’я; діяльність/досягнення; контакти/стосунки; сенси/майбутнє) за шкалою 0-10. Далі фіксують письмово: 1) “де опора” (1 сфера); 2) “де найбільше виснаження” (1 сфера); 3) 1-2 фактори, що впливають на кожну. Результат: короткий індивідуальний висновок “що мені важливо підтримати першочергово”.	30 хв
СМИСЛИ віра, фантазія, мрії, переконання, інтуїція ТІЛО здоров’я, спорт, сон, їжа, фізичні відчуття СТОСУНКИ інші люди і наша взаємодія з ними, емоції ДІЯЛЬНІСТЬ робота, кар’єра, освіта, досягнення, цілі		
Групове обговорення (авторська фасилітація)	Мета: нормалізувати різні “профілі балансу” і закріпити принцип малих кроків. Питання для обговорення: “яка сфера зараз тримає?”, “що найбільше виснажує?”, “який ресурс уже є?”. Ведуча підкреслює “реалістичний контроль” (що	20 хв

	під моїм впливом / що поза впливом) та безпечну дозованість під час лікування/реабілітації.	
Вправа «Мікрокрок у кожній сфері» (авторська; поведінкова активація)	Мета: підвищити керованість через дію. Процедура: кожна учасниця формує 4 мікрокроки на 7 днів (по 1 у кожній сфері), за критеріями: <i>малий, конкретний, реалістичний, здійснений за поточного стану</i> . Приклади формулювань: “10 хв повільної прогулянки/дихання”, “одна завершена дрібна справа”, “1 запит підтримки”, “1 дія для смислу/цінності”. Фіксація: запис у щоденник як план.	25 хв
Вправа «Фраза підтримки собі» (Peseschkian, 1987; 2016) авторська адаптація)	Мета: сформувати навичку самопідтримки замість самокритики. Процедура: учасниці записують і проговорюють (вголос або про себе) формулу: «Мені зараз... (назва стану) / Я маю право... (дозвіл) / Я підтримаю себе так... (конкретна дія)». За бажанням - 1 добровільна відповідь у колі.	10 хв
Підведення підсумків (авторська)	Коло “1 речення”: «Що беру із заняття?» або «Який мій найреалістичніший крок на тиждень?». Ведуча коротко підсумовує ключову ідею: баланс = не ідеальність, а відновлення керованості через малі дії)	10 хв
Домашнє завдання (авторська)	Щоденник самоспостереження (7 днів): щодня 3 рядки: 1) емоція/стан; 2) потреба/опора; 3) мікрокрок/дія. Напередодні заняття 2 - повторна міні-оцінка балансу 0-10, щоб відстежити навіть мінімальну динаміку.	15 хв
Всього		150 хв

*Заняття 2 (150 хв). Стрес, дистрес і нормальні емоційні реакції на лікування.
Стабілізація та саморегуляція*

Мета: нормалізувати емоційні реакції на діагноз/лікування, сформувати базові навички стабілізації та саморегуляції як підґрунтя керованості.

Завдання:

1. Пояснити стресову реакцію та роль когнітивної оцінки у копінгу.
2. Навчити коротких технік «тут-і-тепер» для зниження напруги.
3. Сформувати навичку відстеження «емоція-потреба-дія» у щоденнику.
4. Підібрати індивідуальну «картку саморегуляції» (2-3 техніки).

Структура заняття «Стрес і стабілізація: навички саморегуляції»

Вид активності	Зміст діяльності	Тривалість
Вправа «Тепле коло» (авторська)	Мета: включити групу, швидко зняти напруження “на вході”. Інструкція: по колу кожна учасниця каже 1-2 речення: 1) «Емоція тижня», 2) «Де в тілі я її відчуваю?». Правило дозованості: можна сказати лише «поки не готова ділитися». Коротко підсумувати ведучому: “емоції нормальні, тіло реагує”	15 хв
Міні-лекція «Стрес, когнітивна оцінка та копінг» (Lazarus & Folkman, 1984)	Мета: нормалізація реакцій + розуміння механізму “оцінка → реакція → спосіб подолання”. Ключові тези (коротко): стрес пов’язаний не лише з подією, а з когнітивною оцінкою ; копінг - динамічний процес подолання; важливо розрізняти “що я контролюю/що не контролюю” та підбирати дію. Міні-вправа в лекції (2 хв): учасниці на аркуші ділять на 2 колонки “контролюю/не контролюю” для однієї ситуації лікування.	20 хв
Вправа «Вікно толерантності» (Siegel, 1999; 2012)	Мета: навчитися помічати перевантаження й ознаки повернення у стабільний стан. Інструкція: 1) Ведучий коротко пояснює: є зона оптимального функціонування; вище - гіперактивація (паніка/напруження), нижче гіпоактивація (оніміння/виснаження). 2) Учасниці заповнюють 3 блоки: мої маркери “вище” (в тілі/думках/поведінці), “нижче” , “я в нормі” . 3) Обмін у парах: що допомагає повертатися у “вікно”.	20 хв
Вправа «Заземлення 5-4-3-2-1» (травма-інформований підхід; адаптація Ogden & Fisher, 2015)	Мета: швидко повернути увагу в “тут-і-тепер”, зменшити інтенсивність тривоги/паніки. Інструкція (ведучий проводить у темпі): 5 назви 5 предметів, які бачиш; 4 -4 відчуття дотику; 3 - 3 звуки; 2 - 2 запахи; 1 - 1 смак/або одну думку “я тут”. Після: оцінка напруги 0-10 “до/після” + 2-3 короткі відгуки.	15 хв
Вправа «Подовжений видих 4–6» (релаксація; адаптація дихальної стабілізаційної техніки; World Health Organization, 2025; Porges, 2011; Dana,	Мета: тілесно знизити напругу через подовження видиху. Інструкція: 6-8 циклів: вдих на 4 рахунки, видих на 6. Якщо є запаморочення - перейти на комфортний ритм (3-4 / 4-5). Фіксація: “до/після” 0-10 (напруга/біль/тривога)	10 хв

