

**Заклад вищої освіти «Український католицький університет»
Факультет наук про здоров'я
Кафедра психології та психотерапії**

**Магістерська робота
на тему: «Особливості емоційної регуляції онкохворих пацієнтів в
умовах коронавірусної пандемії»**

**виконала: студентка
6 курсу, групи ЗПП19/М
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми «Клінічна
психологія з основами
психодинамічної терапії»
Харченко С.Т.
Керівник доц.Миколайчук М.І.
Рецензент проф.Орап М.О.**

Львів – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ОНКОХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ ТА ВПЛИВУ КОРОНАВІРУСНОЇ ПАНДЕМІЇ.....	7
1.1. Поняття емоційної регуляції в психологічних теоріях.....	7
1.2. Вплив онкологічного захворювання на емоційне життя онкохворих пацієнтів.....	19
1.3. Вплив коронавірусної пандемії на емоційне благополуччя.....	33
1.4. Теоретична модель дослідження.....	43
Висновки до першого розділу.....	47
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ОНКОХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ КОРОНАВІРУСНОЇ ПАНДЕМІЇ.....	49
2.1. Опис процедури та групи досліджуваних.....	49
2.2. Дескриптивний аналіз соціальних та особистісних особливостей досліджуваних як чинників емоційної регуляції.....	58
2.3. Результати асоціативного експерименту серед досліджуваних	63
2.4. Результати дескриптивного та кореляційного аналізу показників емоційного стану онкохворих пацієнтів.....	66
2.5. Результати регресійного аналізу показників емоційного стану онкохворих пацієнтів.....	81
2.6. Дискусія результатів.....	85
Висновки до другого розділу.....	86
РОЗДІЛ 3. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ В ОНКОХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ.....	89
3.1. Психотерапевтичні втручання для розвитку емоційної гнучкості	

онкохворих пацієнтів.....	89
3.2. Психотерапевтичний вплив на емоційну стійкість онкохворих пацієнтів в умовах коронавірусної пандемії.....	93
Висновки до третього розділу.....	97
ВИСНОВКИ.....	98
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	101
ДОДАТКИ.....	111

ВСТУП

Актуальність. Коли людина стикається із таким життєвим викликом як онкозахворювання, то переживає сильний стрес, страх за життя, тривогу за майбутнє та інші негативні емоційні стани. Ця ситуація може виглядати для неї як вирок або безвихідь. І це не безпідставно. Оскільки онкологічне захворювання є складне у лікуванні та має важкі психологічні та соматичні наслідки. Рак є причиною майже кожної шостої смерті у світі. За даними ВООЗ у 2018 р. від різних онкологічних захворювань померли 9,6 млн людей. Ця недуга стоїть на другому місці після серцево-судинних захворювань серед основних причин смерті. У зв'язку із значним поширенням цього захворювання та важливістю досліджень його лікування в 1970-х роках з'явилася така наука як психоонкологія, яка почала вивчати психосоціальні чинники розвитку раку. Невдовзі виявили, що ризик раку дуже співвідноситься з певними рисами особистості, котрі зосереджуються в особистості типу «С». Для цих людей характерними виявилися такі риси як несаможиттєвість, депресивність, нездатність висловити свої почуття належним чином. Пригніченість та замкнутість у своїх переживаннях, не здатність вийти із проханням про допомогу також властиво цим людям. Очевидно, важливою умовою для лікування та одужання онкохворих пацієнтів є робота саме з їх емоціями. І хоча за останні десятиріччя психологічна наука збагатилася новими знаннями й досвідом у лікуванні цієї хвороби, проблема залишається вкрай актуальною. До цього ж додалася проблема переживання стресу у період пандемії коронавірусу. Оскільки онкохворі входять до особливо вразливої групи населення щодо захворювання на Covid-19. Можна тільки уявити собі, які емоції переживає онкохворий пацієнт в цих умовах. І онкозахворювання, і коронавірус є стресотворними одночасно. У випадку онкозахворювання стрес є довготривалим, а у випадку пандемії коронавірусу він має хоч і короткочасний характер та однак гострий. Тому обидва чинники однаково активують почуття неконтрольованості,

невизначеності. Важливим кроком у допомозі онкохворим в цьому контексті є надання їм психологічної допомоги щодо вираження емоцій у конструктивний та екологічний спосіб, набуття ними умінь ефективніше справлятися зі стресовими ситуаціями. Тому дослідження ефективних способів емоційної регуляції онкохворого пацієнта в умовах пандемії коронавірусу є актуальним.

Відтак **метою** нашого дослідження стало вивчити та провести аналіз особливостей емоційної регуляції онкохворих в умовах пандемії коронавірусу. **Об'єктом** нашого дослідження є емоційна регуляція. **Предметом** дослідження є особливості емоційної регуляції онкохворих в умовах пандемії коронавірусу.

Гіпотези дослідження: емоційна регуляція онкохворих в період коронавірусної пандемії має ряд особливостей:

- Домінування позитивного чи негативного афекту визначається особливостями копінг-стратегій онкохворих, тобто існує взаємозв'язок між домінуваннямафекту та їх копінг-стратегіями.

- Емоційний стан онкохворих погіршився під впливом коронавірусної пандемії.

- Особистісні риси онкохворих мають більш виразний вплив на емоційний стан онкохворих аніж інші чинники (важкість захворювання, сімейна підтримка, пандемія, копінг-стратегії).

Відповідно до поставленої мети та гіпотез дослідження можна сформулювати наступні **завдання:**

- Провести теоретичне дослідження літератури з окресленої проблеми для виявлення вже існуючих позицій та поглядів.
- На основі теоретичного аналізу вибрати необхідні методи дослідження обраної теми.
- Опрацювати та відобразити у роботі особливості емоційної регуляції онкохворих в умовах коронавірусної пандемії.

Методи дослідження:

Теоретичні методи: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення теоретичних основ дослідження.

Емпіричні методи: анкетування, асоціативній експеримент, тестування з використанням методик:

- Україномовна апробована методика позитивного та негативного афекту ОПАНА (Опитувальник Позитивного та Негативного Афекту) на основі методики Девіда Уотсона, Лі Енн Кларк та Ауке Теллегена PANAS (Positive and Negative Affect Schedule, Watson, Clark and Tellegen, 1988), (Кліманська, Галецька, 2020)

- Українська адаптація методики п'ятифакторної моделі особистості ТІРІ (ТІРІ-UKR) (Кліманська, Галецька, 2019)

- Методика виміру крихкості щастя Fragility of Happiness Scale (Mohsen Joshanloo, 2016)

- Методика регуляції емоцій ERQ (Emotion Regulation Questionnaire) Дж.Гросса(російськомовна адаптація) (Gross John, 2003)

- Методика регулювання емоцій прийняття та прихильності Ст. Хейса ААQ-II (Acceptance and Action Questionnaire) (Hayes S., 2006)

- Методика «Індикатор копінг-стратегій» Д.Амірхана (російська адаптація Н.А.Сирота і В.М. Ялтонський) (Сирота Н.А., 1994, Ялтонський В.М., 1995)

Група досліджуваних – пацієнти з діагностованим онкологічним захворюванням (актуальним, чи на стадії тривалої ремісії):

- Львівська онкоспільнота «Жити зараз»
- Онлайн група «Inspiration Family»
- Пацієнти комунального підприємства «Дніпровський обласний клінічний онкологічний диспансер», обласного мамологічного центру
- Учасниці ГО «Амазонки Тернополя»

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ОНКОХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ ТА ВПЛИВУ КОРОНАОВІРУСНОЇ ПАНДЕМІЇ

1.1. Поняття емоційної регуляції у психологічних теоріях

На думку вчених, емоційна структура індивіда відіграє провідну роль у формуванні особистості і є формою засвоєння світоглядних цінностей. Вчені вважають, що в процесі емоційної регуляції важливо ініціювати механізм саморегуляції, який визначається як систематизований процес організації індивідуальної внутрішньої психологічної діяльності, здатний безпосередньо досягати цілей.

З одного боку, регуляція емоцій розглядається як стійке емоційне ставлення свідомої людини до реальних явищ, з іншого боку - як несвідомо-фактичний емоційний стан. Головне ставлення виражається в емоційно забарвлених процесах і результатах. Емоції у людини породжують почуття задоволення, незадоволеності, страху, боязкості тощо. Ці емоції відіграють певну роль у направленні суб'єктивних сигналів. Найпростіший емоційний процес - органічний, що передбачає зміну руху і секреції, які є вродженими реакціями. Однак, у процесі розвитку, емоція втратила свою безпосередню інстинктивну основу, набула невизначених характеристик, сформувала різні так звані емоційні процеси високого рівня; суспільство, знання та естетика - це основний зміст емоційного життя людини.

За своїм походженням, виразом та емоційними формами емоції мають багатоспецифічних зразків. Проблема регулювання емоційного стану є однією з найскладніших проблем у психології, що стосується як основних, так і прикладних проблем.

Словники не мають чіткого пояснення поняття «емоційна саморегуляція». Це поняття визначається як здатність контролювати емоційний стан людини. Емоції надзвичайно різноманітні, вони виражають оцінне ставлення:

– до окремих умов, які сприяють або перешкоджають здійсненню діяльності наприклад, страх, гнів; до конкретних досягнень людини – радість, смуток; до ситуацій, що склалися на даний момент.

Особливість поведінки людини щодо управління власними емоціями та розуміння емоцій інших людей залежать від рівня розвитку емоційної регуляції та її впливу на міжособистісні стосунки. Багато авторів у психології описують регулюючу функцію емоцій наступним чином:

- забезпечити загальну спрямованість і динаміку поведінки, пов'язаної з особистим змістом ситуації (Кириленко Т.С., 2004).

- здатність справлятися з емоціями соціально прийнятними способами (К. Копп, 2010).

- збільшувати, підтримувати та гальмувати процес емоційного збудження (Е. Меш, 2003).

За визначенням Чудаєвої Н.В., емоційна саморегуляція трактується, по-перше, як процес впливу на власний фізіологічний і нервово-психологічний стан; по-друге, емоційна саморегуляція суттєво залежить від бажання людини управляти власними емоціями, почуттями і переживаннями, і як наслідок, поведінкою; по-третє, здатність до саморегуляції емоцій не дається від народження, а розвивається в процесі життя, тобто піддається розвитку і удосконаленню (Чудаєва Н.В. 2017). Це означає, що людину можна вчити так регулювати власні емоції, щоб не переводити їх у деструктивну площину.

З цією метою, як зазначає К. Ізард, треба навчитися аналізувати функції конкретної емоції на трьох рівнях: біологічному, мотиваційному і соціальному. На думку цього науковця, аналіз функцій емоцій слід доповнити врахуванням вікових

особливостей людини, які у кожний віковий період мають свої пріоритети. (Изард К.Э. 2007)

М. Васильєв виділяє п'ять етапів протікання емоцій і пропонує відповідні методи саморегуляції ними.

Перший етап – процес сприйняття події, формування психологічного образу і символізація його у свідомості. Основним методом саморегуляції емоцій у цьому випадку є зміна спрямованості сприйняття події.

Другий етап – емоційна оцінка події. Основний метод – емоційна оцінка події з позиції іншої людини.

Третій етап – внутрішнє емоційне переживання. Основний метод – змусити себе зусиллям волі заспокоїтись.

Четвертий етап – зовнішня поведінкова реакція. Основний метод – намагатись максимально наблизити прояв емоції у відповідності до ситуації так, щоб це могли спостерігати інші.

П'ятий етап – емоційний наслідок після виходу із ситуації. Основний метод – змусити себе проявляти спокій і зовнішньо-позитивний емоційний стан.

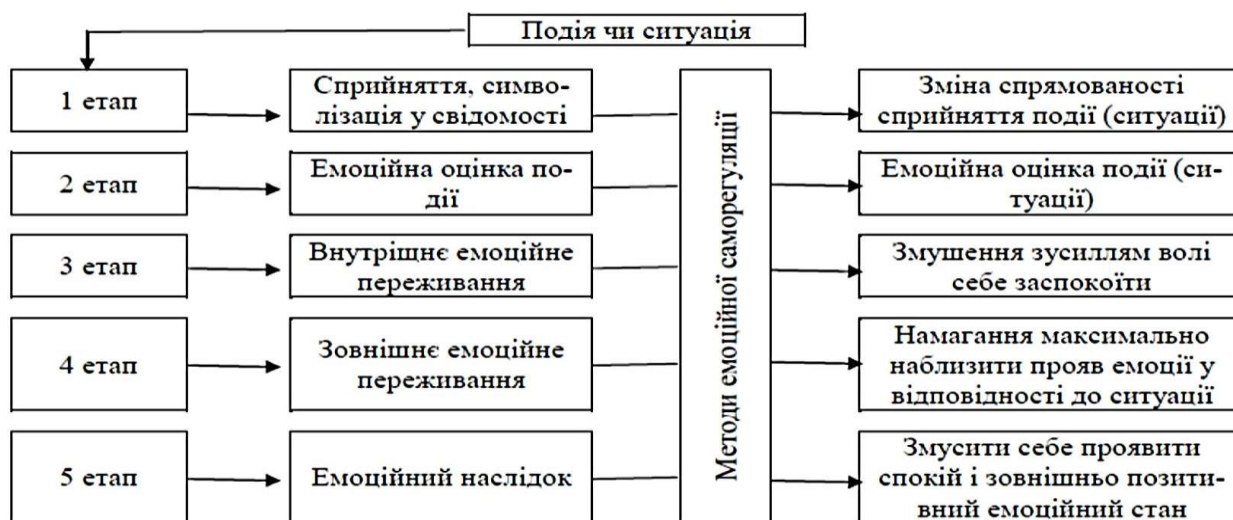


Рис. 1.1. Механізм саморегуляції емоцій (М. Васильєв) (Зарицька В.В., 2010)

У вітчизняній психології роль емоційного зв'язку та його регулювання розглядається у межах проблеми спілкування. О.О.Смирнова зазначає, що емоційна компонента міжособистісних стосунків та спілкування дитини зі значимими дорослими відіграє провідну роль у її психічному розвитку. Наслідки такого спілкування та ступінь включення в них емоційної компоненти можуть впливати на побудову подальшої поведінкової моделі особи з оточуючими. Дослідниця у своїх твердженнях опирається на ідею Л.С.Виготського про те, що джерело психічного розвитку знаходиться не всередині дитини, а в її стосунках з дорослими (Лазуренко О.О., 2017).

На думку І.Летової, емоційна залежність в сім'ї виникає, якщо у членів сім'ї не була попередньо зафіксована адитивна поведінка. Так стається тоді, коли один чи обоє батьків застосовують надмірний контроль за поведінкою дітей, не дозволяють їм проявляти самостійність. Таке виховання формує надмірну залежність дітей від батьків. У дорослому віці такі люди мають надто ригідну поведінку. Вони стають психологічно неповороткими, емоційно негнучкими, такими, що не здатні змінюватися у відповідності до вимог ситуації. Це може трансформуватися у певні психологічні проблеми розвитку, зокрема у надмірну емоційність чи в алекситимію. (Кульчицька А., 2014)

Питанням психології емоцій та їх регуляції присвячені також дослідження таких вчених, як Т.С.Кириленко, О.М.Леонтьєв, Д.Б. Карвасарський, О.О.Горбатков та ін.

Т.С.Кириленко зазначає, що емоції «є постійним механізмом регуляції, який забезпечує пристрасність відображення. У свідомості емоції представлено опосередковано – через композицію образу, суб'єктивний зміст. Емоції забезпечують вибірковість психічного відображення. Це передбачає їх ключову участь у формуванні образу» (Кириленко Т.С., 2013, с.56)

Емоції як безпосередній виразник потреб суб'єкта є його регулятором

активності. Вони відображають значення того чи іншого явища для людини та регулюють її загальну спрямованість, динаміку поведінки стосовно змісту ситуації. Емоції також беруть участь у спрямованості та мотивуванні людини з метою зміни особистості.

