

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОНКОХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ

FEATURES OF PSYCHODIAGNOSTICS OF THE PSYCHOEMOTIONAL STATE OF CANCER PATIENTS

Стаття присвячена дослідженню питання психодіагностики психоемоційного стану онкохворих пацієнтів, характеристиці психодіагностичного інструментарію, який може використовуватися клінічним психологом у межах паліативної психологічної допомоги.

Наведено короткий аналіз психологічних особливостей переживання онкохворими пацієнтами свого діагнозу. Актуальність проблеми підтверджено статистичними даними, які свідчать про зростання рівня онкологічних захворювань як в Україні, так і у світі, а також відсутність чіткого алгоритму проведення психодіагностики онкохворих пацієнтів у клінічних психологів. Водночас показано, що ефективне лікування онкохворих має включати не лише медичні втручання, а й важливу психологічну підтримку, оскільки нервово-психічні розлади є одним із ключових чинників, що спричиняють їх дезадаптацію.

Здійснено теоретико-методологічний аналіз актуальних досліджень і наукових публікацій із зазначеної проблематики, який засвідчив, що емоційний стан онкохворих безпосередньо пов'язаний із функціонуванням механізмів психологічного захисту, а також з їхніми когнітивними, емоційними та поведінковими реакціями на стресові й кризові ситуації. На основі аналізу наукових досліджень були визначені основні показники, які є ключовими для оцінки психологічних особливостей онкохворих у процесі усвідомлення свого діагнозу. До них належать рівень тривожності та депресивних проявів, загальна якість життя з урахуванням фізичних і психологічних аспектів, домінуючі стратегії подолання труднощів, а також інтенсивність проявів посттравматичного стресового розладу.

Представлено комплекс психодіагностичних методик, які можуть використовуватися клінічним психологом у роботі з онкохворими, в тому числі в межах закладів охорони здоров'я, у складі мультидисциплінарних команд, висвітлено їх характеристику та умови застосування.

Ключові слова: психоемоційний стан онкохворих, переживання онкологічного діагнозу, якість життя, тривожність, депресія, посттравматичний стресовий розлад, стрес-долаюча поведінка, психодіагнос-

тична методика, паліативна допомога, клінічний психолог закладу охорони здоров'я.

The article is devoted to the study of the issue of psychodiagnostics of the psychoemotional state of cancer patients, the characteristics of the psychodiagnostic toolkit that can be used by a clinical psychologist within the framework of palliative psychological care.

A brief analysis of the psychological features of cancer patients' experience of their diagnosis is presented. The relevance of the problem is confirmed by statistical data indicating an increase in the level of oncological diseases both in Ukraine and in the world, as well as the lack of a clear algorithm for conducting psychodiagnostics of cancer patients by clinical psychologists. At the same time, it is shown that effective treatment of cancer patients should include not only medical interventions, but also important psychological support, since neuropsychiatric disorders are one of the key factors that cause their maladaptation.

A theoretical and methodological analysis of current research and scientific publications on the above-mentioned issues was carried out, which showed that the emotional state of cancer patients is directly related to the functioning of psychological defense mechanisms, as well as their cognitive, emotional and behavioral reactions to stressful and crisis situations. Based on the analysis of scientific research, the main indicators were identified that are key to assessing the psychological characteristics of cancer patients in the process of realizing their diagnosis. These include the level of anxiety and depressive manifestations, overall quality of life taking into account physical and psychological aspects, dominant coping strategies, and the intensity of manifestations of post-traumatic stress disorder.

A set of psychodiagnostic techniques that can be used by a clinical psychologist in the work of cancer patients within healthcare institutions and as part of multidisciplinary teams is presented, their characteristics and conditions of application are highlighted.

Key words: psychoemotional state of cancer patients, experience of cancer diagnosis, quality of life, anxiety, depression, post-traumatic stress disorder, stress-coping behavior, psychodiagnostic methodology, palliative care, clinical psychologist of a healthcare institution.

УДК 159.942.6:616-006

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.70.54>

Самара О.Є.

к.психол.н., доцент,
доцент кафедри психології
Національний університет «Одеська
юридична академія»

Татьянчиков А.О.

к.психол.н., доцент,
доцент кафедри психології
Національний університет «Одеська
юридична академія»

Яковенко В.Ю.