2018).)		
Вправа «Контейнер» (травма-інформований підхід; адаптація Ogden & Fisher, 2015)	Мета: тимчасово “відкласти” важкі переживання, щоб функціонувати між візитами/процедурами. Інструкція: 1) Обрати образ контейнера (скриня/сейф/коробка) з “надійним замком”. 2) На вдиху уявити, що тривога/думка набуває форми (хмара/камінь/файл). 3) На видиху - “помістити” це в контейнер і “закрити”. 4) Додати фразу контролю: «Я повернусь до цього у безпечний час/на сесії». Обговорення: коли техніка буде корисна (вночі/перед аналізами/в транспорті).	20 хв
Вправа «Емоція-потреба-дія» (авторська; щоденник самоспостереження)	Мета: перейти від “мені погано” до зрозумілого плану самопідтримки. Інструкція: кожна заповнює 1 рядок на прикладі ситуації тижня: 1) Емоція (1 слово), 2) Потреба (в безпеці/підтримці/відпочинку/інформації), 3) Дія (мікрокрок на 5-10 хв). Потім у трійках: учасниці допомагають одна одній зробити дію реалістичною (“найменший можливий крок”).	20 хв
Підведення підсумків (авторська)	По колу 1 речення: «Я беру з собою...» + «Коли я спробую це цього тижня...».	10 хв
Домашнє завдання (авторська)	1) Щодня 1 рядок у щоденнику: емоція-потреба-дія . 2) Мінімум 3 рази за тиждень - будь-яка 1 техніка стабілізації (позначити “до/після” 0-10).	25 хв
Всього		150 хв

Заняття 3 (150 хв). Актуальні здібності: первинні й вторинні. Внутрішні конфлікти та ресурсні «перекося»

Мета: усвідомити власні «перекося» в домінуванні вторинних вимог, активізувати первинні ресурси та визначити ключові внутрішні конфлікти у контексті лікування.

Завдання:

1. Ознайомити з первинними/вторинними актуальними здібностями.
2. Виявити вторинні «жорсткі вимоги» (контроль/обов’язок/досягнення) та їх ціну.
3. Актуалізувати первинні здібності як ресурс (довіра, терпіння, надія, контакт).
4. Сформулювати 1-2 поведінкові кроки «підсилення первинних здібностей» на тиждень.

Структура заняття «Актуальні здібності та внутрішні конфлікти»

Вид активності	Зміст діяльності	Тривалість
Вправа «Тепле коло» (авторська)	Мета - створення безпечної робочої атмосфери, актуалізація теми «перевантаження». Хід - робота в колі. Тренер пропонує учасникам коротко (1-2	10 хв

	речення) відповісти на запитання: « Де я перевантажуюся найбільше зараз? » (у тілі/думках/взаєминах/справах). Уточнення тренера фокус на досвіді «тут і тепер», без порад одна одній.	
Міні-лекція (Peseschkian, 1987; 2016)	Мета - психоедукація про актуальні здібності як основу внутрішніх конфліктів і ресурсу. Зміст - тренер пояснює, що в ППТ виділяють первинні здібності (любов/довіра/терпіння/надія/контакт/прийняття) та вторинні (пунктуальність/обов'язок/старанність/контроль/досягнення/справе дливість тощо). Акцент робиться на тому, що вторинні здібності є ресурсом , але у стані стресу можуть переходити в «жорсткі вимоги» і підтримувати напругу. Тренер наводить приклади типових конфліктних пар у ППТ: « обов'язок ↔ любов », « контроль ↔ довіра », « самостійність ↔ підтримка », « справедливість ↔ прийняття ». Зв'язок із лікувальним контекстом: як надконтроль «з'їдає» сили, посилює тривогу й знижує самопідтримку.	20 хв
Вправа «Мій профіль здібностей» (Peseschkian, 1987; 2016 авторська адаптація)	Мета - самооцінка індивідуального профілю актуальних здібностей і виявлення «перекосів». Хід : учасникам пропонується список первинних і вторинних здібностей (адаптований під медико-психологічний контекст). Кожна позначає: а) що зараз «у гіпернапрузі» (напр., контроль/обов'язок/старанність); б) що «в дефіциті» (довіра/контакт/терпіння/надія); в) яка «ціна» підтримання вторинних вимог (втома, безсоння, конфлікти, сором, напруга в тілі). Питання для рефлексії (усно або письмово) : 1) «Що я намагаюся втримати під контролем?» 2) «Що зі мною відбувається, коли контроль “не працює”?» 3) «Якої первинної здібності мені бракує найбільше зараз?» Результат - короткий висновок «мій головний перекося і мій ресурс».	30 хв
Вправа «Конфлікт цінностей» (Peseschkian, 1987; 2016 авторська адаптація)	Мета - визначити ключовий внутрішній конфлікт і його прояв у житті під час лікування/реабілітації. Хід - учасниця обирає одну пару конфлікту, яка відгукується найбільше: контроль↔довіра / обов'язок↔любов / самостійність↔підтримка . Далі відповідає (письмово, потім за бажанням ділиться в міні-групі/парах): 1) «Що говорить моя “вторинна” частина (я повинна/треба/не можна)?» 2) «Що потребує моя “первинна” частина (довіра/контакт/відпочинок/підтримка)?» 3) «Як цей конфлікт проявляється у моєму лікувальному тижні (рішення, поведінка, тіло, спілкування)?» Завдання тренера - допомогти сформулювати конфлікт короткою фразою (напр.: «Я маю все контролювати, інакше мені небезпечно» ↔ «Мені потрібна довіра і право на опору»).	25 хв
Вправа «Позитивна інтерпретація» (Peseschkian,	Мета - знизити самозвинувачення та побачити функцію симптома/стратегії як спробу захисту потреби. Хід - тренер пояснює принцип ППТ: «кожна стратегія має позитивний намір». Учасниця обирає одну «жорстку вимогу»	15 хв