Основне місце в емоційній регуляції належить регуляції виникнення емоцій, їх плануванню та спрямованості. З точки зору значення емоцій, то вони виконують регулятивну функцію. Вони виступають внутрішнім та зовнішнім регулятором. Зовнішня емоційна регуляція виявляється в тих емоціях, які не породжуються безпосередньо діяльністю, а викликаються будь-яким зовнішнім щодо діяльності фактором (Зарицька В.В., 2010).

О.М.Леонт'єв підкреслює, що «емоції та емоційні процеси виконують роль внутрішньої регуляції діяльності. Афекти також виконують регулюючу функцію за допомогою утворення специфічного досвіду – афективних слідів («афективних комплексів»), котрі контролюють поведінку в ситуаціях, що були схожі з тими, які викликають афект» (Леонт'єв О.М., 1971, с.132).

Д.Б. Карвасарський зазначає, що «емоції та воля в реальній поведінці можуть виступати в різних співвідношеннях. Надмірна емоційна регуляція неекономна, марнотратна, може призводити до перевтоми. Надмірна волева регуляція – призводить до нервових зривів. Відмічається, що безпосередня регуляція емоцій допомагає дистанціюватися від проблеми» (Карвасарський Д.Б., 2002, с.165).

Чинники, що мають негативний вплив на емоційну регуляцію наступні:

- ✓ постійні стреси;
- ✓ пасивне інтрапсихічне подолання, таке як, самозвинувачування;
- ✓ втрата контролю, у «критичних ситуаціях», без вирішення проблеми;
- ✓ сильні негативні емоції, які вимагають їх негайного подолання;
- ✓ великий об'єм інформації, що переробляється.

Виділяють декілька чинників, що впливають на емоційну регуляцію:

- оціночні процеси (каузальна атрибуція);
- паліативні методи, що спрямовані на регуляцію емоцій (регуляцію особистості, самозаспокоєння);
- інструментальні методи, які скеровані на зміну і розуміння стресової ситуації (Карвасарський Д.Б., 2002).

О.О.Горбатков зазначає, що «пряма динаміка зв'язку між позитивними та негативними емоціями впливає на частоту емоцій та переживання, пов'язані з іншою людиною. Якщо у людини спостерігається психосоматичне або соматичне захворювання, то контроль над емоціями порушується і спостерігається домінування негативних емоцій над позитивними» (Горбатков О.О., 2002, с.138).

В межах когнітивного напрямку психології, А.Кульчицькою зазначається, що емоційна реакція на подразник залежить від рівня інтелектуального розвитку особистості, а також вона вказує на процес задоволення її потреб (Кульчицька А., 2014).

У клінічному напрямку психології, емоційну регуляцію розглядають через соматичні та психосоматичні дослідження. У 1818 році німецьким лікарем С.А.Гейнротом було введено термін «психосоматика», яким він визначив свою концепцію про внутрішній конфлікт як провідну причину психічної хвороби (Репина Н.В., 2003). Підтвердженням даної теорії можуть слугувати дослідження гіпнозу та істерії, які проводилися в другій половині ХІХ століття. Ці дослідження призвели до виявлення неусвідомленого особистісного (емоційного) конфлікту, що і провокує захворювання.

На думку О.В.Заїки та М.Ю.Лотоцької психосоматичні та соматичні захворювання слугують інтенсивному прояву негативних емоцій. При цьому змінюються предметна та афективна складові, що впливає на некоректний прояв емоцій (Заїка О.В., Лотоцька М.Ю., 2003).

За К. Ізардом існує три типи емоційної регуляції:

- Стимулююча регуляція (стимулювання іншої емоції з прагненням зменшити інтенсивність попередньої);
- Когнітивна регуляція (зміна уваги та мислення з емоції);
- Моторна регуляція (фізична активність, що знижує інтенсивність емоційних переживань).

Вони застосовуються в основному для регуляції такої емоції як сум. Однак автор також вказує на те, що ці типи можуть застосовуватися так само і до регуляції будь-яких інших емоцій. Поєднання цих типів регуляції в одну рівнозначну систему дозволяє досягати певної ефективності цього процесу. При надто вираженій інтенсивності та динамічності емоцій, коли цей стан загрожує психічному та фізичному здоров'ю, емоційна регуляція стає життєво необхідною (Ізард К., 2013).

У своїх дослідженнях К.Хорні вказує, що контроль над емоціями може проявлятися з боку дитини та з боку батьків дитини. У дослідженні материнського конфлікту вона дійшла висновку, що причиною зниження емоційного контролю та регуляції у міжособистісних стосунках між матір'ю та дитиною є комплекс Едипа у матері. До сина це може проявлятися у двох формах: через надмірний догляд або відлучення від грудей, яке викликане страхом. Щодо дочки, цей комплекс може приймати гротескні форми. Залякування, повний контроль над усіма діями, надмірна прихильність до дочок та взаємодопомога (Хорні К., 2007).

Такі дослідники як Е. Меш та Д. Вольф в контексті патологічної психології, емоційні процеси розділяли за двома критеріями: емоційна реакція та емоційна регуляція (Меш Е., 2003). Відповідно емоційна реакція - це індивідуальна різниця в ступені та інтенсивності емоційного вираження, що визначає ступінь дистресу та його чутливість до навколишнього середовища. Регулювання емоцій - це процес збільшення, підтримання та гальмування емоційного збудження. Порушення процесу емоційної регуляції може призвести до того, що людина може стати

неврівноваженою і важкою для контролю. Необхідно також розрізняти поняття та проблеми "регуляції" та "ненормальної регуляції": регуляція пов'язана зі слабкістю структури, яка контролює емоції або яка взагалі не має емоцій; дисонанс підкреслює, що структура, яка контролює емоції не є повністю функціональною (коли немає очевидної причини). Деякі форми емоційних розладів можуть бути в деяких ситуаціях адаптивними - зловживання чи сексуальне насильство. З дитинства здатність регулювати емоції проявляється в емоційній чуйності та експресії, а тому є важливою особливістю нормального чи патологічного розвитку.

Н. В. Вітт, в межах психодинамічного підходу, розглядає регулювання емоцій з двох аспектів: свідомість як стійке емоційне ставлення людини до реальності; несвідомість як головне ставлення та фактичний емоційний стан, емоційно забарвлені процеси та діяльність, що виражається в результатах (Злишков В.Л., 2016).

В сучасних умовах найбільш відомим психологом, що досліджує емоції та їх регулювання є Дж. Гросс. Він розробив модель емоційної регуляції, теоретичні аспекти якої ми використали у емпіричному дослідженні. Модель емоційної регуляції Дж. Гросса - це процесуальна модель емоційної регуляції, що відображає спектр стратегій регуляції емоцій на часовому континуумі (Панкратова А.А., 2017). Емоційна регуляція в даному підході розглядається на двох етапах:

1. Стратегії, сфокусовані на етапах, що передують зародженню емоції (antecedent-focused) - до генерування емоційного імпульсу.
2. Стратегії, сфокусовані на формуванні відповідної реакції (response-focused) - після генерування емоційного імпульсу.

Для першого етапу в моделі представлено 4 класи стратегій емоційної регуляції (рис.1.2): вибір ситуації (situation selection); модифікація ситуації (situation modification); перемикання уваги (attentional deployment); когнітивна

зміна (cognitive change).

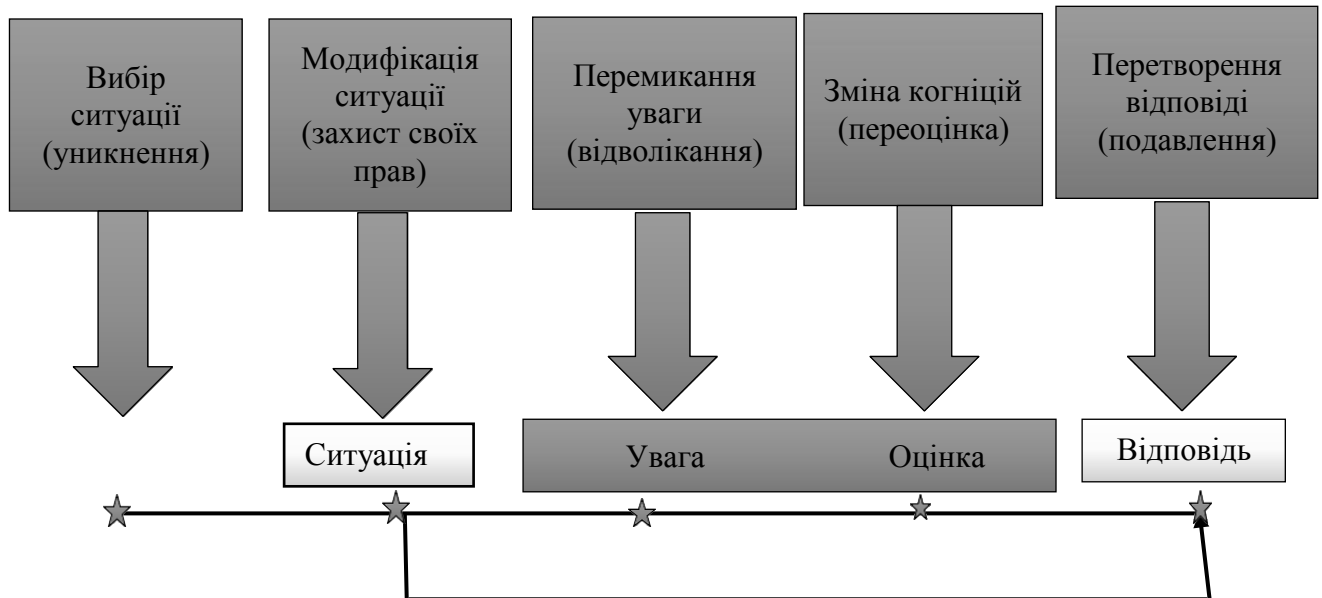


Рис.1.2 Процесуальна модель емоційної регуляції за Дж.Гроссу (Панкратова А.А., 2017).

На другому етапі представлений 1 клас стратегій: модуляція відповіді (response modulation).

Модифікація ситуації. Модифікація ситуації означає таку зміну, яка може змінити поточну ситуацію в бік більш бажаної, отже, веде до потрібних емоцій. Стратегії цього класу служать проміжним етапом перетворення старої ситуації в нову.

Перемикання уваги. Перемикання уваги здійснюється за допомогою трьох операцій: відрив уваги від об'єкта, зміщення уваги, звернення уваги на новий об'єкт.

Використання розподілу уваги доцільно в тому випадку, коли не можна модифікувати або змінити ситуацію. Дві головні стратегії цього класу стратегій - це відволікання і концентрація. Відволікання - перенесення уваги з одного аспекту ситуації на інший (індивід "відфільтровує" складні для когнітивної обробки емоційні змісти). Концентрація - високе фокусування уваги на власних негативних

емоціях. Розподіл уваги веде до підвищення контролю над розвитком емоцій.

Когнітивна зміна. Когнітивна зміна - це переоцінка ситуації, що склалася за умови, що емоція, викликана самою ситуацією, вже усвідомлена індивідом. Сюди входить зміна думок, викликаних ситуацією, і зміна оцінки здатності справитися з даною ситуацією, включення її в більш широкий контекст, що в адаптивному випадку веде до збільшення або зменшення інтенсивності поточної емоції або її заміні на іншу емоцію.

Модуляція відповіді. Стратегії даного класу беруть участь в регуляції емоцій, коли напрям реагування вже виявлено і зачіпає фізіологічну, зовнішню і поведінкову відповіді. Так само як емоційно-експресивна поведінка і супресія (придушення експресії емоцій). Стратегії цього типу використовуються як для того, щоб приховати емоції, так і для того, щоб ними відреагувати, або для того, щоб вплинути на когось своєюзовнішньо-поведінковою реакцією.

Модуляція відповіді передбачає спроби безпосереднього впливу на досвід, поведінку та системи фізіологічної реакції. Виразне придушення, як прояв модуляції, передбачає гальмування емоцій. Виразне придушення, як правило, вважається неадаптивною стратегією регулювання емоцій. Вживання наркотиків може бути способом зміни фізіологічних реакцій, пов'язаних з емоціями. Наприклад, алкоголь може виробляти заспокійливий ефект. Також було доведено, що регулярні фізичні навантаження зменшують емоційний дистрес та покращують емоційний контроль. Сон відіграє важливу роль у регуляції емоцій, хоча стрес і занепокоєння також можуть заважати сну. Дослідження показали, що сонзокрема швидкий сон, регулює реакційну здатність мигдалини, структури мозку, яка, як відомо, бере участь в обробці емоцій у відповідь на попередні емоційні переживання. (Панкратова А.А., 2017)

Інший сучасний психолог Стівен Хейс запропонував для вивчення та регулювання емоцій власну модель прийняття та прихильності (Acceptance

Commitment Therapy (ACT)), яку використано нами у емпіричному дослідженні. Через його внесок точаться суперечки між когнітивною і поведінковою терапією. Використовуючи модель прийняття та прихильності, він зміг усунути свої власні напади паніки, що могло виявитися корисним при лікуванні інших проблем психічного здоров'я.

Його теорія функціонального контекстуалізму прагне зрозуміти закони (словесного характеру), які регулюють поведінку за допомогою використання індуктивних методів з метою модифікації неадаптивної поведінки.

Модель АСТ заснована на функціональному контекстуалізмі як філософії і RFT як теорії. Отже, вона не визначається одним конкретним набором методів, а скоріше націлена на мовні процеси, включаючи:

- Когнітивне злиття - як функції стимулу можуть домінувати на основі мови, незважаючи на потенційну шкоду.

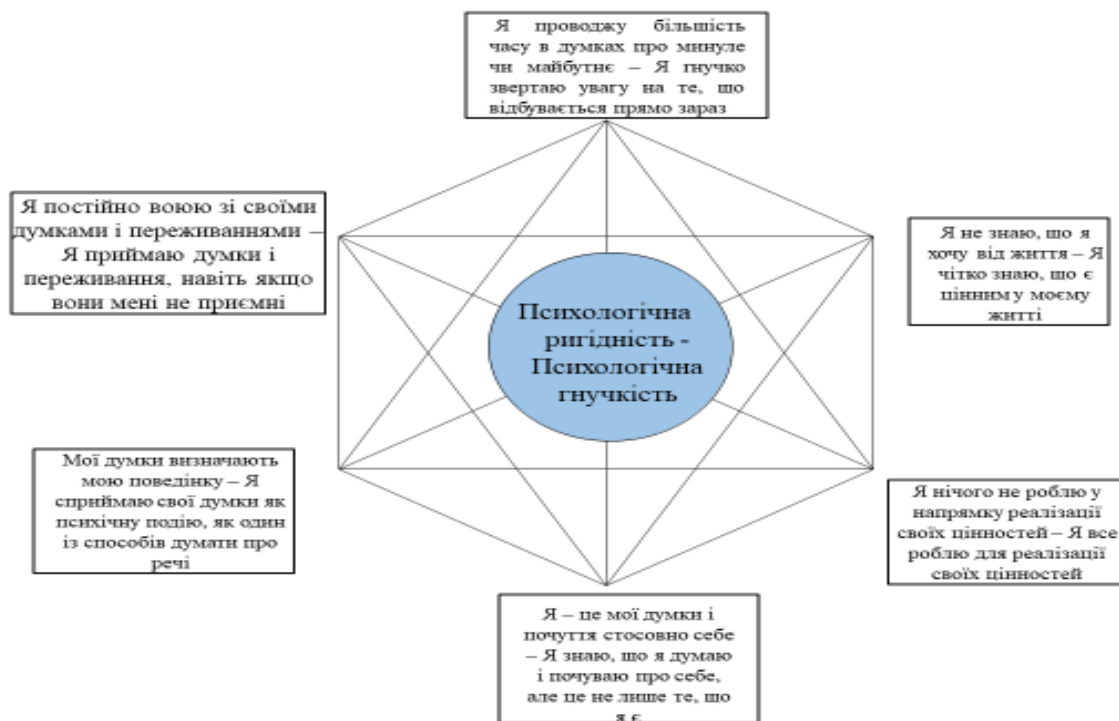


Рис.1.3. Модель прийняття та прихильності Стівена Хейса (Хейс С., 2012).