психолог-консультант у когнітивно-
поведінковому методі, нейропсихолог

Онкологічні захворювання посідають одне з перших місць серед причин смертності у світі. Щороку в Україні діагностується понад 100 тисяч нових випадків захворювання. Для практики відновлювального лікування найбільше значення мають переважно психогенно зумовлені форми нервово-психічних розладів, тому що вони є головним фактором дезадаптації у пацієнтів з онкологічним діагнозом.

Психологічні проблеми, які виникають у людини під час онкологічного захворювання, висувають підвищені вимоги до її адаптивного потенціалу.

Значно погіршують психоемоційний стан людини і цим самим додатково знижують ефективність лікування переживання, які пов'язані із встановленням діагнозу, травматичним лікуванням, необхідністю звернення до спеціалізованих медичних установ, труднощами спілкування з оточуючими, втратою працездатності. Все це суттєво знижує якість життя пацієнта.

Ефективне лікування в умовах сьогодення має бути реалізоване у комплексному міждисциплінарному підході за участю лікарів, клінічних психологів, реабілітологів, соціальних працівників,

а людина має розглядатися як цілісна система, яка включає у себе нерозривну єдність фізичного (соматичного) та психічного рівня функціонування.

З огляду на це Міністерство охорони здоров'я України підсилило професіоналами у галузі психології мультидисциплінарні команди, що надають реабілітаційну та медичну допомогу, в тому числі паліативну. Так, Наказом МОЗ від 30.09.2022 № 1782 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385» [4] до Переліку посад професіоналів із вищою немедичною освітою включено посади «клінічний психолог» та «психотерапевт». Відповідно до цього в українських лікарнях як спеціального, так і загального профілів повинні будуть з'явитися штатні клінічні психологи або психотерапевти, які надаватимуть реабілітаційну, медичну і зокрема паліативну допомогу.

Однією зі складових частин професійної діяльності клінічного психолога в межах медичного закладу є психодіагностична робота, яка спрямована на дослідження загального психоемоційного стану пацієнтів з метою надання їм відповідної психологічної допомоги.

Для ефективної психологічної допомоги онкохворим є вкрай необхідним розуміння особливостей їхнього психоемоційного стану, способів подолання стресу, пов'язаного з хворобою, визначення ефективних стратегій адаптації до неї.

Розуміння психологічного статусу хворого (наявність ознак дезадаптації, тип реагування на хворобу, особливості соціальної взаємодії, домінуючі психоемоційні стани) може відігравати ключову роль у визначенні фокусу психологічної підтримки та реабілітації. Психологічний супровід пацієнтів на різних стадіях лікування забезпечує покращення емоційного стану, зниження інтенсивності больових відчуттів, актуалізацію цінностей життя та стосунків з близькими. Дослідження психологічних особливостей переживання онкохворими свого діагнозу також може проводитися з метою вироблення в них ефективних стратегій адаптивної на стресдолаючої поведінки.

Психологічна допомога онкохворим може суттєво покращити якість їхнього життя, що згідно з новітніми дослідженням в галузі психоонкології (С. Грір, М. Давидов, Т. Левін, В. Кисан, Д. Спют, К. Хак, Дж. Холланд та ін.) має велику прогностичну значущість щодо виживання.

Більшість дослідників сходяться на думці, що ситуація онкологічного захворювання, починаючи з моменту постановки діагнозу, є екстремальною для людини. З одного боку, сам факт встановлення онкологічного діагнозу є серйозною психотравмою та може викликати розвиток посттравматичного стресового розладу. З іншого боку, ПТСР, який часто діагностується в умовах воєнного конфлікту, може суттєво негативно впливати на стан пацієнта та ефективність лікування. Характерним для екстремальної ситуації є відчуття надсильного стресу, потужний тиск зовнішніх обставин, який

часто значно перевищує внутрішні адаптаційні можливості людини.

Як зазначає Д. Спют, у разі захворювання на рак відбувається злиття тілесних змін з екзистенціальною загрозою. Значно загострюються та набувають травмуючого вигляду такі сторони людського існування, як непередбачуваність, підступність, безпомічність та безпорадність [6].