1987; 2016 авторська адаптація)	(напр., надконтроль або перфекціонізм) і відповідає: 1) «Для чого мені це? Яку потребу це захищає?» 2) «Від чого мене рятує ця стратегія?» 3) «Яка первинна здібність може підтримати мене м'якше?» (довіра/терпіння/контакт/надія). Підсумок вправи: формулювання підтримувальної фрази для себе (1 речення) у стилі самоспівчуття/самопідтримки (авторська фіксація).	
Групове обговорення (авторська фасилітація)	Мета - інтеграція досвіду та нормалізація переживань; підсилення керованості. Питання тренера: 1) «Що стало зрозумілішим про мій “перекос”?» 2) «Яку ціну я плачу за надмірні вимоги?» 3) «Що допоможе мені бути до себе м'якшою в межах лікування?» 4) «Який маленький крок я готова зробити цього тижня?» Правило групи: без оцінювання, без порад, лише “я-досвід”.	20 хв
Домашнє завдання (авторська)	Мета - перенесення первинних здібностей у щоденну поведінку й закріплення навички самоспостереження. Зміст: “1 акт первинної здібності/день” (обрати один варіант або створити свій): просити підтримку, дозволити відпочинок, тепла турбота про тіло, короткий контакт/розмова, пауза замість контролю, малий крок надії. Форма щоденника (коротко): 1) «Що я зробила?» 2) «Яка це була первинна здібність?» 3) «Як змінився стан (до/після)?» 4) «Що заважало/що допомогло?» <i>У кінці заняття тренер узагальнює, що:</i> 1. вторинні здібності є важливим ресурсом, але в стресі можуть ставати «жорсткими вимогами»; 2. первинні здібності є опорою самопідтримки й відновлення; 3. усвідомлення провідного конфлікту допомагає переходити від виснаження до керованості та м'якого режиму дій.	30 хв
Всього		150 хв

Заняття 4 (150 хв). П'ятиступенева модель самодопомоги: від дистанціювання до розширення цілей

Мета: навчити застосовувати 5-кроковий алгоритм ППТ як універсальну стратегію самодопомоги в ситуаціях лікувального стресу та міжособистісних труднощів.

Завдання:

1. Ознайомити з етапами п'ятиступеневої моделі самодопомоги: **дистанціювання → інвентаризація → ситуативне схвалення (підтримка) → вербалізація → розширення системи цілей** (Н. Пезешкіан).
2. Відпрацювати **дистанціювання** як навичку зупинки автоматичної реакції та повернення контролю над станом (авторська техніка).
3. Навчити інвентаризації ситуації за баланс-моделлю чотирьох сфер позитивної психотерапії: тіло/відчуття, діяльність/досягнення, контакти/традиції, сенс/майбутнє/уява (Peseschkian, 1987; 2016).

4. Сформувати навички **самопідтримки** через ситуативне схвалення мінімального корисного кроку (Peseschkian, 1987; 2016).
5. Відпрацювати навички асертивної вербалізації потреб і меж у взаємодії з близькими та медичним персоналом, зокрема через формулювання конкретного запиту, спокійної відмови й прохання про підтримку (Alberti & Emmons, 1974).
6. **Закріпити навичку розширення системи цілей через постановку 1-2 реалістичних мікроцілей у чотирьох сферах баланс-моделі на тиждень** (Peseschkian, 1987; 2016; авторська адаптація до лікувального контексту).

Структура заняття «П'ятиступенева модель самодопомоги»

Вид активності	Зміст діяльності	Тривалість
Вправа «Тепле коло» (авторська)	Мета - активізація групи, коротка діагностика стресових тригерів тижня, налаштування на роботу. Хід: робота в колі. Кожна учасниця озвучує 1 фразу: «Найскладніша ситуація тижня...» (без деталей, лише суть). Уточнення тренера: фокус на фактах, не входимо в травматичні подробиці; ситуація береться як «матеріал» для подальшого відпрацювання 5 кроків.	10 хв
Міні-лекція «5 кроків» (Peseschkian, 1987; 2016 авторська адаптація)	Мета - дати алгоритм ППТ як послідовність дій, що повертає керованість. Зміст: тренер пояснює логіку 5 кроків: 1) дистанціювання (пауза між стимулом і реакцією); 2) інвентаризація (розклад по 4 сферах балансу: де ресурс/де дефіцит/що контролюю); 3) ситуативне схвалення/підтримка (знайти мінімальний корисний крок і підкріпити його); 4) вербалізація (назвати потребу, межі, відповідальність, попросити/домовитись); 5) розширення цілей (перехід від «виживання в ситуації» до мікро- і макроцілей). Тренер підкреслює, що модель є самодопомогою , а не «ідеальним контролем життя», і працює в межах реалістичного контролю під час лікування.	20 хв
Вправа «Стоп-кадр» (авторська; дистанціювання)	Мета - навчити робити паузу й знижувати інтенсивність автоматичної реакції (тривога/злість/безпорадність). Хід: тренер пропонує згадати одну нещодавню «стрес-ситуацію» (з “теплого кола”). Далі по кроках: 1) “зупинка” (внутрішня команда «Стоп»); 2) 3 повільні цикли дихання; 3) «факти без оцінок» (що реально сталося, 2–3 речення);	15 хв