- Експериментальне уникнення - коли людина не бажає залишатися в контакті з конкретним особистим досвідом, намагається змінити форму або частоту подій і їх контекст, навіть з ризиком психологічної шкоди щодо себе.
- Домінування концептуалізованої самості як контексту.
- Нездатність створити більшу одиницю поведінки, яка рухається внапрямку обраних цінностей.
- Ваші цілі і цінності можуть бути не визначені або заплутані.

Варто описати складові моделі прийняття та прихильності (рис.1.3).
 Прийняття (Acceptance) – це процес прийняття чи уникнення болю у життєвих ситуаціях. Когнітивне злиття (Cognitive fusion) – це вплив потоку думок на сприйняття чи несприйняття їх як реальності. Цінності (Values) – наявність цінностей сформованих у житті людини, які розвивають її або навпаки – гальмують. Поведінка (Committed action) – дії, які можуть бути ригідними і не приводити до змін у житті, або ж – гнучкість та креативність у діях, які приводять до змін.

Застосування моделі Стівена Хейса у нашому дослідженні обумовлено припущенням, що цей підхід може дати додаткові інструменти для допомоги онкохворим у період пандемії зрозуміти їх думки і цінності, а також розробити план дій із емоційної саморегуляції та розвинути емоційну гнучкість. Цей підхід може допомогти їм перетворити свою вразливість у період пандемії на здібність до саморегуляції, використавши набір інструментів, що пропонує С. Хейс. Такий підхід може допомогти онкохворим набувати здатності до «дистанціювання» себе від своїх переконань, іншими словами, бути здатним спостерігати свою власну вербальну поведінку з позиції слухача. Дистанціювання дозволяє розглядати правила поведінки людини як поведінки організму, а не як саму реальність чи сам організм.

Таким чином, підсумовуючи вивчені в даному дослідженні підходи та

погляди на поняття емоційної регуляції в психологічних теоріях, пропонуємо наступне визначення поняття емоційної регуляції: під емоційною регуляцією можемо розуміти способи та підходи до формування метапозиції у пізнанні та усвідомленні власних емоцій людиною і вибір нею відповідної поведінки (стратегії) та ставлення (тактики) у стосунку з ними.

1.2 Вплив онкологічного захворювання на емоційне життя онкохворих пацієнтів

Специфічні особливості особистості, що формуються на основі дитячого досвіду і зумовлюють ступінь її стійкості до стресу є найважливішим фактором схильності до захворювань. Згідно з дослідженнями Б. Д. Карвасарського, формування специфічних симптомів при психосоматичних хворобах визначається наступними факторами: властивостями особистості і темпераменту; неусвідомленим внутрішньо або міжособистісним конфліктом, незадоволенням будь-якої потреби; способами переробки емоцій і встановлення основних захисних механізмів психіки; індивідуальним досвідом і умовами життя; видом і силою актуальної психотравми (Карвасарський Б. Д., 2002).

Дослідження показують, що особи, які захворіли онкологічною патологією були схильні пригнічувати свої емоції, особливо гнів, що достовірно збільшує ризик онкологічних захворювань. Для таких осіб важливий контроль над іншими людьми, ситуацією, емоційний контроль, вони приховують власні потреби, ворожі почуття до себе, незадоволеність собою, гнів, безпорадність і залежність (Матреницький В., 2020). Такі люди важко переживають тривогу, непристосовані до життя, з великим болем відчують власну недосконалість та мають пасивно-агресивну поведінку. В таких осіб можна побачити прагматичний тип мислення, обмеженість фантазій, залежність від іншого, залежність від оцінки іншими, низька впевненість у собі. Для них не характерна позитивна оцінка себе та свого життя, немає самостійності і вони не в змозі протистояти суспільному тиску. Також присутня інфантильність,

пасивність, стримуюча агресія та підвищений рівень домагань разом з залежністю від інших. Вони схильні визнавати свою точку зору як помилкову, відповідно до самопокарання і навіть до самоагресії (Матреницький В., 2020).

В. В. Blomberg описував онкопацієнтів як таких, які захищаються, тривожні, контролюючі; такі, що не можуть відпустити свою напругу. Часто в них можна побачити наступні риси: мазохістичність, подавлена сексуальність, подавлене материнство, неможливість розрядити та управляти своїм гнівом, конфліктність з мамою, прокрастинація лікування (Березянська В. В., 2018).

На основі власних досліджень L. Temoshok ввела тип особистості для онкохворих «С» (від лат. cancer – рак і tyros – образ), головною рисою котрих є емоційна закритість, особливо в стресових ситуаціях. (Temoshok L., 2017) Вчена зазначає, що в анамнезі онкологічних пацієнтів зазвичай знаходять психотравмуючі події та стресові реакції на них.

Неможливість людини адекватно відреагувати на травму чи стресові обставини життя призводить до почуття безпорадності, не здатності долати емоції, та власні почуття, призводить до актуалізації механізмів психологічного захисту по типу заперечення та витіснення, котрі є характерними для онкологічних хворих.

L. Temoshok дійшла висновку, що неефективна здатність особистостей типу «С» впоратися зі стресами призводить до все більшого наростання стресу, що в свою чергу посилює властивості особистості «С». Базуючись на описі декількох тисяч онкохворих, вона описала і дала назву типовому онкохворому. Нею були встановлені наступні типові психологічні характеристики: подавлення негативних почуттів; пасивність у стосунках; орієнтовані на бажання інших; бояться конфліктів; поведінка жертви; відчай та безпорадність; подавлення власних потреб. (Temoshok L., 2017)

О. Саймонтон та С. Саймонтон також виокремили якості та риси особистості, небезпечні для виникнення раку, який називається С-типом особистості, який

включає: схильність до придушення негативних емоцій і приховану залежність від інших, підвищену тривожність, гнівливість, ворожість (особливо свідомо приглушена), автоагресія, емоційна збудливість, песимістичне ставлення до життєвої ситуації, замкненість, виражена доброзичливість і зайва щирість, надмірна готовність допомогти, схильність до депресивних реакцій, релігійність, низька соціальна активність тощо. (Саймонтон К., 2001)

Датський психотерапевт Дж. Бекман запропонував оцінювати характеристики особистості онкохворого за так званою ментальною картою. Він висунув 10 основних психологічних причин онкозахворювання: негативне ставлення до себе та інших; впертість і ригідність характеру; розчарування та підозрілість; образа та нездатність пробачати; почуття провини і самобичування; вразливість і уразливість; заклопотаність і невпевненість; ослаблений контроль за емоціями; нестабільність і агресивність; збудливість і нервозність.

Бекман довів, що наявність будь-якої з цих характеристик знижує опірність організму та може спричиняти онкозахворювання. (Будкіна О. В., 2017)

В лонгітюдному дослідженні R. Grossarth-Maticek встановив, що онкологічні хворі в преморбідному періоді були: покірні, неагресивні, пригнічували свої потреби, пристосувались до негармонійних стосунків, для того щоб зберегти почуття безпеки, нехтуючи собою та підкоряючись домінантним особистостям. (Плескач Б.В, 2009)

С. Bahnsen дійшов висновку, що онкологічні хворі мають наступні особистісні риси:

- наявність дитячої травми, втрати близьких, відсутність безпеки та любові в дитинстві, батьківська холодність, дефіцит уваги;
- саморуйнівні дії, які повторюються і частіше виникають в стресі;
- безвихідь та почуття провини, надмірна критичність стосовно себе;
- формування подвійної особистості.

L. LeShan прийшов до думки про існування чотирьох основних характерних особливостей, пов'язаних з виникненням раку: переживання втрати важливих стосунків; неможливість виражати гнів або образу; велика кількість дистресу; відчуття безвиході та безпорадності. (Березянська В. В., 2018)

Очевидно, що онкологічне захворювання належить до категорії хворіб із високим стресовим потенціалом. Оскільки воно спричиняє часткову чи повну втрату працездатності внаслідок хронічного прогресивного перебігу у кожного шостого пацієнта (79,0 на 100 тис. населення). При даному захворюванні летальність становить 51,3 %, не проживає і року після встановлення діагнозу 31,4 % хворих, смертність становить 188,4 на 100 тис. населення (40,0 % захворілих та 39,2 % померлих – особи працездатного віку серед чоловіків; 26,6 та 19,9 % – серед жінок). Статистичні дані стосовно онкологічних захворювань формують певне ставлення до захворювання загалом, яке сприймається онкологічними хворими як вкрай загрозливе для життя, що і спричиняє розвиток у них широкого спектру порушень психологічної адаптації та розвитку різноманітних психологічних розладів. Якщо врахувати попередні погляди науковців щодо психологічних умов та чинників виникнення онкозахворювання, то очевидно, що ці порушення психологічних процесів набувають ще більшої динаміки під час захворювання, а тим більше у період пандемії коронавірусу. З розвитком онкології особливо актуальними стали питання психоемоційного стану онкологічних хворих. Безсумнівно, злоякісні пухлини – це одне з захворювань, яке містить потужне психоемоційне стресове навантаження. Ця виняткова тяжкість пояснюється тим, що для більшості пацієнтів та їх родичів слово „рак” є прямим синонімом приреченості, смертельним вироком.

Завдяки дослідженням, проведеним в руслі нового напрямку сучасної психосоматики „психоонкології” (С. Грір, М. Давидов, Т. Левін, В. Кисан, Дж. Холланд), було показано, що якість життя онкологічних хворих має велику

прогностичну значущість щодо виживання. В останні роки російськими вченими аналізуються дані про взаємозалежність між важкими соматичними захворюваннями і патопсихологічними і психічними розладами, які впливають на тяжкість стану, прихильність до традиційних методів лікування, ступінь дезадаптації і тривалість життя (Н. Билкіна, М. Блінов, В. Васіянова, В. Гузев, Т. Дорохова, Т. Марілова, В. Менделевич, Р. Овчарова, В. Семко, В. Чулкова). Багато наукових наробок присвячено виявленню психологічних чинників, пов'язаних з особливостями перебігу хвороби, що сприяють продовженню періодів ремісії і зниження ризику рецидиву хвороби. Недостатня увага приділяється психосоціальним чинникам, що визначають успішну адаптацію до хвороби, виявленню психологічних ресурсів подолання рецидивів.

На всіх етапах лікувального процесу онкологічних хворих спостерігаються психологічні реакції, що відрізняються тяжкістю, проявами та психологічним змістом. Тяжкість реакції коливається від легкої (складні та очевидні неврологічні розлади, що наближаються до рівня невроту), до важкої (інтенсивність переживань стає значною, майже досягаючи рівня психозу). Середнє положення займає помірний ступінь вираженості, що відповідає рівню невротизму. Найбільш виражений розлад при цих реакціях - тривога, що досягає іноді рівня жаху, безрадінний, сумний настрій, глибока туга, апатія, іноді тужно-злісний настрій. Тяжкість реакції та її симптоми в основному пов'язані з тим чи іншим етапом лікувального процесу та преморбідними особливостями особистості хворих.

Стан онкохворого, безумовно є психологічним конфліктом, оскільки він пов'язаний з прямою загрозою для життя. Зіткнувшись із подібними ситуаціями онкохворі відчувають занепокоєння та страх, коли стикаються з небезпекою. Це призводить до фіксування у них психічних розладів та розгубленості. Захворювання, як загроза для життя, спричиняє високий рівень напруження та зруйнування значущих стосунків. У цій ситуації формуються механізми

психологічного захисту на усунення чи зменшення почуття тривоги. Цей механізм допомагає відмежуватися від надмірних переживань. Виникнення та подальший розвиток психологічного захисту має безліч специфічних механізмів, форм і типів, а саме: „заперечення”, „придушення”, „проекція”, „ідентифікація”, „регресія”, „ізоляція”, „раціоналізація”, „конверсія” тощо. Психологічний захист може бути успішним або неуспішним. Вибір механізму компенсації онкологічними хворими, як правило, несвідомий і пов'язаний з певними преморбідними характеристиками особистості.

Розрізняють п'ять фаз психологічного реагування на виявлення злоякісного новоутворення. Перша стадія (діагностовано неправильно): з'являється після першої гіпотези. Характеризується запереченням хвороби, афазією та твердженням про помилковий діагноз. Друга стадія (дратівливість): настає після постановки діагнозу, що проявляється як бурхливий протест, дратівливість та схильність до образливих проявів стосовно інших або до себе (наприклад, самогубство). Третя стадія (автоматична підказка): характеризується прийняттям того факту, що у пацієнта є злоякісний процес, і тим, що його потрібно тривало лікувати. Четверта стадія (депресія): з'являється після тривалого періоду лікування, що проявляється як поступова втрата надії на одужання, песимізм, депресія та негативні емоції. П'ята стадія (емоційна байдужість): з'являється на заключній стадії захворювання, що проявляється як „примирення” між пацієнтом і долею, приймаючи будь-які результати та появою песимізму, пригніченості і пасивності. (Русина Н. А, 2012)

Е. Kubler-Ross, в свою чергу, також вказала на п'ять фаз психологічного реагування на виявлення онкозахворювання: у фазі шоку хворий психологічно переживає думки про свою майбутню невідворотну загибель. Далі йде фаза заперечення та витіснення ситуації, під час якої хворий не погоджується на правдивість інформації про наявність захворювання. Коли настає фаза агресії,

тоді вже хвороба як факт визнається хворим і тоді людина шукає причину захворювання і винних. Фаза депресії передбачає так звану «торгівлю».

Онкохворий розпочинає внутрішні діалоги з Богом, долею про продовження життя. На цій фазі проявляється погіршення настрою, пригадування образ в минулому, незавершених конфліктів. На цій фазі переважають переживання втрати звичного укладу життя, розпач від краху планів на майбутнє. Після фази депресії слідує фаза примирення з долею та переоцінки цінностей. На цій фазі онкохворий бере відповідальність за обставини своєї недуги та життя. Ці стадії людина проходить не у строгій послідовності, вона може проживати їх у змінній по черговості. (Зливков В.Л., 2016)

Онкологічне захворювання спричиняє серйозні психологічні та соціальні наслідки в житті людини. Стрес, який отримує пацієнт під час діагностування, лікування та під час ремісії онкологічної хвороби, має значний вплив на його емоційний стан. Інтенсивність цього впливу визначається індивідуальними здібностями до психосоціальної адаптації у нових умовах життя. Аналізуючи вітчизняні та зарубіжні дослідження у цій сфері, а саме праці Н.Н.Блинова, С.А. Місяк, Jacobsen, Holland, можна констатувати, що спосіб реагування на захворювання може знижувати чи підсилювати емоційний стрес онкохворого. (Сергент І., 2020).

В.Д. Менделевич виділяє параметри, за якими можна оцінити психологічне ставлення онкохворого до своєї хвороби, а саме: вірогідність смертельного результату; вірогідність інвалідизації та хронічного перебігу хвороби; больова характеристика хвороби; необхідність радикального або паліативного лікування; вплив хвороби на можливість підтримувати колишній рівень спілкування; соціальна значущість хвороби і традиційне ставлення до хворого з боку його соціального оточення; вплив хвороби на сімейну та сексуальну сферу; вплив хвороби на сферу розваг та інтересів; можливість побачити, що захворювання

важке та охоплює всі сфери життєдіяльності особистості. (Менделевич В.Д., 1999) Для онкологічних хворих важливим фактором соціальної та психологічної адаптації до захворювання є не тільки безпосереднє сприйняття загроз життю на момент постановки діагнозу, а й довгостроковий характер цієї загрози в майбутньому, а також довгострокове, тривале та токсичне лікування.

