

ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КОГНІТИВНОГО КОМПОНЕНТУ АНАЛІЗУ У ОСІБ ХВОРИХ НА ОНКОЛОГІЮ

I.V. Serget

Херсонський державний університет, nort150469@gmail.com

Науковий керівник: доктор психологічних наук, професор О.Є. Блинова

Питання психоемоційного стану онкологічних хворих набуває особливого значення під час діагностування, лікування та ремісії такої важкої хвороби як «рак». Це захворювання несе в собі велике стресове навантаження на хворого та його родичів, бо для більшості людства «рак» є синонімом смертного вироку. Занадто важкі життєві ситуації, а діагностування та лікування онкологічного захворювання, яке несе в собі вітальну загрозу, належать до важкої життєвої ситуації, призводять до пролонгованого кризового психічного стану, симптоми якого, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб, де особливе місце займають важкі захворювання, зокрема онкологічні, описані як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

У хворих на онкологію клінічна картина ПТСР містить у собі різні ознаки, а саме: нав'язливі сни, які повторюються, про події, пов'язані з хворобою. Також хворий не може говорити про своє захворювання, а зустріч з спеціалістами, які його лікували, викликає сльози; біль чи інші незрозумілі хворому фізичні відчуття створюють у нього невротичні або психосоматичні симптоми, які символізують для хворого рецидив захворювання або прояв метастаз; пацієнт схильний ізолюватися від інших, має бажання «все забути», не може бачити життєвої перспективи; у хворого з'являються труднощі з засинанням, зосередженням уваги, з'являється постійна роздратованість[2].

Хронічний стрес, який переживає людина під час онкологічного захворювання, сприяє розвитку деструктивних змін особистості. Людина, що хвора на онкологію, як зазначає В.А. Чулкова, стикається з розумінням, що власне життя має кінець і це викликає у неї надсильні болісні переживання,

в яких її власна картина миру розпадається, та все її єство відмовляється вірити, що життя такого, як було до хвороби, вже не буде[1].

Щоб позбутися цієї руйнівної інформації, психіка людини запускає несвідомі захисні психологічні механізми такі як: витіснення, під час якого інформація про хворобу переходить із свідомого до несвідомого; регресія, тобто повернення до більш ранніх, інфантильних особистих реакцій; заперечення зляканої характеру захворювання; раціоналізація, коли хвора людина пояснює інформацію про хворобу таким чином, що вона стає прийнятною; інтелектуалізація, завдяки якій здійснюється контроль над емоціями за рахунок переваження міркувань про свої емоції замість їх безпосереднього переживання. Психологічні механізми, які використовує хворий, послаблюють емоційну напругу знижують страх та тривогу, але заважають людині прийняти, а далі і переробити травматичну інформацію стосовно її хвороби. Діагностування онкологічного захворювання з його раптовим початком, з періодом підтвердження діагнозу, коли хворий змушений ретельно обстежитися, подальше тривало лікуватися, можливо зробити хірургічну операцією, дослідниками О.Ш. Тхвостовим, А.В. Гнездиловим розглядається як психічна травма, що пов'язана зі стресовою ситуацією, в якій опинилась людина. Оцінка стресової ситуації згідно дослідженням Р. Лазаруса та С. Фолкмана поділяється на: 1) шкоду чи збиток, відображаючи досвід втрати пов'язаний з хворобою або соціальними досягненнями; 2) загрозою, що відображує шкоду чи збиток, який очікується в майбутньому; 3) виклик, коли оцінка ситуації дає можливість для зросту, реалізації майстерності, активує потенційні ресурси особистості.

Онкологічні захворювання у багатьох хворих викликають хронічний психологічний стрес. Згідно дослідженням В.В. Бочарова та А.М. Ялова було виявлено, що під час лікування онкологічного захворювання відбувається патологічний розвиток особистості, який має універсальний характер [1]. Психологічна криза, яка є супутником онкологічного захворювання, викликана критичною зміною стану здоров'я, що потребує від хворого когнітивної оцінки

свого нового важкого становища. Автори А.М. Беляєв, Є.В. Пестерева підкреслюють, що когнітивний компонент адаптації до онкологічної хвороби формується на підставі інформації отриманої з різних джерел, це і інтернет, і СМІ, і спілкування з іншими людьми, які стикалися з цією хворобою і мають уявлення про її малу виживаність, високий відсоток літальних випадків, наслідки оперативних втручань, променеви і хіміотерапію, що пов'язані з соматичним дискомфортом [1].