	4) «сигнали тіла» (де напруга?); 5) «що зараз мені потрібно, щоб не погіршити стан?» Питання для короткої рефлексії: «Що змінилося в напрузі після паузи?»	
Вправа «Інвентаризація в 4 сферах» (Peseschkian, 1987; 2016)	Мета - навчити аналізувати ситуацію системно та знаходити точки впливу. Хід: учасниця обирає одну ситуацію й заповнює схему 4 сфер: 1) тіло/відчуття: що відбувається в тілі, сон, біль, втома; 2) діяльність/досягнення: які завдання/обов'язки тиснуть; 3) контакти/традиції: з ким є напруга/підтримка; 4) сенс/майбутнє/уява: які думки про майбутнє, страхи, опора. Обов'язкові підпункти в кожній сфері: а) ресурс; б) дефіцит; в) що реально контролюю. Міні-обговорення в парах: 1 ресурс + 1 дефіцит + 1 реалістичний крок. Розклад ситуації по сферах: де ресурс, де дефіцит, що реально контролюю	25 хв
Вправа «Ситуативне схвалення для себе» (Peseschkian, 1987; 2016 авторська адаптація)	Мета - сформуванати навичку самопідтримки замість самокритики, зафіксувати «мінімальний корисний крок». Хід: тренер пояснює, що у кризі важливо підкріплювати не «ідеальний результат», а малий реальний крок, який підтримує життя і лікування. Учасниці формулюють 2–3 фрази: «Я вже зробила...», «Цього достатньо на сьогодні...», «Мій маленький крок був...». Питання: «Що я зробила правильно, навіть якщо це було мало?» Фіксація: 1 речення у щоденнику як особиста формула підтримки. Підкріплення мінімального корисного кроку: «я вже зробила...»	15 хв
Вправа «Вербалізація запиту» (асертивність; адаптація за Alberti, Emmons, 2017).	Мета - навчити говорити про потреби й межі прямо, без агресії і без провини. Хід: тренер дає формулу асертивного повідомлення: факт → почуття → потреба → прохання. Далі рольова практика в парах (по черзі): ситуація 3 близькими/роботою/медперсоналом. Приклади запитів: «Мені важливо, щоб...», «Я прошу...», «Я не готова/не можу...», «Мені потрібна пауза/пояснення...».	25 хв

	Питання для обговорення: 1) «Що було найважче сказати?» 2) «Де я відчула більше опори?» 3) «Яке прохання звучало найреалістичніше?»	
Вправа «Розширення цілей у чотирьох сферах» (Peseschkian, 1987; 2016; авторська адаптація)	Мета - перевести фокус із “виживання в проблемі” до формування перспективи та життєвих мікроцілей. Хід: на основі інвентаризації учасниця формує 1-2 мікроцілі на тиждень (реалістичні, з урахуванням лікування) у кожній сфері: тіло (сон/вода/рух/відпочинок), діяльність (1 маленьке завершене завдання), контакти (1 контакт/прохання/межа), сенси (1 дія, що дає опору: читання/молитва/план/щоденник). Правило: ціль має бути вимірюваною і “посильною на 60-70%”.	20 хв
Домашнє завдання (авторська)	Мета - закріпити модель як навичку самодопомоги. Зміст: заповнити «картку 5 кроків» 2 рази протягом тижня на реальних ситуаціях. Шаблон: 1) Ситуація (факт); 2) Дистанціювання (що зробила для паузи); 3) Інвентаризація (4 сфери: ресурс/дефіцит/контроль); 4) Ситуативне схвалення (мій мінімальний корисний крок); 5) Вербалізація (що сказала/попросила/які межі); 6) Розширення цілей (1 мікроціль). Додатково: короткий висновок у щоденник «що спрацювало найкраще» <i>Підведення підсумків заняття</i> У завершальному колі тренер пропонує відповісти (по 1 реченню): 1. «Який крок із 5 дався найлегше?» 2. «Який крок варто тренувати найбільше?» 3. «Яку мікроціль я беру на тиждень?» Тренер підкреслює, що ефект моделі у регулярності та малих кроках , а не в «ідеальному виконанні».	20 хв
Всього		150 хв

Заняття 5 (150 хв). Я і моє тіло після лікування: контакт із тілом, самоприйняття, турбота, межі навантаження

Мета: зменшити відчуження від тіла, підтримати самоприйняття та сформувати реалістичну модель турботи про тіло у межах лікування/реабілітації.

Завдання:

1. Поглибити тілесну обізнаність та «контакт із тілом».
2. Знизити самооцінні й тілесні звинувачення/сором.
3. Сформувати план м'якої турботи про тіло (сон/харчування/рух/відпочинок).
4. Закріпити «ритуали турботи» як мікроресурси.

Структура заняття «Я і моє тіло після лікування»

Вид активності	Зміст діяльності	Тривалість
Вправа «Тепле коло» (авторська)	Мета - актуалізувати поточний тілесний стан і налаштувати на м'яку роботу з тілом. Хід: у колі кожна учасниця називає 1 слово: «Моє тіло сьогодні — ...» (напр., “втомлене”, “напружене”, “чутливе”, “живе”). Уточнення тренера: це не оцінка “добре/погано”, а фіксація контакту «тут і тепер»	10 хв
Міні-лекція (ресурсна логіка ППТ)	Мета - психоедукація про тіло як партнера, а не «ворога»; введення поняття реалістичного контролю і меж навантаження. Зміст - тренер пояснює, що після лікування часто виникає розрив контакту з тілом (страх симптомів, сором, гнів на тіло), а надконтроль посилює виснаження. Пропонується ресурсне бачення: тіло як система сигналів , які важливо слухати; принцип самодозування (пауза раніше, ніж “звалить”); відмінність між турботою і вимогою/перфекціонізмом. Тіло як «партнер», межі навантаження, реалістичний контроль і самодозування.	15 хв
Вправа «Сканування тіла» (адаптація; Kabat-Zinn, 1982)	Мета - розвинути навичку помічати відчуття без оцінювання, знижувати напругу через усвідомлення. Хід: коротка керована практика (сидячи): увага до дихання → послідовне «сканування» зон тіла (обличчя/плечі/грудна клітка/живіт/таз/ноги) з фіксацією: де тепло/холод/напруга/біль/порожнеча. Правило: нічого не “виправляємо”, лише помічаємо. Після практики: 1-2 речення в щоденник: «Що я помітила? Де була найбільша напруга?».	15 хв
Вправа «Ресурсний діалог із тілом» (адаптація; Kabat-Zinn, 1982)	Мета - перейти від відчуження/критики до співпраці з тілом; виявити виснажувальні та підтримувальні фактори. Хід: індивідуальна письмова робота в щоденнику за питаннями: 1) «Що моє тіло просить зараз?» 2) «Що його підтримує?» 3) «Що його виснажує?» 4) «Який сигнал тіла я найчастіше ігнорую?» 5) «Який маленький крок турботи я готова зробити вже сьогодні?» Обмін у парах (за бажанням): лише те, чим учасниця готова поділитися. Питання: «що тіло просить/що підтримує/що виснажує?»	25 хв