Дослідники Lutgendorffetal., В.Н.Герасименко пов'язували зниження адаптивності онкологічних хворих із захисними стратегіями, спрямованими на уникнення стресу (відмова, уникнення, самозвинувачення). Тривога, пов'язана із актуальним станом та занепокоєність майбутнім лікуванням є причиною сповільненої адаптації пацієнта. Цей рівень тривожності у онкологічних хворих супроводжується вегетативною нервовою реакцією. Вона є важкою за відсутності здатності онкохворих сприймати та адаптуватися до неприємних емоцій. Вони часто звертаються до «раціоналізації», відкидаючи емоції, спрямовують тривогу на неконструктивну активність. При цьому усвідомлення онкологічним хворим наслідків його хвороби суттєво впливає на його психологічну адаптацію. (Сергент І.В., 2020)

А.Є.Личко і Н.Я.Іванов пропонують для дослідження динаміки психологічної адаптації онкохворих до стресу таку класифікацію, що розкриває чуттєвий, поведінковий, емоційний, мотиваційно-вольовий і інтелектуальний компоненти особистості. Захворювання вносить у життя людини такі зміни, які торкаються не лише її фізичного стану організму, але й нову соціальну ситуацію розвитку подій, зміну утворених патернів поведінки та діяльності, руйнування соціальних контактів. Така ситуація впливає на активізацію психічних процесів до її осмислення, розуміння себе у ній. Це вносить певні деформації в особистісну ідентичність. На тілесному рівні при даному захворюванні людина може переживати фізичний дискомфорт, біль. В цьому випадку адаптація до хвороби може супроводжуватися іпохондричністю, стурбованістю станом свого тіла,

оскільки є реальна загроза життю. За відсутності доступної для онкохворого інформації про хворобу, враховуючи непередбачуваний перебіг хвороби, прояви будь-яких фізичних симптомів, він може вважати, як загрозу для його життя. Страх, який супроводжує під час онкозахворювання, призводить до того, що людина не хоче знати про цю хворобу і несвідомо захищається від неї за допомогою "заперечення" та "витіснення". З іншого боку для того, щоб контролювати захворювання, хворі часто хочуть мати інформацію про хворобу. При цьому протиріччі: «бажання знати» і «страх знати», хворий «бажає знати» тільки «сприятливу» для себе інформацію. Емоційною складовою внутрішньої картини хвороби онкохворого перш за все є страх смерті, болю і всіх тих різноманітних втрат і змін в житті. До страху додаються також і інші негативні емоції: занепокоєння, тривога, образа, гнів, почуття провини і сорому, а також емоційні стани агресії і депресії. Тривога та депресія, якими часто страждають хворі на рак, є показниками психічного болю. (Левицька Л. В., 2013)

Мотиваційно-вольовий компонент психологічного регулювання онкохворого проявляється через надію та терпеливість в очікуванні видужання і складного та неприємного процесу лікування. Часто мотивуючі висловлювання хворого про одужання і подолання хвороби розбігаються із їх реальними мислено-емоційними установками. Спочатку хворий делегує лікарю контроль над ситуацією. Однак, щоб дійсно одужати, онкохворому необхідно мати свій власний контроль. Це призводить до процесу обмірковування сенсовості хвороби, змісту свого життя, щоб переосмислення допомогло сформувати нові підходи до життя в умовах хвороби.

На етапах лікування у онкохворих проявляються певні психологічні реакції. Їх поділяють за рівнем глибини на такі типи: легкого ступеня прояву; важкого ступеня прояву; середнього ступеня прояву. Відповідно до типів прояву цих психологічних реакцій у клінічній психології виокремлені десять основних видів

патопсихологічних реакцій: тривожно-депресивний, тривожно-іпохондричний, астено-депресивний, астено-іпохондричний, obsесивно-фобічний, ейфоричний, дисфоричний, апатичний, деперсоналізаційно-дереалізаційний і параноїдний синдроми. Основними психопатологічними симптомами при цьому є наступні: тривога, знижений настрій, астенія, іпохондричність, апатія, дисфорія. (Злишков В.Л., 2016)

Стійке та виражене емоційне напруження онкохворі переживають також при такому етапі лікування як проведенні хіміотерапії з її побічними ефектами. Так, наприклад, дослідження щодо цього питання проводилося на базі урологічного відділення Ростовського науково-дослідного онкологічного інституту з вересня 2013р. по квітень 2014р. У дослідженні взяли участь 32 пацієнта (12 жінок (середній вік 55 ± 5 років) і 20 чоловіків (середній вік 58 ± 7 років)). Результати проведеного дослідження показали значний вплив хіміотерапії на емоційний стан хворих з онкологічною патологією, яке виявлялося у вигляді наростання депресивної симптоматики і тривоги. Крім того, у дослідженнях Козловим Н.В і Андросовою Т.В. було показано, що наявність високої тривожності і депресивної симптоматики у онкологічних хворих пов'язано зі зниженням якості життя в зв'язку із захворюванням. При оцінці даних дослідження були виявлені наступні скарги: на зниження настрою, на порушення сну, на зниження апетиту, на погіршення пам'яті, на наявність постійної сильної слабкості. Думки про фізичну і соціальну неповноцінність набували домінуючий і навіть надцінний характер. Результати цього дослідження показали, що при порівнянні показників до і після застосування курсу хіміотерапії було виявлено погіршення стану пацієнтів за показниками самопочуття, активності і настрою за шкалою Гамільтона, а також госпітальною шкалою депресії і тривоги. (Заика Е.В., 2003)

В ході цього дослідження було виявлено, що у осіб, які страждають на

онкологічну патологію, відзначалися зміни психоемоційного стану у вигляді депресивної симптоматики (90%). Найчастіше виявлялися занепокоєння, страх і тривога. Ситуація із емоційним станом онкохворих після застосування хіміотерапії також ускладнюється через її побічні ефекти. В результаті у пацієнтів виникає важкий психологічний стан, який можна визначити як зниження життєвого тону, відсутність бажання і спроможності до життя.

На думку К. Саймонтон і С. Саймонтон важливим у емоційному регулюванні є ставлення хворого до власної хвороби. На його думку у пацієнта може проявлятися емоційна стійкість в процесі лікування та у важких моментах лікувального процесу. Однак, реакція на захворювання та процес лікування є унікальним для кожного. Не можна говорити однозначно про емоційну реакцію у всіх онкохворих. (Саймонтон К., 2001)

Деякі автори висловлюють думку про те, що в анамнезі онкологічних хворих, явно простежується сильний стрес в молодшому шкільному віці. У зв'язку з чим, для подолання стресових ситуацій у дитинстві можуть формуватися певні стратегії, які «перекочувавши» у доросле життя перестали бути усвідомленими і обмежують можливості копінг-поведінки. Сформовані поведінкові патерни поширюються і на емоційну сферу, викликаючи утруднення в усвідомленні свого емоційного стану.

Онкологічним хворим властиві такі загальні психологічні особливості як «труднощі емоційного і раціонального сприйняття і реагування на стресову ситуацію, а головне, схильності займати інфантильну позицію». (Місяк С. А., 2016) «Інфантильність», в даному контексті, автори трактують, не просто як бачення світу очима «дитини», а свого роду психологічний профіль онкохворого. Особистості з подібним психологічними характеристиками, зазвичай перекладають відповідальність за своє життя і вчинки на інших людей. Вони не здатні контролювати свої почуття і бажання, володіють низьким рівнем психологічної грамотності, що виражається в невмінні конструктивно ставитися до труднощів, так

само адекватно реагувати на різні життєві ситуації (Чулкова В.А., 2009). Їм (так само як і дітям) властива тенденція до екстерналізації локусу контролю. Екстернальність більш характерна для дітей, ніж для дорослих, оскільки переклад здатності брати на себе відповідальність тільки починає формуватися в молодшому шкільному віці.

Онкологічне захворювання, з точки зору клінічної психології, відноситься до екстремальних і кризових ситуацій, оскільки має характерні для таких ситуацій риси: раптовість виникнення при наявності вітальної загрози, відсутність контролю над ситуацією, стадійність перебігу реакцій на захворювання, невизначеність майбутнього, руйнування картини світу. Ці ознаки створюють абсолютно особливі переживання людини. Відповідно до сучасного наукового мислення, екстремальні та кризові ситуації визначаються як внутрішні психічні стани, що є надзвичайно інтенсивними за рівнем переживання. Спільним моментом для екстремальних та кризових ситуацій є те, що вони небезпечні для особистості людини та супроводжуються можливими психічними травмами, і можуть призвести до різних форм дезадаптації. Однак, між екстремальними та кризовими ситуаціями є різниця. (Бочаров В.В., 2004)

В екстремальних та кризових ситуаціях стратегії подолання, які людина засвоює у житті, можуть бути важливим інструментом для відновлення психічної рівноваги. Стратегії подолання (копінг, копінг стратегія) зазвичай розглядаються як дії, до яких люди вдаються, коли стикаються з стресовими ситуаціями та кризами. Ця категорія поєднує когнітивні, емоційні та поведінкові стратегії для подолання стресових та важких ситуацій. В 1962 р. Л. Мерфі вперше запропонував термін " копінг стратегія" для опису поведінкової реакції дітей, що долають кризові періоди розвитку. Після нього Р. Лазарус використав цей термін у своїй

книзі "Психологічний тиск і процес подолання", щоб описати стратегії свідомої поведінки для подолання стресу та його подолання. (Lazarus R. S., 1991)

Існують такі відомі підходи до трактування поняття копінгу – психоаналітичний, диспозиційний, трансакційний та ресурсний. Відповідно до психоаналітичного підходу, копінг є одним із захисних механізмів, що використовується людьми для зняття стресу. Він є виключно автоматичною реакцією, при якій не задіяні емоційні та когнітивні процеси. Диспозиційний підхід поняття копінгу трактує як стабільну здатність людини певним чином реагувати на загрозу. На думку К. Шефера і Р. Горзуха, людина схильна до постійності у виборі методу подолання труднощів протягом тривалого часу, оскільки її особистісні риси майже не змінюються в цей період. (Киреева М. В. , 2012)

Контекстуальні або динамічні методи фокусуються на процесі подолання стресу і досліджують особливі стратегії, які змінюються в конкретних ситуаціях. Цей метод враховує більш мобільні та мінливі фактори ситуації, які визначають вибір копінг стратегій. Згідно цього методу, людина в одному випадку використовує один підхід до подолання, наприклад, емоційні стратегії, тоді як в інших випадках вона використовує стратегію вирішення проблем, змінюючи ставлення «особистість-середовище». Р. Лазарус є одним з основних прихильників такого ситуативного підходу. У своїй трансакційній теорії він розглядає подолання стресу як процес, і в той же час підкреслює його особливість у конкретних ситуаціях. (Lazarus R. S., 1991) Когнітивні психологи звертають особливу увагу на два когнітивні процеси - оцінку та подолання стресу. У цьому випадку оцінка означає визначення значимості стресової ситуації, а «копінг» - використання додаткових поведінкових та когнітивних зусиль для задоволення зовнішніх та внутрішніх вимог реальності. (Киреева М. В., 2012) При цьому між собою взаємодіють традиційні уявленнями про певне

явище чи подію та індивідуальні властивості людини, її самооцінка, життєвий досвід. У цій взаємодії копінг-процеси є посередниками. Сучасна модель Р.Лазаруса, удосконалена К.Glanz (2002 р.), набула широкого застосування у сфері формування здорового способу життя та збереження психологічного здоров'я особистості (табл.1.1).

Таблиця 1.1

Удосконалена К. Glanz транзакційна модель стресу та копінгу Р.Лазаруса (Зливков В.Л., 2016)

Поняття моделі	Визначення
Первинна оцінка	Оцінка значущості стресору чи проблемної ситуації
Вторинна оцінка	Оцінка керованості стресору і ресурсів людини, необхідних для подолання труднощів
Копінги	Актуальні стратегії, які використовуються в якості посередника у первинному і вторинному оцінюванні
Управління проблемами (копінги, фокусовані на проблемі)	Стратегії, спрямовані на зміну стресової ситуації
Емоційна регуляція (копінги, фокусовані на емоціях)	Стратегії, спрямовані на зміну думок, емоцій, переживань стосовно стресової ситуації
Копінг, сфокусований на змісті	Стратегії копінгу, що зумовлюють виникнення позитивних емоцій навіть у найскладніших життєвих ситуаціях та полягають у тому, що попри проблеми, людина знаходить сенс свого існування, ставить перед собою нові життєві цілі
Результат копінгу	Емоційне благополуччя, гарний фізичний стан, здоровий спосіб життя
Диспозиційні копінгові стилі	Узагальнені способи поведінки, які можуть вплинути емоційні та функціональні реакції людини на стресор, відносно стабільні у часі і ситуаціях
Оптимізм	Схильність очікувати на позитивний перебіг різних ситуацій
Пошук інформації	Уважність, активне втручання у ситуацію на протигагу її уникненню і втечі від проблем

Загалом, підсумовуючи розгляд питання про вплив онкологічного захворювання на емоційне життя онкохворих пацієнтів, можемо ствердити, що дане захворювання є стресотворним та кризотворним. Воно має в своїй етіології певні психологічні передумови та чинники виникнення, що стосуються особистості онкохворого та його реакції на внутрішні та зовнішні конфлікти. В процесі захворювання та лікування ці особливості можуть загострюватися у проявах та впливати на виникнення у хворого різних психологічних розладів, зокрема тривоги

та депресії. Для адаптації та подолання труднощів у лікуванні та ремісії онкохворими пацієнтами можуть застосовуватися різні копінг-стратегії. Копінг можна визначити, як сукупність когнітивних, емоційних та поведінкових зусиль онкохворого пацієнта, спрямованих на подолання труднощів у його взаємодії з навколишнім середовищем, особливо стосовно подолання хвороби. Важливими особливостями копіngu є його усвідомленість і цілеспрямованість. Варто зазначити, що копінг тісно пов'язаний з типом та особистими характеристиками людини, що дуже впливає на вибір стратегій подолання. При цьому когнітивні зусилля можуть бути спрямовані онкохворим пацієнтом на вивчення стресової ситуації (факт захворювання), впорядкування та визначення послідовності дій у ситуації стресу, розгляд альтернатив вирішення проблеми. Щодо емоційних зусиль у копінг поведінці, онкохворий пацієнт може шукати емоційну підтримку у близьких, виявляти та проживати автентично свої емоції у стресовій ситуації та усвідомлювати свої переживання. Поведінкові зусилля можуть допомогти онкохворому досягти бажаного результату. Для емпіричного дослідження копінг стратегій онкохворих було обрано опитувальник Д.Амірхана «Індикатор копінг-стратегій».

1.3. Вплив коронавірусної пандемії на емоційне благополуччя

У науковому журналі The Lancet наводилися результати дослідження про вплив ізоляції на психологічний стан людини. Дана проблема розгорнута у понад двох десятках статей, які розкривали питання про вплив та наслідки карантину на ментальне здоров'я людини. Більшість статей висвітлює думку про те, що ізоляція призводить до різноманітних психологічних наслідків, а саме підвищеної тривожності, безсоння і емоційних розладів, а також посттравматичного синдрому (ПТСР) і депресії. Дана проблема залишається актуальною на сьогодні. Очевидно, фізичне та психічне здоров'я взаємопов'язані, тому, очевидно, психологічне благополуччя зазнає сьогодні значного негативного впливу в умовах

коронавірусної пандемії.

Проблема емоційного стану та благополуччя під час коронавірусної пандемії COVID-19 вивчалась такими науковцями як Но С.С., Parodi S.M., Lui V.X., Rubin G.J., Wessely S., Varnum P., Lima C.K., Carvalho P.M., Lina I.A., Lai J., Ma S., Wang J., О.М.Бойко, Т.І.Медведевою, С.М. Єніколоповим, О.Ю. Воронцовою, О.Ю.Казьміною, М.Ю. Сорокіним, Є.Д. Касьяновим, Г.В. Рукавішніковим, К.В. Федосенко та ін.

За існуючими теоретичними підходами, психологічне благополуччя як поняття є суб'єктивним відчуттям цілісності та усвідомленості буття, а також суб'єктивним відображенням людиною власних можливостей. У своїх дослідженнях К.Ріфф поняття психологічного благополуччя описує наступними параметрами: позитивне ставлення до оточуючих (емпатійне прийняття інших); самоприйняття (вдоволення собою та власним життям); автономія (незалежність суджень та здатність протистояти соціальному тиску); особистісне зростання (відкритість до змін, саморозвиток); компетентність у керуванні середовищем (уміння переборювати труднощі, ускладнення); життєві цілі (осмисленість життя та власних життєвих цілей).