Згідно з дослідженням І. Сергет, онкологічна хвороба спричиняє глибокі зміни у системі життєвих цінностей людини. Це проявляється у зміні пріоритетів, переосмисленні сенсу життя та зосередженні уваги на власному внутрішньому комфорті та гармонії. У стані хвороби людина починає займати індиферентну або байдужу позицію до соціальних аспектів життя, досягнень, перспектив соціальних відносин [5].

Сучасними дослідженнями не підтверджується існування так званого «ракового психотипу особистості», тобто набір певних особистісних якостей (наприклад, стримана агресія, пригнічені конфлікти, песимістичне мислення, емоційна або сексуальна фрустрація тощо) не може характеризувати особистість як схильну до онкологічних захворювань. Натомість віра в це може викликати в пацієнта почуття провини за свою хворобу. Водночас підтверджується зв'язок між особистісними особливостями та тим, як людина бореться з раком [8].

У разі складання комплексу психодіагностичних методів, які можуть застосовуватись у роботі з онкохворими, враховувались такі теоретичні засади: розуміння сутності особистісної та ситуативної тривожності особистості; розуміння особливостей психоемоційного стану пацієнта на різних стадіях онкологічного захворювання; розуміння сутності та особливостей прояву депресивних станів; розуміння сутності та показників якості життя.

Проведення психодіагностики має здійснюватися у строгій відповідності до принципів психодіагностичного обстеження (етичності, конфіденційності, об'єктивності, забезпечення прав особистості, особистої відповідальності), а також принципів забезпечення достовірності та якості результатів дослідження (репрезентативність вибірки, контроль зовнішніх впливів, множинність методів, підтвердження отриманих результатів іншими дослідженнями). В основу дослідження також були покладені базові загальнопсихологічні принципи: детермінізму, відображення, єдності психіки та діяльності, розвитку, системності.

Представники вибірки мають добровільно погодитись взяти участь у діагностиці, а також бути проінформовані про його цілі та умови проведення. Досліджуванам гарантується нерозголошення особистих даних та збереження анонімності.

Психодіагностика може проводитись в умовах стаціонару, під час відвідування медичного закладу з лікувальною метою, в індивідуальній роботі клінічного психолога з пацієнтом. Пацієнт отримує роздруковані бланки анкет та психодіагностичних

методик, які має заповнити у зручний час. Дані із заповнених бланків психологу рекомендується переносити до електронної таблиці для зручності подальшої обробки, зберігання, здійснення статистичного аналізу.

З метою збору первинних анкетних даних пацієнтів, які можуть впливати на психоемоційний стан онкохворих або особливості їхньої внутрішньої картини хвороби, може використовуватися анкетування за допомогою спеціально розробленої анкети. Анкету доцільно формувати з двох частин. Перша частина анкети присвячена вивченню таких показників, як вік, стать, освіта, сімейний стан, місто проживання, стадія онкозахворювання та його локалізація, стадія, на якій було виділено хворобу. Друга частина анкети містить запитання щодо психоемоційного стану та характеру переживань онкохворих.

На основі аналізу теоретичних підходів до проблеми були визначені основні показники, що є ключовими для дослідження психологічних особливостей онкохворих у процесі усвідомлення свого діагнозу. До них належать рівень тривожності та депресивних проявів, якість життя в її фізичному та психологічному вимірах, домінуючі стратегії подолання труднощів, а також рівень проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Вибір цих параметрів базувався на сучасних концепціях і теоретичних моделях, що використовуються для оцінки психоемоційного стану онкологічних пацієнтів. При цьому було враховано результати попередніх наукових досліджень, які аналізували вплив стресових чинників, зокрема посттравматичних, на емоційне та психологічне самопочуття людей, що стикаються з онкологічним діагнозом. У ході цього етапу також було визначено методологічні засади дослідження, включаючи вибір комплексу психодіагностичних методик.