	+ запис у щоденник	
Вправа «План турботи про тіло» (адаптація; Kabat-Zinn, 1982)	Мета - сформувати реалістичний тижневий план у межах лікування/реабілітації без перфекціонізму. Хід: тренер пропонує 4 блоки: сон / харчування / рух / відпочинок. У кожному блоці учасниця обирає по 1 конкретній дії (разом 4 дії) або 3 дії загалом (як у твоєму плані) - залежно від стану. Правило SMART-лайт: дія має бути маленькою, конкретною, посиленою. Приклади: сон - “лягати на 20 хв раніше 3 рази”; їжа - “додати білок у сніданок 4 дні”; рух - “10 хв прогулянки після обіду”; відпочинок - “1 пауза 10 хв без гаджетів”. Питання: «Як я зрозумію, що не перевантажуюсь?» (маркер межі). Сон/їжа/рух/відпочинок: 3 реалістичні дії на тиждень.	30 хв
Вправа «Три ритуали турботи» (авторська)	Мета - закріпити короткі щоденні мікропрактики як “якорі” стабільності й самопідтримки. Хід: тренер пропонує конструктор ритуалів 5-10 хв/день. Учасниця обирає 3 ритуали на тиждень (або 1 ритуал щодня): 1) тепло (плед/чай/теплий душ для розслаблення), 2) дихання (2-3 хв повільного дихання), 3) звук/музика, 4) коротка прогулянка, 5) самомасаж рук/обличчя, 6) щоденник “одне добре для тіла”. Фіксація: “мій ритуал №1/№2/№3” + коли саме я його робитиму. Конструктор ритуалів 5–10 хв/день (тепло, дихання, музика, прогулянка тощо)	20 хв
Підсумок (авторська)	Мета - інтегрувати досвід заняття в один конкретний крок на завтра. Хід: у колі кожна відповідає: «Що я зроблю для тіла завтра?» (одна дія). Тренер підкреслює: важлива не кількість, а регулярність і м'якість.	10 хв
Домашнє завдання (авторська)	Мета - перенесення турботи в щоденну практику та розвиток навички самоспостереження. Зміст: виконати 3 ритуали турботи/тиждень (або 1 короткий ритуал щодня) + короткий запис у щоденник “до/після”: 1) стан до (1 слово), 2) що зробила, 3) стан після (1 слово), 4) що було найкориснішим. Додатково: 1 раз за тиждень відмітити «межу навантаження» - що стало сигналом зупинитись. <i>Підведення підсумків заняття</i> Наприкінці тренер узагальнює ключові висновки: 1. контакт із тілом відновлюється через увагу без оцінювання;	25 хв

	2. турбота = м'які реалістичні кроки , а не “вимога до себе”; 3. межі навантаження - частина відновлення; 4. ритуали - це щоденні «мікроопори», які підтримують психічну стійкість.	
Всього		150 хв

Заняття 6 (150 хв). Підтримка і стосунки: як просити, як відмовляти, як зберігати контакт

Мета: посилити соціальні ресурси учасниць, навчити навичок запиту підтримки та встановлення меж без провини, зменшити ізоляцію й напругу у взаємодії з близькими та медичним персоналом, підвищити керованість у складних комунікативних ситуаціях.

Завдання:

1. Усвідомити роль соціальної підтримки як адаптивної копінг-стратегії, що сприяє зниженню психоемоційного напруження, підвищенню відчуття керованості та підтриманню психологічної стійкості в умовах лікувального стресу (Lazarus & Folkman, 1984).
2. Скласти індивідуальну «**мапу підтримки**» (люди/служби/ресурси) із конкретизацією: що саме можна просити та в якій формі (авторська методика).
3. Відпрацювати навички асертивного прохання про допомогу та встановлення меж без надмірних виправдань, із використанням коротких, спокійних і послідовних формулювань (Alberti & Emmons, 1974).
4. Знизити напруження у типових конфліктних ситуаціях через застосування п'ятиступеневої стратегії самопомоги та ресурсної логіки позитивної психотерапії Н. Пезешкіана в межах реалістичного контролю (Peseschian, 1987; 2016).
5. Сформувати 1 реальний запит підтримки на тиждень і зафіксувати зміни стану «до/після» у щоденнику (авторська операціоналізація результату).