Тема психологічного благополуччя вивчалася такими вченими як Е. Дісі, Р. Райан, К. Ріфф, Л.В. Жуковська, Д.О. Леонт'єв, Я.І. Павлоцка, І.Г. Самохвалова, О.А. Ідобаєва, П.П. Фесенко та ін.. Зокрема вивченню питань сутності психологічного благополуччя та його складових присвятили свої дослідження такі науковці як Е.Дісі, Р.Райан, К.Ріфф, Л.В.Жуковська, Є.Г. Трошихіна, П.П. Фесенко, Т.Д. Шевеленкова). Вони вивчали також питання взаємозв'язку психологічного благополуччя та самоефективності, рефлексивності, поведінки у стресових ситуаціях тощо. (Рибалка В.В., 2020)

За поглядами Н. Бредберна, важливою складовою психологічного благополуччя є поняття «суб'єктивного благополуччя». Воно трактується як

інтелектуальна оцінка людиною задоволеності різними сферами свого життя та її емоційне самоприйняття. (Тітов І. Г., 2020)

Ще інший підхід до вивчення психологічного благополуччя зустрічаємо у дослідженнях Е. Дісі, Р. Райан, П.П. Фесенко, Т.Д. Шевеленкова, О.А. Ідобаєва та ін. Вони розглядають психологічне благополуччя як результат впливу на задоволення людиною її базових потреб соціальної ситуації. Несприятлива соціальна ситуація впливає на психологічне благополуччя людини, провокуючи так званий «соціальний стрес». Він виникає в умовах недостатньої або загрозливої інформації та проявляється через різні стресові реакції, а саме: тривога (занепокоєння, рефлексії щодо цього занепокоєння); незадоволені інформаційні потреби (постійний пошук інформації стосовно загрозливого фактору); зусилля щодо захисту (дії щодо уникнення впливу загрози, захисту себе та близьких); політичні вимоги (боротьба проти шкідливих / загрозливих факторів); реактивно-психотична реакція (різні перцептивні відхилення, магічнемислення). (Василенко Е. А., 2019)

У своїх дослідженнях О.О. Василенко вказує на основні групи соціальних стресорів. Стрес може виникати як під впливом окремої групи стресорів, так і при поєднанні кількох груп. Соціальний стрес в умовах коронавірусної пандемії значно зріс та має на сьогодні домінуючий вплив на життєдіяльність, психічний стан та здоров'я людини.

Якщо взяти до уваги психологічне благополуччя онкохворих в цих умовах, то можна припустити, що воно зазнало значного впливу через поєднання таких стресорів як зміна соціального статусу / входження у нові соціальні групи через обмеження працездатності в наслідок онкозахворювання; переробка інформації (невизначеність, недостатність, недостовірність оскільки саме захворювання має значну етіологічну невизначеність, так само як і лікування вірусу Covid-19; війна, участь у бойових діях, катастрофи, вимушене переселення; міграція та еміграція; з

терористична та кримінальна загрози; екологічна та техногенна катастрофи; проблеми досягнень та самореалізації особистості онкохворого в умовах часткової чи повної втрати працездатності.

Будь який стресор у випадку його оптимального впливу може призводити до адаптації людини в умовах, що змінилися. Натомість надмірний вплив одного чи групи стресорів може спричиняти дезадаптацію особистості та порушувати її психологічне благополуччя. Підрозділом ООН з пошуку рішень стабільного розвитку у доповіді про щастя (World Happiness Report), що публікувалася (UN Sustainable Development Solutions Network) у 2020 році, найбільш щасливою країною визнано Фінляндію. Наступними за нею йдуть Данія, Швейцарія, Ісландія та Норвегія. Наша країна в цьому рейтингу посіла лише 138 місце (Helliwell, Layard, Sachs & De Neve, 2020). У нашому дослідженні ми припускали, що на емоційний стан онкохворих пацієнтів впливає сукупність різних чинників, в тому числі процес пандемії коронавірусу та його наслідки. Психологічне благополуччя може бути індикатором емоційного стану людини, тому важливо дослідити, яким чином і як впливає процес пандемії Covid-19 на емоційний стан онкохворих пацієнтів. (Литвинчук А., 2020)

Вчені Гарвардського університету, провівши протягом 80 років дослідження щастя, виявили, що щасливою і здоровою людина відчуває себе при наявності у житті якісних взаємостосунків. (Waldinger, 2020) Дослідник Р. Уолдінгер ствердив, що взаємини з людьми є особливо важливими для того, щоб особа почувалася щасливою. Окрім наявності самих стосунків, важливою є їх якість. Очевидно, якісні стосунки можуть покращувати самопочуття людини, що у свою чергу впливатиме на переживання емоційного благополуччя. (Waldinger, 2020) Якщо брати до уваги ці результати досліджень, то в умовах пандемії як кількість так і якість взаємостосунків зменшилася. Для онкохворих, які виявляють у стресових та кризових ситуаціях такі захисні реакції як ізоляція та уникнення, такі умови значно

знижують показник психологічного благополуччя. (Литвинчук А., 2020)

У Науково-дослідному інституті щастя в Копенгагені (Happiness Research Institute), науковці, вивчаючи поняття щастя, виявили, що слід розрізняти почуття щастя тут-і-тепер і почуття щастя загалом. Почуття щастя тут і тепер вимірюється афективним (емоційним) виміром, а почуття щастя загалом - когнітивним (пізнавальним). Афективний (гедоністичний) вимір щастя визначається повсякденними емоціями людини; когнітивний – роздумами та аналізом власного життя. В межах їхнього дослідження було виокремлено третій вимір щастя – евдемоністичний.(Wiking, 2019) Цей вимір спирається на аристотелівське визначення щастя, як осмислене та цілеспрямоване життя. Тобто, застосувавши результати цього дослідження, можна зробити висновок, що на відчуття психологічного благополуччя людини впливають такі її здібності як емоційне регулювання, когнітивні здібності та екзистенційна осмисленість. Саме ці здібності виявляються порушеними у онкохворих. З іншої сторони пандемія коронавірусу, вплинувши на фізичне здоров'я через вплив на нервову систему, виявила значний вплив на психічне здоров'я людини. До цього додалися обмеження пересування, соціальних контактів та невизначеність у ритмі щоденного життя, що вплинули на психологічний стан. Значно зросла статистика клінічних симптомів, а саме - порушення сну, тривожність, страхи і неврози.

Дослідники з різних країн світу вказують на значний вплив пандемії COVID-19 на емоційний стан інфікованих людей та їхніх родин, осіб груп ризику. Дані досліджень вказують на високий рівень стресу серед населення, тривоги, депресії, порушення сну, низький рівень довіри до компетентності лікарів через брак достовірної інформації про вірус, загострення психопатологічної симптоматики та психологічних труднощів, що можуть зберігатися й після одужання. Крос-культурні дослідження впливу пандемії на психологічне благополуччя виявили та узагальнили найбільш характерні психологічні симптоми у досліджуваних.

Так, наприклад, дослідження серед населення Китаю під час спалаху коронавірусної хвороби, що проводилися Qiu J. та співавторами у 2020 році, засвідчили, що 29,3% респондентів пережили помірний дистрес, 5,14% - сильний дистрес згідно «Індексу перитравматичного дистресу від COVID-19» (“COVID-19 Peritraumatic Distress Index”, CPDI). (Cao, 2020)

Вибіркове опитування осіб у віці від 18 до 90 років в Італії показало, що 17% з них мали високий рівень депресії під час пандемії COVID-19, а у 15,8% - дуже високий рівень депресії; у 7,2% осіб - високий рівень тривожності і відповідно у 11,5% - дуже високий рівень тривожності; 14,6% осіб зазнають сильного стресу і 12,6% - високий рівень стресу (Mazza C. та співавтор, 2020). При цьому були виявлені такі взаємозв'язки між емоційним станом та соціальними чинниками в умовах пандемії: на високий рівень депресії впливає низький рівень освіти, жіноча стать, безробіття, відсутністю дітей, наявність знайомих, які інфіковані COVID-19, наявність у минулому стресових ситуацій і проблем зі здоров'ям, сила негативної афективної реакції на пандемію та відчуженість; на високий рівень тривоги впливає молодий вік, жіноча стать, наявністю інфікованого члена сім'ї, наявність в минулому стресових ситуацій і проблем зі здоров'ям, сила негативної афективної реакції на пандемію та відчуженість; на високий рівень стресу впливає молодий вік, жіноча стать, вимушеність йти на роботу під час пандемії, наявність знайомих, інфікованих COVID-19, наявність стресових ситуацій і проблем зі здоров'ям в минулому, сила негативної афективної реакції на пандемію та відчуженість.

Аналіз японських дослідників тривоги, страхів та непевності в ситуації виникнення нового коронавірусу порівняно з минулими надзвичайними ситуаціями в Японії, (Shigemura J. та співавтори, 2020) дозволив виокремити очікувані наслідки впливу пандемії на психічне здоров'я та виділити при цьому вразливі групи населення. Найпоширенішими реакціями виявилися дистрес, посттравматичний

стресовий розлад, тривожні розлади, депресія та соматизація. Вразливими групами населення виявилися інфіковані та хворі пацієнти, члени їхніх сімей, їхні колеги, особи з певними психічними чи фізичними вадами а також медичні працівники.

У Туреччині дослідження впливу пандемії COVID-19 на психологічний стан людей показало, що 52,7% опитаних оцінили загальний вплив як помірний та сильний, у 18,6% були виявлені помірні або виражені депресивні симптоми; у 26,5% опитуваних виявлені помірні та сильні симптоми тривоги; для 7,9% опитуваних був характерним помірний та виражений рівні стресу (Mustafa N., 2020). 88,2% респондентів 20–24 години на добу перебували вдома; 78,4% опитуваних були стривожені контактами їхніх близьких з людьми, інфікованими COVID-19.

Дослідження науковців з Індії демонструє основні психологічні впливи пандемії COVID-19 (Halder S. & et al., 2020): стурбованість і тривога за власне здоров'я та здоров'я близьких; постійна стурбованість щодо фінансових втрат під час карантину; зміни в режимі сну або їжі; утруднення концентрації та роздратування; страхи та фактичне загострення хронічних проблем зі здоров'ям.

Окрім самого вірусу на психологічний стан людей виявив вплив карантин як обмеження пересування людей та соціальних контактів. Науковці з Великобританії (Brooks S. та інші, 2020) проаналізували психологічний вплив карантину та виявили специфічні стресові чинники: тривалість ізоляції (більше 10 днів призведе до вищого ризику розвитку симптомів посттравматичного стресу); страх зараження, особливо серед вагітних жінок та жінок з малими дітьми; відчуття розчарування, нудьги та ізоляції; недостатня кількість запасів може викликати тривогу та гнів протягом 4-6місяців; недостатня інформація та відсутність чітких інструкцій.

Українські дослідники виявили наступні особистісні відповіді на пандемію та карантин: образа (на коронавірус, уряд, соціальні служби, на весь світ); агресія та роздратування (до уряду, соціальних служб, лікувальних закладів, самого себе);

небажання повертатися до колишнього розпорядку дня, в колектив, до роботи в офісі; зловживання алкогольними та лікарськими засобами, іпохондрія; розчарування у собі, знижена самооцінка; закритість і недовіра до інших, підвищена чутливість до соціальної дистанції, страх перед соціальними контактами; часті зміни настрою і неможливість на них вплинути (наприклад, апатія та пригніченість, а потім збудженість та схвильованість); залежність від новин; відчуття безпорадності та пасивність, втрата автономності; порушення професійної та особистісної ідентичності; розгубленість (на рівні думок людина не може зосередитися і виконувати розумові завдання, до яких звикла). (Практичний порадник для фахівцівдержавної служби зайнятості, 2020)

Психіатри зі Шрі Ланки припускають, що ПТСР в умовах пандемії COVID-19 не є значно поширений серед широкої громадськості, так як інші види психологічних наслідків: депресія, тривога, горе, адикція, безсоння, поведінка уникання, постійне миття рук та розвиток психозу (Ellepola A., Rajapakse, R. P., 2020).

Таким чином, підсумовуючи дослідження впливу коронавірусної пандемії на психологічний стан людини, можна зауважити часті прояви таких психологічних симптомів, як негативні афекти, дистрес, посттравматичний стресовий розлад, тривожні розлади, депресія, соматизація, безсоння, поведінка уникання, постійне миття рук та розвиток психозу. За дослідженнями пацієнтів з COVID-19 було виявлено, що депресія спостерігалася в 49,06% випадків, тривога - в 56,60%, розлади сну - в 67,92%, а в 24,53% випадків були зареєстровані факти само пошкоджень і самогубств. (Литвинчук А., 2020)

Очевидно, такі впливи пандемії викликали зниження почуття психологічного благополуччя у всіх людей, а особливо у вразливих груп населення, до яких можна віднести онкологічних пацієнтів. Для дослідження зміни психологічного благополуччя у онкохворих під час пандемії коронавірусу було обрано для

застосування опитувальник Крихкості щастя, розробленого дослідником Mohsen Joshanloo (Fuagility of Happiness).

Наукові дослідження виявили також вагомі чинники, які опосередковано впливають на емоційний стан людини у зв'язку з пандемією та карантинном. Вони ускладнюють психологічну адаптацію та знижують опірність, відновлюваність. Такими чинниками можуть бути виявлені: зміна способу життя (комендантська година, самоізоляція, соціальна дистанція та карантин); дезінформація про походження вірусу, масштаб, ознаки, симптоми, передачу, профілактику та лікування; глобальна криза; обмежені пересування; напруження на роботі у зв'язку із контактами; обмеження участі у релігійних, спортивних, культурних та розважальних заходах; надмірна завантаженість медичних закладів охорони здоров'я; загальний вплив на освіту, політику, соціально-економічну, культуру, навколишнє середовище та клімат. (Mukhtar S., 2020)

Дослідники з Італії виявили фактори, що сприяли психологічному опануванню ефектів пандемії та карантину. До них віднесли: захисні механізми та практика усвідомленості, що допомагають знизити тривогу; особи, які відкриті на прийняття ризику пандемії мають значно нижчий рівень посттравматичних симптомів; травматичні переживання пов'язані з невротичними захисними механізмами (дисоціація); усвідомленість також знижує рівень негативних переживань (афектів), ПТСР, депресії внаслідок керованого перерозподілу уваги.

Про важливість значення емоційної саморегуляції у період пандемії звертає особливу увагу Аносова. Вона зазначає, що саморегуляція психоемоційної сфери в умовах соціальної ізоляції є одним з найважливіших завдань для збереження людиною внутрішньої рівноваги і психічного здоров'я особистості. (Надання психологічної допомоги вразливим групам населення під час та після карантину через пандемію Covid-19, 2020)

Іншим дослідником з Італії Полі наголошується, що психологічний вплив

карантину простежується у порушенні емоційної саморегуляції, здатності оптимізувати власний емоційний стан, керувати емоціями, почуттями та діяльністю з врахуванням актуального емоційного стану (Poli, Conversano, Gemignani, 2020).

Аналізуючи дослідження та погляди вчених на особливості переживання пандемії коронавірусу та соціальної ізоляції, можна підсумувати, що в умовах карантину та непередбачуваності майбутнього зростають такі негативні емоційні стани як тривога, напруга, страх. Ситуація, яка складається у світі ставить перед людиною нові виклики, відповідно змінюються особливості саморегуляції поведінки та діяльності особистості.

Тривала ізоляція та відокремлення від сімей та соціуму має також негативний вплив на психічне здоров'я та благополуччя. Серед проблем, що виникають в умовах карантину, найбільш патогенними для психічного здоров'я є такі: наявність неорганізованого вільного часу; сенсорна депривація й обмеження простору, зниження рухової активності; постійна взаємодія з обмеженим колом людей (часто з однією людиною). Очевидно, у таких умовах актуальним виявляється застосування різних підходів до зміцнення психологічного здоров'я, застосовуючи зокрема регулювання емоційної сфери.

Виділяють такі стратегічні напрямки зміцнення психічного здоров'я під час спалаху COVID-19: ідентифікація груп підвищеного ризику; скринінг психічних розладів; психологічні втручання, які обираються заданими скринінгу; підтримка залучених до спалаху COVID-19 медичних працівників; надання точної та повної інформації; інтеграція медичних і громадських ресурсів.