Для дослідження рівня тривожності та депресії використовується госпітальна шкала тривоги і депресії HADS [7, с. 55–60]. Така методика часто використовується для виявлення та оцінки тяжкості симптомів тривоги і депресії в умовах клініки загального профілю. Перевагами цієї шкали є простота застосування і обробки (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта). Методика складається з двох підшкал – тривоги (Т) та депресії (D) та містить 14 тверджень (по 7 для кожної підшкали), кожне з яких містить 4 варіанти відповіді. Пацієнт повинен вибрати, якою мірою феномен, описаний у твердженні, проявляється в нього. Для інтерпретації даних враховується сумарний показник по кожній підшкалі (А і D), при цьому виділяються 3 групи значень: 0–7 балів – норма; 8–10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія (невиражена, легка); 11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія (11–15 балів – помірний ступінь, 16–21 – важкий ступінь). Опис методики, стимульний матеріал, порядок обробки та інтерпретації результатів наведено в джерелі.

Для оцінки якості життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями використовується опитувальник неспецифічної якості життя MOS SF-36 [7, с. 98–103]. Методика входить до переліку валідних методів психологічної діагностики, які можуть використовуватися для проведення психологічної діагностики та оцінки якості психологічної допомоги, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 2118 від 13 грудня 2023 року [4]. Така методика застосовується незалежно від ґендерних та вікових особливостей, а також від наявності захворювання. Опитувальник рекомендований для використання міжнародними домовленостями та стандартами і зараз широко використовується у США, країнах Європи і в Україні під час проведення досліджень якості життя.

Опитувальник складається з 11 пунктів, які включають 36 запитань. Опитувальник містить дві інтегральні шкали «фізичний компонент здоров'я» та «психологічний компонент здоров'я» та 8 субшкал. Фізичний компонент здоров'я визначається як сукупність таких шкал, як: фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування, інтенсивність болю, загальний стан здоров'я. Психологічний компонент здоров'я включає шкали: життєва активність, соціальне функціонування, рольове емоційне функціонування, психічне здоров'я. Максимальна кількість балів за кожним із 36 запитань тесту становить 100. В обробці результатів необхідно рівномірно розподілити 100 балів на кількість варіантів відповідей за кожним запитанням, де 100 балів відповідає найбільш позитивному варіанту, 0 балів – найбільш негативному. Середнє арифметичне за всіма субшкалами тесту разом визначає загальний показник якості життя. Отримані результати за інтегральними шкалами та загалом за тестом інтерпретуються таким чином: 0–20 – низький показник якості життя; 21–40 – знижений показник якості життя; 41–60 – середній показник якості життя; 61–80 – підвищений показник якості життя; 81–100 – високий показник якості життя.

Для діагностики рівня депресії використовується методика «Шкала депресії» А. Бека [7, с. 44–47], яка призначена для скринінгу депресії в пацієнтів медичних установ. Шкала була створена на основі клінічних досліджень і спостережень, що дозволили виокремити обмежену кількість найбільш характерних і значущих симптомів депресії. Методика складається з 21 запитання, кожне з яких містить чотири варіанти відповіді. Час, необхідний для заповнення опитувальника, становить від 20 хвилин до однієї години залежно від стану пацієнта. Методика входить до переліку валідних методів психологічної діагностики, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України [4].

Шкала містить дві основні субшкали: когнітивно-афективних симптомів депресії (пункти 1–13) і соматичних проявів депресії (пункти 14–21). До когнітивно-афективних симптомів належать:

настрій, песимізм, почуття неспроможності, незадоволеність, почуття провини, відчуття, що буду покараний, відрізка до самого себе, ідеї самознищення, суїцидальні думки, сльозливість, дратівливість, порушення соціальних зв'язків, нерішучість. До соматичних проявів належать: порушення образу тіла; втрата працездатності; порушення сну; стомлюваність; втрата апетиту; втрата ваги; охопленість тілесними відчуттями; втрата лібідо.

Кількісна обробка результатів здійснюється таким чином: за відповіді «а» нараховується 0 балів, «б» – 1 бал, «в» – 2 бали, «г» – 3 бали. Окремо підраховується сума балів за кожною субшкалою та за всім тестом.

На основі підрахунку загальної суми балів за всім тестом виділяються такі рівні депресії: відсутність депресивних симптомів (0–9 балів); легка депресія, субдепресія (10–15 балів); помірна депресія (16–19 балів); виражена депресія або депресія середньої тяжкості (20–29 балів); важка депресія (30–63 бали).

Для оцінки проявів посттравматичного стресового розладу в онкохворих пацієнтів рекомендовано використовувати методику PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) [3, с. 138–141]. Методика входить до переліку валідних методів психологічної діагностики, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я України [4]. Тест спрямований на моніторинг симптомів протягом та після лікування, виявлення осіб із ПТСР, попередню постановку діагнозу «ПТСР».