Структура заняття «Підтримка і межі»

Вид активності	Зміст діяльності	Тривалість
Вправа «Тепле коло» (авторська)	Мета - актуалізувати тему підтримки та зняти бар'єр «просити не можна». Хід: робота в колі. Питання: « Кому я можу сказати: “мені потрібно...”? » Кожна називає 1 людину/ресурс (або чесно каже: «поки не знаю»). Уточнення тренера: не оцінюємо, не даємо порад; фокус - на усвідомленні доступності підтримки.	10 хв
Міні-лекція «Соціальна підтримка як копінг-ресурс» (Lazarus & Folkman, 1984)	Мета - психоедукація: підтримка як ресурс керованості й зниження стресу. Зміст: тренер пояснює, що в копінг-моделі підтримка є однією з ефективних стратегій подолання стресу, а не «слабкістю». Розрізняється: емоційна підтримка (бути почутою), інформаційна (пояснення/поради/навігація), інструментальна (допомога дією), оцінна (підтвердження адекватності). Обговорюється типова перешкода: сором, страх бути тягарем,	15 хв

	переконавання «я повинна справлятися сама».	
Вправа «Мапа підтримки» (авторська)	Мета - структурувати соціальні ресурси і зробити підтримку “конкретною”. Хід: учасникам видається/пропонується шаблон з 4 блоків: 1) Люди (родина, друзі, колеги); 2) Професійна підтримка (лікар, медсестра, психолог, реабілітолог); 3) Служби/організації (фонди, групи підтримки); 4) Ресурси (онлайн-сервіси, транспорт, доставка, побутові помічники). Для кожного пункту учасниця дописує: «що саме я можу просити?» і «яким способом?» (дзвінок/повідомлення/зустріч). Питання для рефлексії: «Який ресурс я недооцінювала?» «Що мені найважче просити?»	25 хв
Вправа «Запит підтримки» (рольова вправа з асертивної комунікації; авторська адаптація; Alberti & Emmons, 2017)	Мета - сформулювати навичку прохання без виправдань і надпояснень; підвищити ясність комунікації. Хід: тренер дає коротку формулу асертивного запиту: факт → почуття/стан → потреба → конкретне прохання → домовленість про час/формат. Далі - робота в парах: одна просить, інша відповідає (потім зміна ролей). Приклади тем: допомога з побутом; супровід на процедуру; «мені треба, щоб мене вислухали»; прохання про паузу/тишу. Питання після ролі: 1) «Що було найважче сказати прямо?» 2) «Де я почала виправдовуватися?» 3) «Як звучить моє прохання коротко в 1 реченні?»	30 хв
Вправа «Відмова без провини» (Alberti & Emmons, 1974)	Мета - навчити встановлювати межі без агресії і без провини; знизити виснаження від «так» через силу. Хід: тренер пояснює принципи: коротка відмова, пояснення мінімальне, повтор межі, альтернатива за бажанням (але не обов'язково). Моделі фраз: «Ні, зараз не можу», «Мені важливо зберегти сили», «Я готова/не готова», «Я повернуся до цього завтра». Техніка “зламаної платівки” (спокійне повторення межі). Рольові сцени: нав'язливі поради; вимоги «бути сильною»; перевантаження контактами; прохання, на які немає ресурсу. Питання: «Який тригер провини вмикається?» «Яка фраза межі звучить для мене природно?»	30 хв
Вправа «Фрази для медичного контексту» (Fallowfield et al., 1995)	Мета - дати готові мовленнєві шаблони для комунікації з медперсоналом у стані стресу (інформація, уточнення, межі навантаження). Хід: тренер пропонує блоки фраз, учасниці обирають 3-5 «своїх» і переписують у щоденник/нотатки. Приклади шаблонів: 1) запит інформації: «Поясніть, будь ласка, простими словами...»; 2) уточнення: «Я правильно зрозуміла, що...?»;	20 хв

	3) пауза: «Мені треба хвилина, щоб це осмислити»; 4) межі: «Зараз я дуже втомлена, чи можемо обговорити це коротко?»; 5) рішення: «Я хочу подумати і повернутися з відповіддю завтра»; 6) підтримка: «Мені важливо, щоб ви сказали, які є варіанти». Міні-обговорення: де саме ці фрази можуть знадобитись.	
Підсумок (авторська)	Мета - перевести заняття у конкретний план дії. Хід: кожна учасниця формулює: «Один реальний запит, який я зроблю цього тижня» (кому, що саме, коли). Тренер допомагає зробити запит конкретним і посильним.	10 хв
Домашнє завдання (авторська)	Мета: закріпити навичку через реальну дію і самоспостереження. Зміст: зробити 1 реальний запит підтримки (емоційний/інформаційний/інструментальний) або поставити 1 межу (відмова/пауза). У щоденнику записати: 1) «що я попросила/яку межу поставила»; 2) «стан до (1-2 слова)»; 3) «стан після (1-2 слова)»; 4) «що спрацювало»; 5) «що я зроблю інакше наступного разу». У завершальному колі тренер підкреслює: 1. підтримка - це копінг-ресурс, а не слабкість; 2. прохання стає ефективним, коли воно коротке, конкретне і вчасне; 3. межі - це спосіб зберегти сили для відновлення; 4. навіть один реальний запит на тиждень системно зменшує ізоляцію та підвищує керованість.	10 хв
Всього		150 хв

Заняття 7 (150 хв). Зміна концепцій: робота з переконаннями «я повинна», «я винна», «я не маю права слабкості»

Мета: зменшити інтенсивність патогенних переконань і самозвинувачення, підвищити психологічну гнучкість та сформувати ресурсні альтернативи мислення й поведінки у процесі лікування/відновлення.

Завдання:

1. Виявити ключові виснажливі автоматичні думки та внутрішні концепції «я повинна», «я винна», «мені не можна слабнути» а також їхній зв'язок з емоційним станом, тілесними реакціями та поведінковими стратегіями учасниць. Робота здійснюється з опорою на концепцію внутрішніх установок у позитивній психотерапії Н. Пезешкіана та ресурсно-орієнтовану логіку переосмислення звичних способів реагування (Peseschkian, 1987; 2016).
2. Навчити учасниць аналізувати переживання за моделлю ABC, відповідно до якої емоційні, тілесні та поведінкові наслідки визначаються не лише самою подією, а й переконаннями та інтерпретаціями, через які людина її осмислює (Ellis, 1962; авторська адаптація).