На етапі психологічного втручання важливою є ефективна регуляція емоцій. Вона має вирішальне значення для зменшення негативних емоцій. Ефективна регуляція емоцій також може протидіяти деяким негативним наслідкам. Наприклад, регулювання емоцій виховує емпатію, співчуття та допомогу у поведінці по відношенню до інших (Eisenberg, 2000; Lebowitz & Dovidio, 2015). Обмін

приємними та позитивними подіями із важливими іншими викликає позитивні афективні стани, які підтримують задоволеність. (Plies, Keeney, & Scott, 2011). Психологічному одужанню сприяє психологічна стабільність. Регулювання емоцій приносить користь, пом'якшуючи психологічний дистрес та підтримуючи процеси відновлення.

Таким чином, актуальним та доречним є вивчення питання розвитку регулювання емоційного стану людини для підвищення рівня психологічного благополуччя. Такі дослідження могли б допомогти визначити набір доказових ідей та практик щодо того, як ефективна регуляція емоцій може допомогти онкохворим справлятися в ці складні часи.

1.4. Теоретична модель дослідження

В результаті теоретичного дослідження питань емоційної регуляції онкохворих в умовах коронавірусної пандемії було розроблено наступну теоретичну модель дослідження. (Рис. 1.4) В даній моделі розглядається вплив захворювання, а також психологічних чинників, що виникли в наслідок коронавірусної пандемії на емоційний стан та його регуляцію у онкохворих. Під **емоційною регуляцією** можемо розуміти способи та підходи до формування метапозиції у пізнанні та усвідомленні власних емоцій людиною і вибір нею відповідної поведінки (стратегії) та ставлення (тактики) у стосунку з ними.

Типовими психологічними характеристиками онкохворих, що могли бути сформовані у минулому в контакті із близькою об'єктною особою є: подавлення негативних почуттів; пасивність у стосунках; орієнтація на бажання інших; страх конфліктів; поведінка жертви; відчай та безпорадність; подавлення власних потреб. Ментальна карта, що описує характеристики особистості онкохворого включає 10 основних психологічних причин онкозахворювання: негативне ставлення до себе та інших; впертість і ригідність характеру; розчарування та підозрілість; образа та нездатність пробачати; почуття провини і самобичування;

вразливість і уразливість; заклопотаність і невпевненість; ослаблений контроль за емоціями; нестабільність і агресивність; збудливість і нервозність.

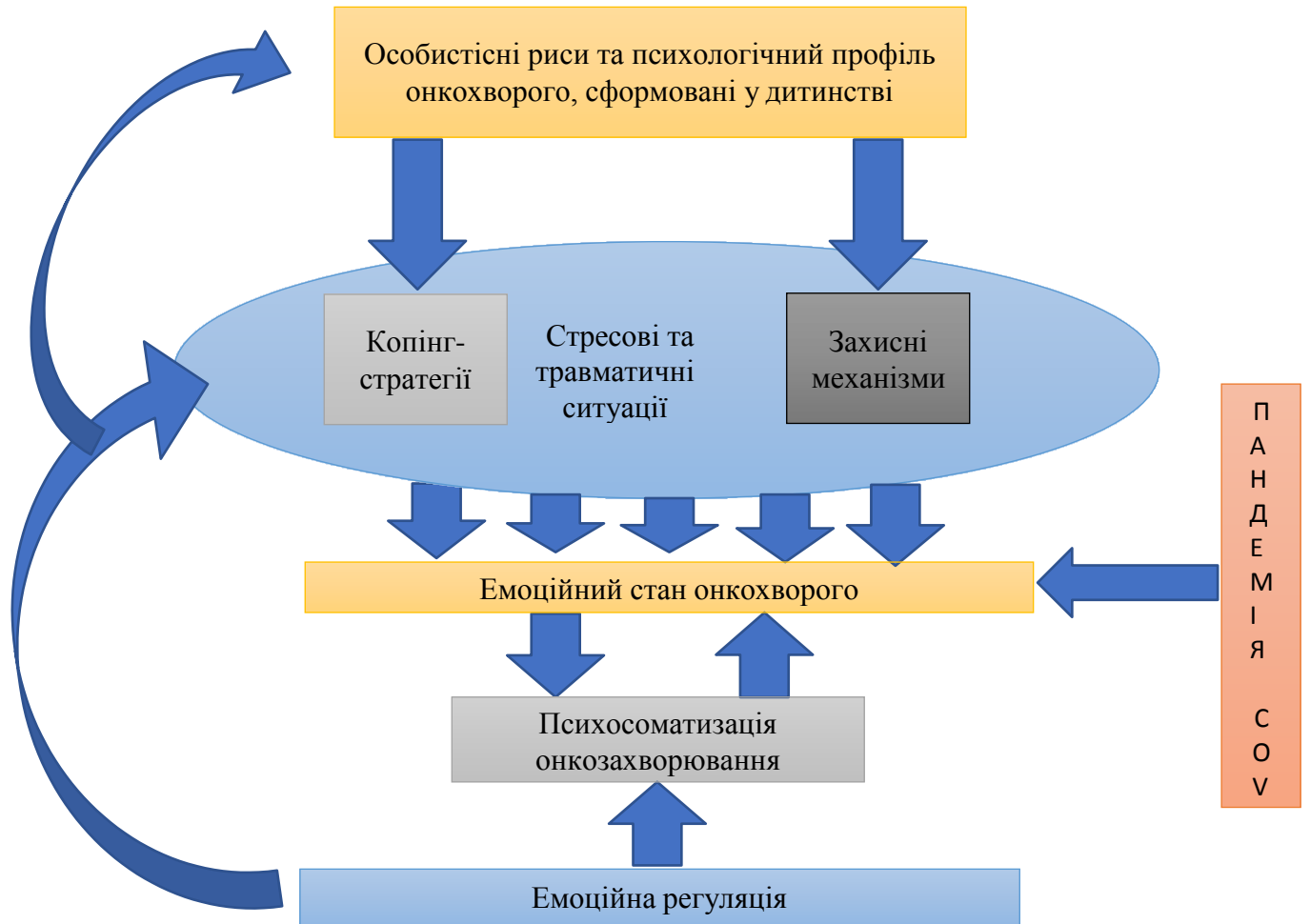


Рис.1.4 Теоретична модель емоційної регуляції онкохворих пацієнтів в умовах пандемії.

Стан онкохворого, безумовно є психологічним конфліктом, оскільки він пов'язаний з прямою загрозою для життя. Зіткнувшись із подібними ситуаціями онкохворі відчувають занепокоєння та страх, коли стикаються з небезпекою. Це призводить до фіксування у них психічних розладів та розгубленості. Захворювання, як загроза для життя, спричиняє високий рівень напруження та зруйнування значущих стосунків. У цій ситуації формуються механізми психологічного захисту на усунення чи зменшення почуття тривоги. Ці механізми допомагають відмежуватися від надмірних переживань. Виникнення та подальший

розвиток психологічного захисту має безліч специфічних механізмів, форм і типів, а саме: заперечення, придушення, проєкція, ідентифікація, регресія, ізоляція, раціоналізація, конверсія тощо.

Для онкологічних хворих характерними є: обмежена здатність долати стрес, зниження соціально-особистісних компетенцій, особливо у тілесній, соціальній діяльності. Труднощі існують і з креативністю та психічним розумінням дійсності. Онкологічне захворювання спричиняє серйозні психологічні та соціальні наслідки в житті людини. Стрес, який отримує пацієнт під час діагностування, лікування та під час ремісії онкологічної хвороби, має значний вплив на його емоційний стан.

Емоційною складовою внутрішньої картини хвороби онкохворого перш за все є страх смерті, болю і всіх тих різноманітних втрат і змін в житті. До страху додаються також і інші негативні емоції: занепокоєння, тривога, образа, гнів, почуття провини і сорому, а також емоційні стани агресії і депресії. Тривога та депресія, якими часто страждають хворі на онкозахворювання, є показниками психічного болю.

Стійке та виражене емоційне напруження онкохворі переживають також при такому етапі лікування як проведення радіологічного опромінення, хіміотерапії з її побічними ефектами, тому дане захворювання є стресотворним та кризотворним. Воно має в своїй етіології певні психологічні передумови та чинники виникнення, що стосуються особистості онкохворого та його реакції на внутрішні та зовнішні конфлікти. В процесі захворювання та лікування ці особливості можуть загострюватися у проявах та впливати на виникнення у хворого різних психологічних розладів, зокрема тривоги та депресії.

Через поєднання таких стресорів як, зміна соціального статусу / входження у нові соціальні групи через обмеження працездатності в наслідок онкозахворювання; переробка інформації (невизначеність, недостатність, недостовірність оскільки саме захворювання має значну етіологічну

невизначеність, так само як і лікування вірусу Covid-19; війна, участь у бойових діях, катастрофи, вимушене переселення; міграція та еміграція; екологічна та техногенна катастрофи; проблеми досягнень та самореалізації особистості онкохворого в умовах часткової чи повної втрати працездатності, психологічне благополуччя онкохворих зазнає значного погіршення. У дослідженні необхідно виявити, як впливає процес пандемії Covid-19 на емоційний стан онкохворих пацієнтів.

Для адаптації та подолання труднощів у лікуванні та ремісії онкохворими пацієнтами можуть застосовуватися різні копінг-стратегії. Копінг можна визначити, як сукупність когнітивних, емоційних та поведінкових зусиль онкохворого пацієнта, спрямованих на подолання труднощів у його взаємодії з навколишнім середовищем, особливо стосовно подолання хвороби. Важливими особливостями копінгу є його усвідомленість і цілеспрямованість. На етапі психологічного втручання важливою є ефективна регуляція емоцій. Вона має вирішальне значення для зменшення деструктивного виявлення емоцій. Ефективна регуляція емоцій також може протидіяти деяким негативним наслідкам.

Таким чином, актуальним та доречним є вивчення питання розвитку регулювання емоційного стану людини для підвищення рівня психологічного благополуччя. Такі дослідження могли б допомогти визначити набір доказових ідей та практик щодо того, як ефективна регуляція емоцій може допомогти онкохворим справлятися в ці складні часи.

Таблиця 1.2

Операціоналізація поняття емоційної регуляції

Автор	Визначення
Зарицька В.В.	З точки зору значення емоцій, то вони виконують регулятивну функцію. Вони виступають внутрішнім та зовнішнім регулятором. Зовнішня емоційна регуляція виявляється в тих емоціях, які не породжуються безпосередньо діяльністю, а викликаються будь-яким зовнішнім щодо діяльності фактором.

Автор	Визначення
Леонтьев О.М.	Емоції та емоційні процеси виконують роль внутрішньої регуляції діяльності. Афекти також виконують регулюючу функцію за допомогою утворення специфічного досвіду – афективних слідів («афективних комплексів»), котрі контролюють поведінку в ситуаціях, що були схожі з тими, які викликають афект”.
Меш Е.	Регулювання емоцій - це процес збільшення, підтримання та гальмування емоційного збудження.
Вітт Н. В.	Регулювання емоцій з двох аспектів: свідомість як стійке емоційне ставлення людини до реальності; несвідомість як головне ставлення та фактичний емоційний стан, емоційно забарвлені процеси та діяльність, що виражається в результатах.
Дж. Гросса	Процесуальна модель емоційної регуляції відображає спектр стратегій регуляції емоцій на часовому континуумі. Емоційна регуляція в даному підході розглядається на двох етапах: 1. стратегії, сфокусовані на етапах, що передують зародженню емоції (antecedent-focused) - до генерування емоційного імпульсу. 2. стратегії, сфокусовані на формуванні відповідної реакції (response-focused) - після генерування емоційного імпульсу.
Стівен Хейс	Модель емоційної регуляції «Прийняття та прихильності»: <i>прийняття</i> (Acceptance) – процес прийняття чи уникнення болю у життєвих ситуаціях; <i>когнітивне злиття</i> (Cognitive fusion) – вплив потоку думок на сприйняття чи несприйняття їх як реальності; <i>цінності</i> (Values) – наявність цінностей сформованих у житті людини, які розвивають її або навпаки – гальмують; <i>поведінка</i> (Committed action) – дії, які можуть бути ригідними і не приводити до змін у житті, або ж – гнучкість та креативність у діях, які приводять до змін.

Отже, узагальнюючи вище вказані визначення, можемо сформулювати власне визначення емоційної регуляції. Під **емоційною регуляцією** ми розуміємо способи та підходи до формування людиною метапозиції у пізнанні та усвідомленні власних емоцій і вибір нею відповідної поведінки (стратегії) та ставлення до них.

Висновки до першого розділу

Таким чином, узагальнюючи проведене нами теоретичне дослідження теми особливостей емоційної регуляції онкохворих в умовах коронавірусної пандемії, ми виявили, що стан вивчення даної теми на сьогодні є недостатнім. У науковій літературі є достатньо визначень та характеристик емоційної регуляції, зокрема

щодо обраної групи – онкохворих. Емоційна регуляція може залежати від обраних людиною копінг-стратегій людини та прояву сформованих у неї особистісних рис. Однак, на сьогодні уточнення потребують такі питання як емоційна регуляція онкохворих на різних етапах лікування та у ремісії, в умовах коронавірусної пандемії. Тому проблемою нашого емпіричного дослідження є виявлення особливостей емоційної регуляції онкохворих в умовах пандемії. Мета дослідження полягає в емпіричному вивченні складових елементів емоційної регуляції онкохворих в умовах Covid-19 та розробці рекомендованих психотерапевтичних підходів до психологічного супроводу онкохворих у період пандемії.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ОНКОХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ КОРОНАВІРУСНОЇ ПАНДЕМІЇ

2.1. Опис процедури та групи досліджуваних

Дослідження проводилося з допомогою Інтернет опитування спеціалізованої групи, а саме - онкохворих пацієнтів. Вибірка опитуваних склала 74 особи. Середній вік опитуваних - 45.5 роки. За віком структура досліджуваних має наступний вигляд: (рис. 2.1)

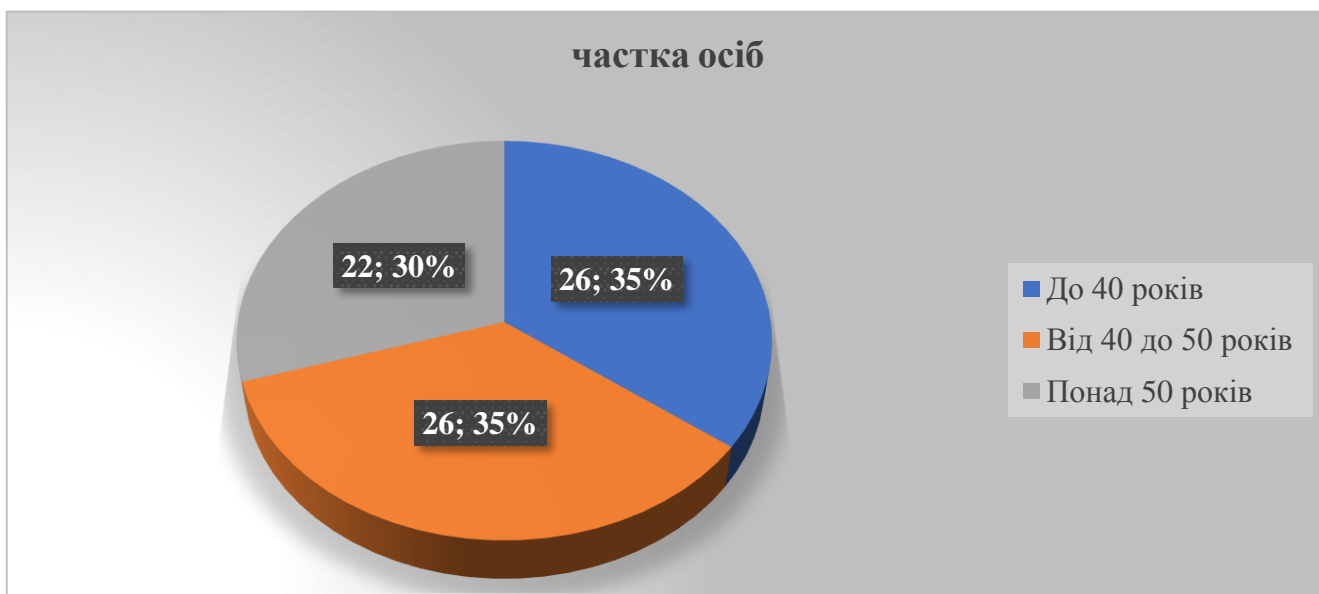


Рис.2.1 Вікова структура респондентів дослідження

- До 40 років – 26 особи (35,1%);
- Від 40 до 50 років – 26 осіб (35,1%);
- Понад 50 років – 22 осіб (29,8%).