Опитувальник містить 20 тверджень, які пацієнт оцінює за 5-рівневою шкалою: від 0 (ніколи) до 4 (дуже часто). Процес заповнення займає від 5 до 10 хвилин. Після того, як учасник тестування відповідає на всі запитання, підсумовується загальна кількість балів. Методика дозволяє оцінити як загальний рівень ПТСР, так і ступінь вираженості окремих симптомів у межах кожного кластера відповідно до класифікації DSM-5.

Інтерпретація отриманих результатів здійснюється за певним алгоритмом. Спочатку визначається загальна вираженість симптоматики (від 0 до 80 балів) шляхом підсумування відповідей на всі пункти опитувальника. Далі аналізується вираженість окремих симптомів у кожному кластері DSM-5 шляхом окремого підрахунку балів для кожного критерію:

- критерій В (симптоми інтрузії) – пункти 1–5;
- критерій С (симптоми уникнення) – пункти 6–7;
- критерій D (негативні думки та емоції) – пункти 8–14;
- критерій Е (симптоми надмірної реактивності) – пункти 15–20.

Попередній діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР) можна припустити, якщо респондент оцінює кожен пункт опитувальника в діапазоні від 2 до 4 балів. Відповідно до критеріїв DSM-5 офіційний діагноз ПТСР встановлюється у разі, якщо респондент надав оцінку 2 або вище принаймні на одному пункті кластерів В і С,

а також щонайменше на двох пунктах кластерів D і Е. Тривалість наявності симптоматики повинна перевищувати один місяць. Загальний бал використовується для оцінки рівня функціональних порушень, тяжкості розладу, ефективності терапії, а також для визначення ступеня деперсоналізації/дереалізації та перевірки валідності результатів.

Наукові дослідження свідчать, що порогове значення у межах 31–33 балів вказує на високу ймовірність наявності ПТСР, однак цей показник може змінюватися залежно від специфіки дослідження та характеристик вибірки. У деяких випадках пороговий рівень становить 28 балів. Детальна інформація про методику тестування, алгоритм обробки даних та ключі до тесту міститься у відповідних джерелах.

Таким чином, онкологічне захворювання є потужним стресовим чинником, що впливає на психоемоційний стан пацієнтів, спричиняючи високий рівень тривожності, депресії та ризик розвитку посттравматичного стресового розладу. В умовах сучасної паліативної психологічної допомоги особливого значення набуває психодіагностика, яка дозволяє виявити рівень психологічної дезадаптації, визначити домінуючі механізми психологічного захисту, а також оцінити якість життя пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Березянська В.В. Психологічний портрет онкохворих. Транзакційний підхід. *Молодий вчений*. 2018. № 10 (62). С. 20–24.
2. Власова-Чмерук О.М., Долгова О.М. Психологічний статус хворих на різних стадіях онкозахворювання. *Індивідуальність у психологічних вимірах спільнот та професій в умовах мережевого суспільства* : монографія колективна / За ред. Л.В. Помиткіної, О.П. Хохліної. Київ : ТОВ «АльфаПІК», 2019. С. 251–256.
3. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
4. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2023 року № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text> (дата звернення: 10.02.2025).
5. Сергет І.В. Переживання особистістю онкологічного захворювання як кризової ситуації. *Одинадцяті Сіверянські соціально-психологічні читання* : матеріали Міжнародної наукової онлайн-конференції (27 листопада 2020 року, м. Чернігів) / За наук. ред. О.Ю. Дроздова, І.І. Шлімакової. Чернігів : НУЧК імені Т.Г. Шевченка, 2021. С. 229–231.
6. Хак К., Спют Д. Психонкологія, що базується на психоаналізі. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2022. 400 с.
7. Чабан О.О., Хаустова О.О. Практична психосоматика: діагностичні шкали : навчальний посібник. 2-ге видання, виправлене і доповнене. Київ : Видавничий дім «Медкнига», 2019. 112 с.
8. Holland J.C., Breitbart W.S., Jacobsen P.B. et al. *Psycho-Oncology*. Oxford : Oxford University press, 2015. 772 p.