3. Відпрацювати навичку когнітивної реструктуризації: визначення автоматичної думки, аналіз доказів “за” і “проти”, формування більш реалістичної та підтримувальної думки (Beck, 2011; авторська адаптація).
4. Застосувати позитивну інтерпретацію як спосіб зниження самокритики, пом'якшення самозвинувачення та виявлення потреби або ресурсу, які стоять за попередньою установкою чи звичним способом реагування (Peseschkian, 1987; 2016).
5. Закріпити принцип «нова думка → нова дія» через планування однієї конкретної зміни поведінки в межах реалістичного контролю (авторська операціоналізація).
6. Сформувати домашнє завдання у форматі «карток думок» для тренування навички у реальних ситуаціях (авторська).

Структура заняття «Зміна концепцій»

Вид активності	Зміст діяльності	Тривалість
Вправа «Тепле коло» (авторська)	Мета - актуалізувати найбільш виснажливу думку та включити групу в тему. Хід: у колі кожна учасниця завершує фразу: «Думка, яка мене найбільше виснажує останнім часом, це...» (1 речення). Уточнення тренера: не обговорюємо деталі ситуацій, фокус лише на формулюванні думки.	10 хв
Міні-лекція «Концепції та внутрішні установки у позитивній психотерапії» (Peseschkian, 1987; 2016)	Мета - психоедукація про те, як концепції підтримують напругу, симптоми й стиль поведінки. Зміст: тренер пояснює, що у ППТ концепції - це внутрішні правила і «життєві девізи», які часто формуються з досвіду родини/культури, а в стресі стають жорсткими. Типові концепції: «будь сильною», «не навантажуй інших», «контролюй», «помилки неприпустимі», «я винна». Тренер показує, що установка може бути ресурсом, але в надмірі - виснажує. Зв'язок із лікуванням: невизначеність і страх підсилюють “повинна/винна”, що веде до тривоги, виснаження, конфліктів, тілесної напруги.	15 хв
Вправа «Ланцюжок АВС» (раціонально-емоційний підхід; авторська адаптація; Ellis, 1962)	Мета - навчити відокремлювати подію від переконань і наслідків, підвищити усвідомленість. Хід: індивідуальна письмова робота. Тренер пропонує вибрати одну ситуацію тижня (напр., візит до лікаря, розмова з рідними, сильна втома, зрив планів). Заповнити: А (Activating event) - що сталося (факти); В (Belief) - що я подумала/у що повірила (напр., «я не справляюся», «я повинна бути сильною», «це моя вина»); С (Consequence) - емоції, тілесні реакції, поведінка (плач/гнів/замикання/контроль). Питання: «Як змінюється мій стан, коли я вірю цій думці на 100%?»	25 хв

Вправа «Когнітивна реструктуризація» (авторська адаптація; Besk, 2011)	Мета - сформувати навичку перевірки думок і створення реалістичної альтернативи. Хід: учасниця обирає одну думку з блоку В (зазвичай “повинна/винна/не маю права”). Заповнює кроки: 1) Докази “за” (факти, не припущення); 2) Докази “проти”; 3) Більш реалістична думка (м’яка, але правдива); 4) Ресурсна альтернатива (що я скажу собі як підтримку). Приклади формул: «Мені зараз важко - це нормально», «Я роблю достатньо в межах ресурсу», «Слабкість - це сигнал потреби, а не провина». Міні-обговорення в парах: за бажанням, 1 хв - прочитати альтернативу і відчувати її в тілі.	30 хв
Вправа «Позитивна інтерпретація» (Peseschkian, 1987; 2016; авторська адаптація)	Мета - знизити самозвинувачення та побачити, яку потребу «захищає» стара установка. Хід: тренер нагадує принцип ППТ: кожна стратегія має позитивний намір. Учасниця відповідає письмово: 1) «Що хорошого я намагаюся зробити цією установкою?» 2) «Яку потребу вона захищає (безпека, прийняття, контроль, любов, значущість)?» 3) «Яка первинна здібність могла б підтримати мене м’якше (довіра, терпіння, надія, контакт)?» Результат: 1 підтримувальна фраза для себе (самопідтримка).	15 хв
Вправа «Нова думка → нова дія» (авторська)	Мета - закріпити когнітивні зміни через поведінковий крок у межах реалістичного контролю. Хід: учасниця обирає 1 альтернативну думку і планує 1 конкретну дію, яка її підкріплює (напр., попросити допомоги; зробити паузу; відмовитися від перевантаження; обрати “достатньо добре”, а не “ідеально”; записати питання лікарю; зробити ритуал турботи). Формула: «Коли я думаю ____, тоді я роблю ____». Питання: «Як я зрозумію, що дія була корисною?»	25 хв
Підсумок (авторська)	Мета - зафіксувати, яку концепцію учасниця змінює першою, і підсилити мотивацію. Хід: у колі кожна відповідає: «Концепція, яку я переписую першою, це...» і «Мій новий варіант звучить так...» (1 речення).	10 хв
Домашнє завдання (авторська)	Мета - тренування навички на реальних ситуаціях. Зміст: заповнити 3 “картки думки” за тиждень	20 хв

	за схемою: 1) ситуація (А); 2) думка (В); 3) наслідок (С); 4) докази за/проти; 5) нова думка; 6) 1 дія з новою установкою. Додатково: короткий запис «що допомогло» і «що було складно». Тренер підкреслює наприкінці: 1. думка - не факт; 2. “повинна/винна” часто є способом утримати контроль і безпеку, але має високу “ціну”; 3. реалістична підтримувальна альтернатива підвищує керованість і зменшує виснаження; 4. зміна закріплюється через маленьку дію.	
Всього		150 хв

Заняття 8 (150 хв). Зв’язність життєвого шляху: сенси, перспективи, цілі.