За статевою ознакою респондентами виявилися виключно жінки. За територіальною ознакою опитувані були з різних регіонів України. Емпіричне дослідження проводилось шляхом онлайн-опитування респондентів з використанням Google forms. Респондентам було повідомлено про ціль дослідження, анонімність та конфіденційність відповідей, роз'яснено інструкцію

щодо заповнення методик. Заповнення опитувальника мало зайняти приблизно 20-30 хвилин.

Для проведення емпіричного дослідження та перевірки гіпотез нами було використано батарею тестових методик. Серед них: Опитувальник позитивного і негативного афекту (ОПАНА), розробленого на основі методики PANAS; п'ятифакторний опитувальник особистості TIPI (TIPI-UKR); опитувальник крихкості щастя Fragility of Happiness Scale (Mohsen Joshanloo); Методика

«Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана (адаптованого Н.А. Сиротою та В.М. Ялтонським); Опитувальник ERQ (Emotion regulation questionnaire) Джорджа Гросса (Російськомовна адаптація); опитувальник з копінг-стратегій прийняття та дії (Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)).

1. Опитувальник позитивних та негативних афектів (надалі ОПАНА), застосований у емпіричному дослідженні, розроблений на основі методики вимірювання позитивного та негативного афекту Девіда Уотсона, Лі Енн Кларк та Ауке Теллегена PANAS (Positive and Negative Affect Schedule, Watson, Clark & Tellegen, 1988). За концепцією позитивного та негативного афекту Д. Уотсона (Watson, Clark & Tellegen, 1988) «позитивний афект (надалі ПА) відображає відчуття енергійності, активності, залученості, а низький рівень ПА характеризує смуток та млявість. Негативний афект (надалі НА) – це загальний вимір суб'єктивного дистресу та неприємної залученості, який охоплює різноманітні неприємні стани настрою, включаючи гнів, зневагу, огиду, провину, страх та нервозність; низький рівень НА є станом спокою та безтурботності». (Watson, Clark & Tellegen, 1988) Характеристики ПА та НА наближено відповідають особистісним факторам екстраверсії та тривожності/нейротизму відповідно. Запропонований перелік дескрипторів дає змогу виокремлювати позитивний та негативний афект, аналізувати їх залежно від часового контексту оцінювання, проводити дослідження зміни показників у часі та відстежувати динаміку змін. Методика відкриває

можливості для дослідження афективної сфери, розладів афективної сфери, психічних розладів, психосоматичних розладів, психологічного та суб'єктивного благополуччя, а також крос-культуральних досліджень. Вона дозволяє валідно та надійно у поєднанні з простотою застосовувати її у дослідженні емоційної сфери. На її основі ми досліджували емоційний стан онкохворих на початку пандемії та на актуальний момент дослідження. А також порівнювали емоційний стан тих осіб, що у процесі лікування та у ремісії. Вона дозволила виявити тенденції зміни емоційного стану опитуваних різних підгруп під впливом чинника процесу пандемії. А також за шкалами цього опитувальника ми досліджували гіпотезу про те, що домінування позитивного чи негативного афекту визначається особливостями копінг-стратегій.

2. Наступною методикою, яка була використана у нашому дослідженні є **п'ятифакторний опитувальник особистості (Ten Item Personality Inventory (надалі ТІРІ))**, розробленого С.Гослінгом, П.Ренфру і В.Свонном. Україномовна версія опитувальника адаптована А.Хромовою. Методика є однією із багатьох, які мають на меті виявити і виміряти глибинні психологічні риси особистості, що розглядаються в п'ятифакторній теорії особистості. Автори Опитувальника

«Велика п'ятірка-2» BFQ-2, Джан Вітторіо Капрара з колегами, наголошують, що модель Великої п'ятірки розроблена як спроба посередництва та об'єднання різних поглядів. (Капрара, 2010)

П'ять фундаментальних вимірів для опису і оцінки особистості: екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду розуміються як універсальні, крос-культурні та найбільш загальні характеристики, які дозволяють отримати повні та всеохоплюючі характеристики особистості (Sorokowska, 2014), велику п'ятірку розглядають як канонічну структуру для опису особистості на «побутовому» рівні та в контексті складання особистісних опитувальників. (Капрара, 2010)

Екстраверсія (vs інтроверсія) визначає схильність до соціальної взаємодії, енергійність, активність, а також переживання позитивних емоцій. Високий рівень екстраверсії свідчить про активність, оптимізм, товариськість і балакучість, схильність до гри, пошук активності, низький – про сором'язливість, песимістичність, надання переваги бути самотнім, уникнення соціальних активностей.

Дружелюбність стосується прояву у людини чутливості та зацікавленості щодо інших, альтруїстичних, дружніх та емпатійних якостей на противагу відсутності довіри та прагнення співпраці, нездатності до співчуття і схильності до конкурентного ставлення. Високий рівень дружелюбності свідчить про готовність до співчуття, лагідність, скромність та прихильність до інших і готовність допомогти, низький – про егоцентризм, конкурентність, сухість та жорсткість у стосунках з іншими людьми.

Добросовісність стосується мотивації та наполегливості у ставленні людини до цілей та дій. Високий рівень розвитку риси свідчить про відповідальність, розсудливість та надійність, водночас трудоголізм, схильність підтримувати порядок і перфекціонізм. Низький рівень добросовісності трактують як недостатню конкретизацію життєвих цілей та мотивацію досягнень, водночас схильність до гедонізму, імпульсивності у прийнятті рішень, а також спонтанності у діях.

Емоційна стабільність (vs нейротизм) стосується здатності до емоційної адаптації, додання стресу, врівноваженості та саморегуляції у разі переживання негативних емоцій, зокрема страху, гніву, провини, незадоволення, розгубленості тощо. Високий рівень емоційної стабільності свідчить про здатність контролювати і долати стрес, не відчуваючи напруги, дратівливості чи страху, низький – про високий нейротизм, меншу здатність емоційної саморегуляції, схильність до занепокоєння, сором'язливість та розгубленість у присутності інших, переживання страху і напруги.

Відкритість новому досвіду стосується пізнавальної цікавості та толерантності до нового, схильності до пошуку, водночас позитивної оцінки нового життєвого досвіду. Висока відкритість досвіду свідчить про наявність жвавого інтересу до усього, креативність, розвиненість уяви, не традиційність, водночас незалежність суджень. Низька відкритість до досвіду означає консервативність, надання переваги традиційним цінностям, прагматичність інтересів та недовіру до нового.

Цю методику ми використали для перевірки нашої гіпотези про те, що особистісні риси мають більш виразний вплив на емоційний стан онкохворих, ніж інші чинники (пандемія Covid-19, онкозахворювання, сімейна підтримка).

3. Наступна методика, яку ми застосували у дослідженні це **методика крихкості щастя (Fragility of Happiness Scale)**. Методика досліджує переконання респондентів про те, що щастя крихке, швидкоплинне і може легко зникнути і перетворитися на нещастя.

Розробником цієї методики є Mohsen Joshanloo (2016). За словами Джошанлу, переконання, що щастя є крихким, частіше переживають люди, які мають "невпевнену прив'язаність". Ці люди нездатні будувати тісні стосунки протягом усього життя, оскільки їм бракує довіри до інших. Відповідно їм властивий стиль поведінки як захист - «уникнення», в якому вони взагалі тримаються подалі від стосунків, або можуть бути «тривожними», коли вони нервово чіпляються за партнерів зі страхом бути покинутими. Дослідження Джошанлу вперше виявило, що люди з цими моделями поведінки не можуть насолодитися моментом щастя без страху.

Позитивним у дослідженні є, як зазначає Джошанлу, те, що можна виправити песимістичні підходи людей щодо того, як бути і залишатися щасливими. За словами автора, "допомога людям переоцінити та змінити свої неадаптивні переконання щодо щастя може бути важливою складовою позитивних

психологічних втручань та терапевтичних методів, спрямованих на поліпшення загального психічного благополуччя" (Mohsen Joshanloo, 2016, с. 117).

Результати його дослідження у статті *Fragility of Happiness Beliefs Across 15 National Groups* показали, що ця шкала має хороші статистичні властивості як на індивідуальному, так і на культурному рівнях і пов'язана з відповідними психосоціальними концепціями в очікуваних напрямках (Mohsen Joshanloo, 2016). Тому шкала, за думкою автора, видається перспективним інструментом, який можна застосовувати для дослідження концепції крихкості щастя. Доцільним є використання цієї методики у нашому дослідженні, оскільки для онкохворих пацієнтів часто є характерним тривожний тип прив'язаності, ізоляція, захисна поведінка уникнення.

У нашому дослідженні ми застосували шкалу крихкості щастя для виміру зв'язку між емоційним станом онкохворих та їх копінг-стратегіями, використавши цю шкалу як один із інструментів копінгів респондентів. Використання цієї шкали дозволило оцінити як може вплинути дана шкала як копінг стратегія на домінування позитивного чи негативного афектів. За цією методикою слід було оцінити за шкалою від 1 до 7 чотири твердження щодо крихкості щастя. Сама шкала розраховувалася нами як середнє значення балів по кожному твердженню.

4. Методика розроблена Д. Амірханом “Індикатор копінг-стратегій”. Ця методика призначена для діагностики домінуючих копінг-стратегій особистості. Вона адаптована для проведення дослідження російською мовою Н.А. Сиротою (1994) і В.М. Ялтонський (1995).

Дж. Амірхан на основі факторного аналізу різноманітних копінг-відповідей на стрес розробив «Індикатор копінг-стратегій». Він виділив 3 групи копінг-стратегій: вирішення проблем, пошуку соціальної підтримки та уникнення.

«Індикатор копінг-стратегій» можна вважати одним з найбільш вдалих інструментів дослідження базових стратегій поведінки людини. Ідея цього

опитувальника полягає в тому, що всі поведінкові стратегії, які формуються у людини в процесі життя, можна поділити на три великі групи. **Стратегія вирішення проблем** - це активна поведінкова стратегія, при якій людина намагається використовувати всі наявні у неї особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми.

Стратегія пошуку соціальної підтримки - це активна поведінкова стратегія, при якій людина для ефективного вирішення проблеми звертається за допомогою і підтримкою до навколишнього середовища: сім'ї, друзів, важливих осіб та ін.

Стратегія уникнення - це поведінкова стратегія, при якій людина намагається уникнути контакту з навколишнім середовищем, уникнути вирішення проблем.

Людина може використовувати пасивні способи уникнення, наприклад, відхід у хворобу або вживання алкоголю, наркотиків, може зовсім «піти від вирішення проблем», використавши активний спосіб уникнення - суїцид.

Стратегія уникнення - одна з провідних поведінкових стратегій при формуванні дезадаптивних стилів поведінки. Вона спрямована на подолання або зниження дистресу людиною, яка знаходиться на більш низькому рівні розвитку. Використання цієї стратегії зумовлене недостатністю розвитку особистісних копінг-ресурсів і навичок активного вирішення проблем. Однак вона може носити адекватний або неадекватний характер залежно від конкретної стресової ситуації, віку і стану ресурсної системи особистості.

Найбільш ефективним є використання всіх трьох поведінкових стратегій, в залежності від ситуації. У деяких випадках людина може самостійно впоратися з виниклими труднощами, в інших йому потрібна підтримка оточуючих, у ще інших просто може уникнути зіткнення з проблемною ситуацією, заздалегідь подумавши про її негативні наслідки. Очевидно, для онкохворих у стресовій ситуації виявлення їх діагнозу, можуть бути характерними як стратегії уникнення, так і вирішення

проблеми і пошуку соціальної підтримки. Тому для нашого дослідження ми використали цю методику щодо виявлення зв'язку між копінг-стратегіями та перевагою позитивних афектів над негативними. Крім того, шкали цієї методики використовувалися у дослідженні гіпотези про те, що особистісні риси мають більш виражений вплив на емоційний стан респондентів, аніж інші чинники, такі як копінг-стратегії.

5. Опитувальник ERQ (Emotion Regulation Questionnaire) був розроблений Дж. Гроссом із урахуванням процесуальної моделі емоційної регуляції і спрямований на діагностику двох стратегій емоційної регуляції - когнітивної переоцінки (cognitive reappraisal) і придушення експресії (expressive suppression).

Відповідно до цієї методики в рамках процесуальної моделі емоційної регуляції виділяють п'ять сімейств регулятивних стратегій, які відповідають різним етапам емоційних відповідей: 1) вибір ситуації; 2) модифікація ситуації; 3) перемикання уваги; 4) зміна когніцій; 5) перетворення відповіді (Gross, Thompson, 2007; John, Gross, 2007; Gross, 2015). В основі даної моделі лежить концепція процесу породження емоцій, згідно з якої емоції починаються з оцінки емоційних сигналів. На схемі моделі також наводяться приклади п'яти сімейств регулятивних стратегій уникнення, захисту своїх прав, відволікання, переоцінки, придушення негативних емоцій.

Наприклад, щоб впоратися з негативними емоціями в ситуації образи з боку близького друга в ході розмови на політичні теми, можна закінчити розмову і надалі уникати обговорення подібних тем (уникнення), з'ясувати стосунки з другом і домогтися вибачень за образу (захист своїх прав), почати думати про те, що об'єднує з другом, або переключити увагу на рішення робочих питань (відволікання), пояснити образу поганим настроєм друга, труднощами на роботі і т.п. (Переоцінка) або стримувати зовнішні прояви виникли негативних емоцій

(придушення), щоб не посваритися з другом остаточно.

Для оцінки індивідуальних відмінностей когнітивної переоцінки і придушення експресії був розроблений опитувальник ERQ, який складається з 10 пунктів (Gross, John, 2003). Шкала «Когнітивна переоцінка» включає шість пунктів (наприклад: «Для управління своїми емоціями я змінюю ставлення до ситуації, в якій перебуваюю»; шкала придушення експресії - чотири пункти (наприклад: «Для управління своїми емоціями я стримую їх зовнішні прояви»). Респонденту потрібно відзначити ступінь згоди із запропонованими твердженнями за шкалою від 1 («категорично не згоден») до 7 («повністю згоден»).

6. Цю методику ми дещо модифікували, додавши до неї ще шкалу емоційної гнучкості із **опитувальника Acceptance & Action Questionnaire (AAQ-II)**, розробниками якого є Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D (Bond, F. W. and oth., 2011). Згідно його положень, психологічне здоров'я можна визначити як психологічну гнучкість, яка визначається як готовність випробувати і не втручатися в небажаний особистий досвід, повністю зв'язуючись з поточним моментом, в прагненні до своїх цілей і цінностей. AAQ вимірює рівень уникнення досвіду і психологічну гнучкість. Цей опитувальник створено в межах третьої хвилі КПТ – Психотерапії прийняття та прихильності (АСТ). Він складається з 7 тверджень, які оцінюють психологічну негнучкість або уникання досвіду (Bond et al., 2011). Досліджуваним пропонується вказати, наскільки ці твердження є правдивими щодо їхнього життя за шкалою від «ніколи» (1) до «завжди» (7). Показник психологічної негнучкості розраховують як суму балів за відповідними твердженнями. Середній показник - 31 бал, говорить про ментальне здоров'я. Показник нижче 25 говорить про ймовірність депресії, психічного розладу і низької якості життя.