Таким чином, формується інтелектуальна оцінка хворим наскільки небезпечним є для нього його захворювання. Фрустрація базової потреби людини – втрата безпеки, є фундаментальною в когнітивних процесах хворих на онкологію. Для визначення оціночних процесів А. Еверсом і Ф. Крайматом було запропоновано три когнітивних конструкта, які дають змогу зрозуміти процес адаптації до тривалого стресу пов'язаного з хворобою, а саме: 1) когніції, які підкреслюють негативне значення стресору(атитюд безпорадності та безнадійності) [3]. Seligman M.E. дає опис концепції безнадійності і безпорадності в якості негативного пояснювального стилю при зіткненні зі стресовою подією, що є фактором ризику зниження психологічного та фізичного благополуччя. Страх, який супроводжує втрату особистої безпеки, призведе до того, що людина не бажає нічого знати про своє захворювання та несвідомо захищається від нього за допомогою «витиснення» та «заперечення» [4]; 2) когніції, які знижують негативний сенс стресової події, визнання хворим необхідності адаптуватися до хронічної хвороби. Переконавання прийняття хвороби, на думку HayesS.C., визначає необхідність адаптуватися до хронічної хвороби та змогу її перенести [4].

Згідно дослідженням Т.А. Караєвої, А.П. Карицького, Т.Ю. Семиглазової, великий відсоток онкологічних хворих бажають знати більш детальну інформацію про своє захворювання, щоб мати змогу контролювати своє життя, але при цьому у них виникає суперечність між «бажанням знати» правду про свою хворобу та «страхом знати» правду, яка вирішується хворим «бажанням знати» тільки ту інформацію, яка є для нього сприятливою; 3) когніції, що

відображують позитивне сприйняття події, тобто зосередження уваги на позитивних наслідках ситуації хвороби, таких як зміни в життєвих пріоритетах та особистих цілях, позитивні зміни в особистості хворого та налагодження і укріплення взаємовідношень з оточуючими.

R.G. Tedeschi підкреслює, що переваги хвороби, які сприймають хворі описуються ними як реакції в ситуації абсолютно неконтрольованої стресової життєвої події такої, як психологічна реакція, пов'язана з подоланням горя та втрати [5]. Позитивним є те, що функція цих переконань пов'язана зі зміною життєвих пріоритетів та особистих цілей. На думку Є.В. Пестерової важливим фактором для конструктивного сприйняття свого захворювання є інформація, яку отримує хворий від свого лікаря [1]. Відсутність об'єктивної інформації, неможливість обговорення питань стосовно хвороби та її лікування збільшують тривожність хворого та зменшують можливість сприятливого прогнозу лікування. Вченими була розроблена модель адаптації хворих на онкологію пацієнтів, яка має рівні, а саме: біологічний (соматогенний); конституційно-типологічний (особистісний); психологічний (психосоціальний). Важливим чинником успішної психологічної адаптації хворого у ситуації онкологічного захворювання є прийняття їм злоякісного характеру патологічного процесу його хвороби. Цей процес потребує якісного когнітивного аналізу, завдяки якому формується нова внутрішня позиція людини зі зміною основних смислових концептів в структурі особистості, які надають змогу асимілювати новий життєвий досвід, відновити сенс життя, змогу психологічного відновлення.

Література:

1. Беляєв А.М., Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Рогачев М.В. Онкопсихология. СПб.: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2017. 350 с.
2. Тарабрина Н.В., Ворона О.В., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. 175 с.

3. Evers, A.W., Kraaimaat, F.W, vanLankveld, W., Jongen, P.J., Jacobs, J.W., Bijlsma, J.W. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognitionquestionnaire for chronic diseases.*Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69(6), 1026-1036.
4. Gillham, J.E., Seligman, M.E.P. (1999). Footsteps on the road to a positive psychology, *Behaviour Research and Therapy*, 37, 163-173.
5. Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*.1996. №9. Pp.455-471.