Підсумок і план підтримки

Мета: інтегрувати досвід лікування/відновлення у життєвий наратив, підсилити осмисленість і перспективність, сформувані реалістичний індивідуальний план підтримки ресурсів після завершення програми (практики, контакти, межі навантаження).

Завдання:

1. Усвідомити власні зміни, сили та цінності, сформувані позицію «я більше, ніж діагноз» на основі авторської адаптації ідей В. Франкла про смисл, внутрішню позицію та збереження гідності в ситуації страждання.
2. Сформувані перспективу у трьох часових горизонтах **1-3-12 місяців** з урахуванням реалістичного контролю (авторська методика).
3. Побудувати план цілей і мікрокроків у **4 сферах балансу** (тіло; діяльність; контакти; сенс/майбутнє) (Н. Пезешкіан; авторська адаптація під медичний контекст).
4. Закріпити індивідуальний «план підтримки»: 3 практики/тиждень + 1 контакт підтримки + 1 межа навантаження (авторська операціоналізація результату).
5. Провести підсумкову рефлексію програми та підсилити мотивацію до продовження самодопомоги (авторська фасилітація).

Структура заняття «Зв’язність життєвого шляху: сенси і перспективи»

Вид активності	Зміст діяльності	Тривалість
Вправа «Тепле коло» (авторська)	Мета - актуалізувати позитивні зміни й ресурсні результати програми, створити підтримувальне завершення. Хід: у колі кожна учасниця завершує фразу: « За час програми в мені стало сильнішим... » (1–2 речення). Уточнення тренера: говоримо про особисті зміни (стійкість, керованість, контакт із тілом, уміння просити, м’якість до себе), без порівняння з іншими.	10 хв
Міні-лекція (В.	Мета - підсилити ідею сенсу як ресурсу	15 хв

Франкл; авторська адаптація)	витривалості та опори попри обмеження. Зміст: тренер коротко пояснює, що сенс не є “ідеальною метою”, а внутрішньою опорою , яка допомагає переживати складні періоди; що людина може зберігати гідність і суб’єктність навіть у ситуаціях, де не все залежить від неї. Акцент: «що дає мені опору попри обмеження», «які цінності я хочу зберегти».	
Вправа «Три горизонти» (авторська)	Мета - сформулювати перспективу та повернути відчуття керованості через планування у межах реалістичного контролю. Хід: індивідуальна письмова робота: 1) 1 місяць: 1 ціль + 1 крок; 2) 3 місяці: 1 ціль + 1 крок; 3) 12 місяців: 1 ціль + 1 крок. Правило: цілі формуються не як “максимум”, а як “життєздатний план” з урахуванням відновлення. Питання для самоперевірки: «Що з цього залежить від мене на 60–70%?» «Що я можу почати вже цього тижня?»	25 хв
Вправа «План на рік за 4 сферами» (Peseschkian, 1987; 2016; авторська адаптація)	Мета - структурувати життєві цілі та ресурси, не допускаючи «перекосу» в одну сферу. Хід: на основі баланс-моделі учасниця формує цілі й мікрокроки у 4 сферах: 1) тіло/здоров’я: сон, рух, харчування, контроль навантаження; 2) діяльність/досягнення: 1–2 реалістичні проекти/задачі; 3) контакти/стосунки: підтримка, межі, важливі розмови; 4) сенс/майбутнє/уява: цінності, духовність, плани, навчання, натхнення. Для кожної сфери: а) 1 ціль на 3–12 міс.; б) 2 мікрокроки на найближчі 2 тижні; в) маркер “перевантаження” (як я зрозумію, що треба зменшити темп). Міні-обмін у парах: назвати 1 найреалістичніший крок.	40 хв
Вправа «Я більше, ніж діагноз» Вправа «Я більше, ніж діагноз» (авторська адаптація ідей В. Франкла про смисл, внутрішню позицію та збереження гідності в ситуації страждання)	Мета - укріпити ідентичність, відокремити «я» від хвороби, інтегрувати ресурсні ролі й опори. Хід (варіант А - лист собі): короткий лист (10–12 речень) «Я - це...» (цінності, ролі, сильні сторони, що я пройшла, що я вмію підтримувати в собі). Хід (варіант Б - структурований список): 1) мої ролі (не менше 6); 2) мої цінності (3–5); 3) мої сили/здібності (5); 4) мої опори (люди/практики/сенси). Питання: «Що я хочу пам’ятати про себе в складні дні?»	25 хв
Підсумкове коло	Мета - завершення програми з підсиленням	15 хв

(авторська)	підтримки та фіксацією результатів. Хід: по колу кожна завершує 2 фрази: 1) «Що я беру з програми?» 2) «Що я хочу продовжувати робити для себе?» (1 практика/1 дія). Тренер дякує групі, нормалізує можливі коливання станів після завершення та підкреслює важливість опори на план підтримки.	
Домашнє завдання «після програми» (авторська)	Мета - забезпечити перенесення результатів у постпрограмний період. Зміст: скласти й виконувати план підтримки протягом 2 тижнів: 1) 3 практики/тиждень (будь-які з програми: ритуали турботи, картка 5 кроків, картка думок, сканування тіла тощо); 2) 1 контакт підтримки/тиждень (людина/група/фахівець); 3) 1 межа навантаження/тиждень (пауза/відмова/скорочення задач). У щоденнику - коротка відмітка “що спрацювало” 2 рази на тиждень. Тренер підсумовує, що завершення програми не означає «все має бути ідеально», а означає наявність: 1. зрозумілих інструментів самодопомоги; 2. реалістичного плану цілей і мікрокроків; 3. опор на сенс і цінності; 4. конкретного плану підтримки (практики–контакти–межі)	20 хв
Всього		150 хв