У нашому дослідженні шкали цих методик дозволили дослідити гіпотезу про

зв'язок між домінуванням переважання позитивного чи негативного афекту онкохворих та копінг-стратегіями досліджуваних. А також гіпотезу про домінуючий рівень впливу особистісних рис онкохворих на їх емоційний стан порівняно із впливом копінг-стратегій та процесу пандемії.

2.2. Дескриптивний аналіз соціальних та особистісних особливостей досліджуваних як чинників емоційної регуляції

На наступному етапі ми проаналізували анкетні дані досліджуваних, взявши до уваги такі показники, як сімейний стан і сімейна підтримка, стаж захворювання, суб'єктивну оцінку загрози життю, суб'єктивну оцінку емоційного стану та ставлення до ситуації, пов'язаної з пандемією Covid-19.

За показником сімейного стану та рівнем підтримки у сім'ї ми виділили три групи:

- Заміжня, відчуваю підтримку - 41 особа;
- Заміжня, не відчуваю підтримки - 8 осіб;
- Незаміжня, відчуваю підтримку родичів – 25 осіб.

Відповідно за цим поділом склалася наступна структура опитуваних: вісім осіб із сімдесяти чотирьох - заміжні та не відчувають підтримки родичів (11%); двадцять п'ять осіб - незаміжні та відчувають підтримку в сім'ї (34%). Решта сорок одна особа - заміжні та відчувають підтримку у сім'ї (55%).

Таблиця 2.1

Показники сімейного стану		
Показник	кількість осіб	%
Заміжні, відчувають підтримку в сім'ї	41	55,4
Заміжні, не відчувають підтримку в сім'ї	8	10,8
Незаміжні відчувають підтримку родичів	25	33,8

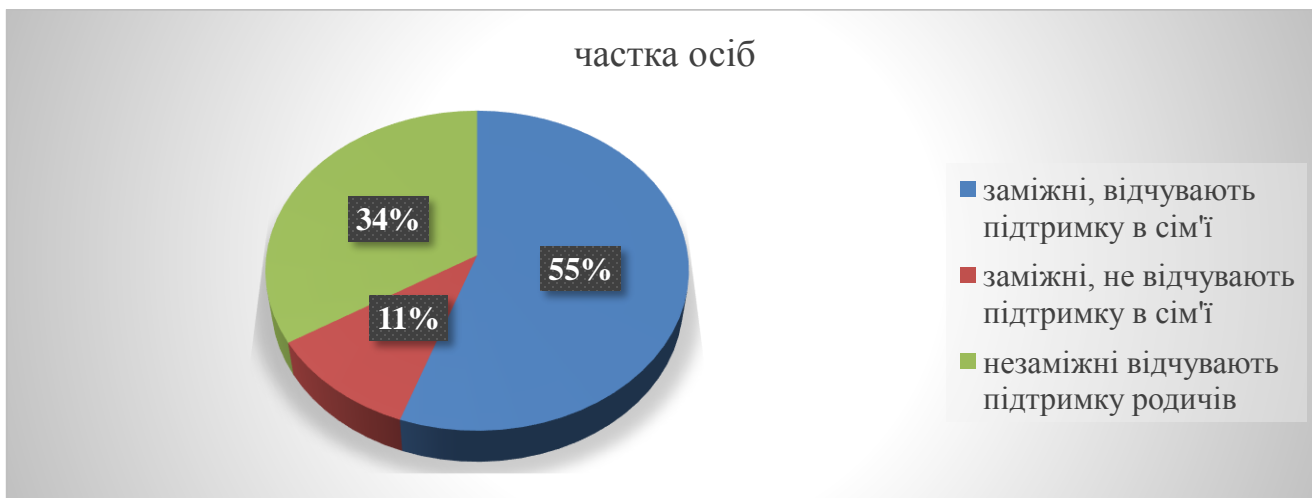


Рис. 2.2 Показники сімейного стану досліджуваних онкохворих

Як свідчать дані рис. 2.2 і таблиці 2.1 частка осіб заміжних із відчуттям підтримки сім'ї переважає і складає 55,4%. Натомість частка осіб, що не відчувають підтримки родичів є найменшою і складає 10,8% із всіх опитуваних.

Наступним показником опитування для нашої групи респондентів є стаж захворювання. За цим показником тривалість захворювання до 10 років охоплює 64 особи, більше 10 років – 10 осіб та в межах року – 27 осіб.



Рис.2.3 Показники стажу захворювання опитуваних

Таблиця 2.2

Показники стажу захворювання опитуваних		
Показник стажу захворювання, років	Кількість осіб	%
До 10 років	64	86,5
Більше 10 років	10	13,5
В межах року	27	42,2

За даними рис.2.3 та табл.2.2 бачимо, що частка осіб зі стажем до десяти років значно переважає і складає 86,5%. В цій групі частка осіб зі стажем захворювання в межах року складає 42,2%.

За критерієм стану захворювання ми виділили три групи осіб:

- В ремісії;
- В лікуванні;
- В минулому.

Відповідно у ремісії серед опитуваних - 34 особи. У лікуванні - 18 осіб та 22 особи подолали хворобу в минулому. Як бачимо із рис. 2.4 та таблиці 2.3 частка тих хто перебуває в ремісії переважає і складає 46 %. В минулому захворювання для 30% опитаних і у лікуванні – 24 % опитуваних.

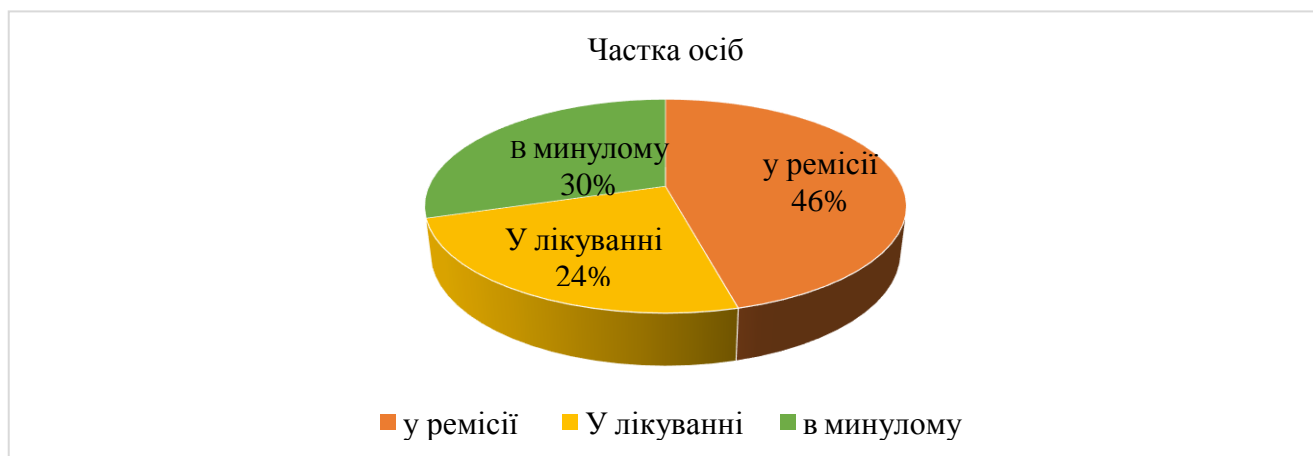


Рис.2.4 Підгрупи респондентів за станом захворювання.

Таблиця 2.3

Підгрупи респондентів за станом захворювання

Показник стану захворювання	Кількість осіб	%
У ремісії	34	45,9
У лікуванні	18	24,3
В минулому	22	29,7

На запитання чи зберігається загроза для життя в наслідок захворювання 23 опитуваних відповіли “Ні” і 51 особа – Так. Очевидно, що частка тих, для кого загроза для здоров'я зберігається перевищує іншу частку і складає 69%.

Для оцінки актуального стану опитуваних було запропоновано наступні симптоми, що можуть проявлятися при даному захворюванні:

Таблиця 2.4

Показники оцінки респондентами наявності загрози для життя в наслідок захворювання

Показник	Кількість осіб	%
Загроза для життя зберігається	51	68,9
Загроза для життя не зберігається	23	31,1

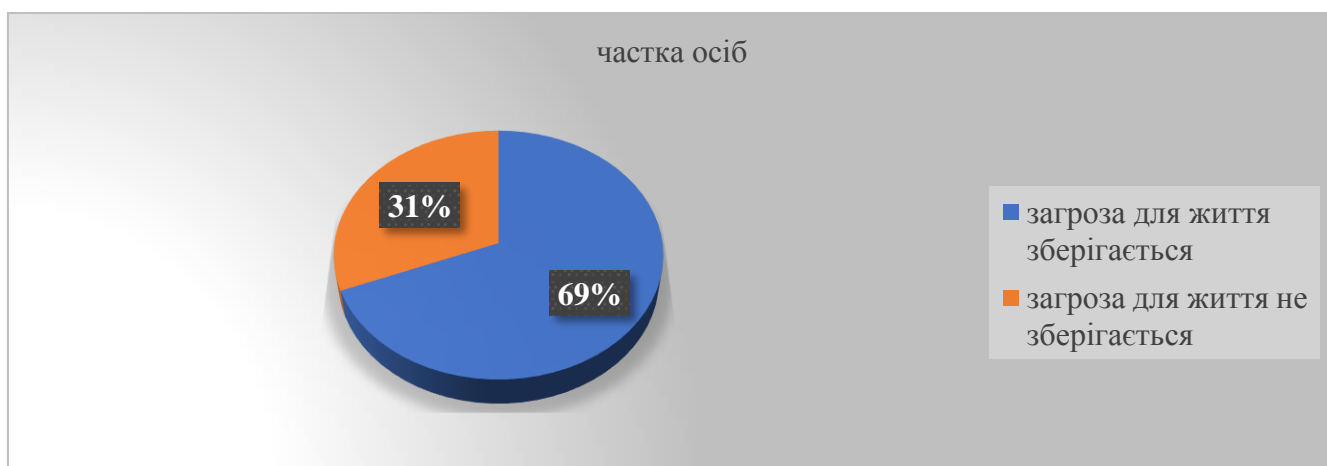


Рис. 2.5 Показники оцінки респондентами наявності загрози для життя в наслідок захворювання

- Пригнічений настрій
- Нервозність, дратівливість
- Сумні думки, з якими важко впоратись
- Упадок сил, втомлюваність
- Порушення сну
- Фізичний дискомфорт
- Соціальна ізоляція

- Зміна звичного укладу життя
- Труднощі у стосунках з близькими
- Втрата працездатності
- Нічого з переліченого

Як свідчать дані рис.2.6 та табл.2.5 серед опитуваних спостерігається переважно симптоматика пов'язана із пригніченим настроєм, упадком сил та нервозністю і дратівливістю. Це характерні симптоми для осіб, що мали досвід онкозахворювання та його лікування.

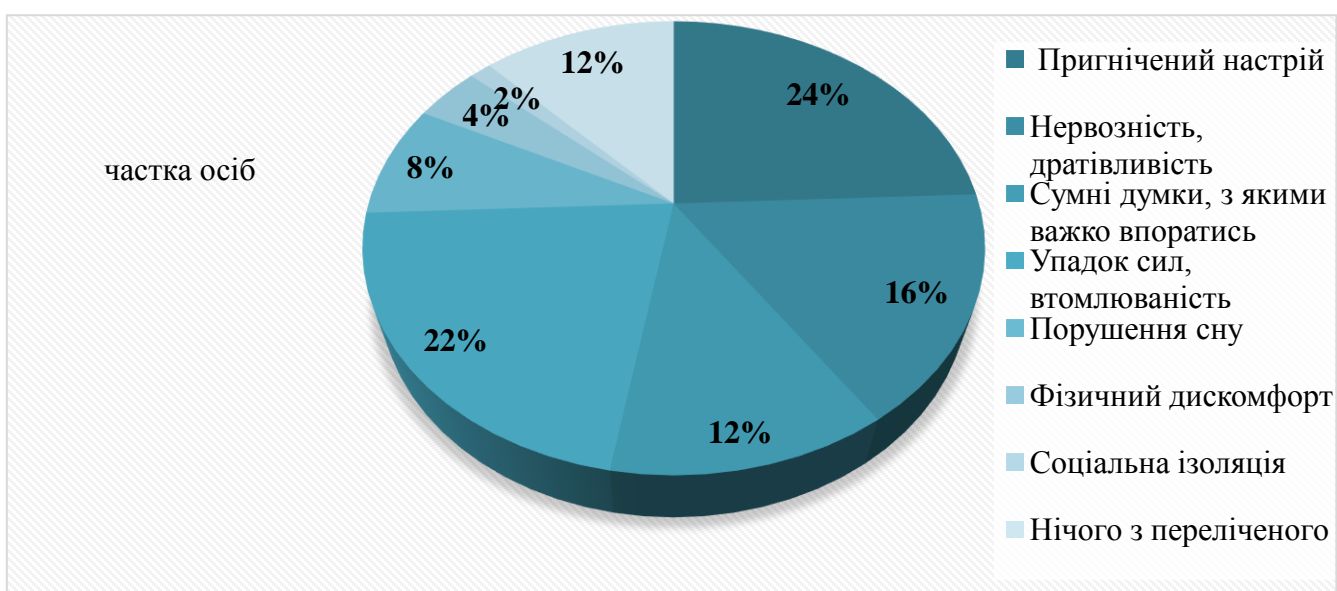


Рис.2.6 Показники симптомів зміни емоційного стану опитуваних

Таблиця 2.5

Показники симптомів зміни емоційного стану опитуваних

Симптоми	Кількість осіб	%
Пригнічений настрій	18	24,3
Нервозність, дратівливість	12	16,2
Сумні думки, з якими важко впоратись	9	12,2
Упадок сил, втомлюваність	16	21,6
Порушення сну	6	8,1
Фізичний дискомфорт	3	4,1
Соціальна ізоляція	1	1,4
Нічого з переліченого	9	12,2

Щодо впливу ситуації пандемії Covid19 на емоційний стан опитуваних, то

серед них на запитання «Чи вплинула ситуація на Ваш емоційний стан?», 23 особи відповіли, що не вплинула, 29 особа відповіла - дещо вплинула і 22 осіб відповіли, що суттєво вплинула. Тобто частка осіб, які вважають, що ситуація пандемії дещо вплинула на їх емоційний стан переважає і складає 39 % (рис.2.7 та табл.2.6).



Рис.2.7 Частка осіб за показником впливу ситуації пандемії на їх емоційний стан

Таблиця 2.6

Частка осіб за показником впливу ситуації пандемії на їх емоційний стан

Показник	Кількість осіб	%
Так, суттєво вплинула	22	29,7
Так, дещо вплинула	29	39,2
Ні	23	31,1

2.3. Результати асоціативного експерименту серед досліджуваних

Для з'ясування емоційної реакції досліджуваної групи на процес пандемії Covid-19 було застосовано метод вільного асоціативного експерименту.

Асоціативний експеримент - метод - дослідження, психологічний або психолінгвістичний експеримент, суть якого полягає в тому, що респондентів пропонують стимули різного типу (слова, малюнки тощо) з метою викликати у нього відповідні асоціації.

Для аналізу найпоширеніших асоціацій та відповідно емоцій у дослідженні опитуваним було запропоновано вказати слова що асоціюються із словом пандемія Covid-19. За даними таб.2.7 та рис. 2.8 можемо побачити, що найчастіше вживані слова як асоціація до слова пандемія Covid-19 це страх, труднощі, смерть та паніка. За ними йдуть часто вживані слова безпомічність, ізоляція, невизначеність та

Таблиця 2.7

Частота вживання опитуваними слів асоціацій із словом Пандемія

Слово	Частота використання
Безпомічність	7
Дистанція	2
Загроза	5
Злість	2
Ізоляція	6
Лікарня	2
Небезпека	5
Невизначеність	6
Невпевненість	4
Недовіра	4
Недооцінка	3
Обережність	5
Паніка	8
Самотність	2
Смерть	8
Страх	11
Тривога	5
Труднощі	9

Можна припустити, що при використанні слів асоціацій щодо ситуації пандемії у цих осіб включалися певні особистісні риси, що вплинули на емоційне сприйняття даної ситуації.

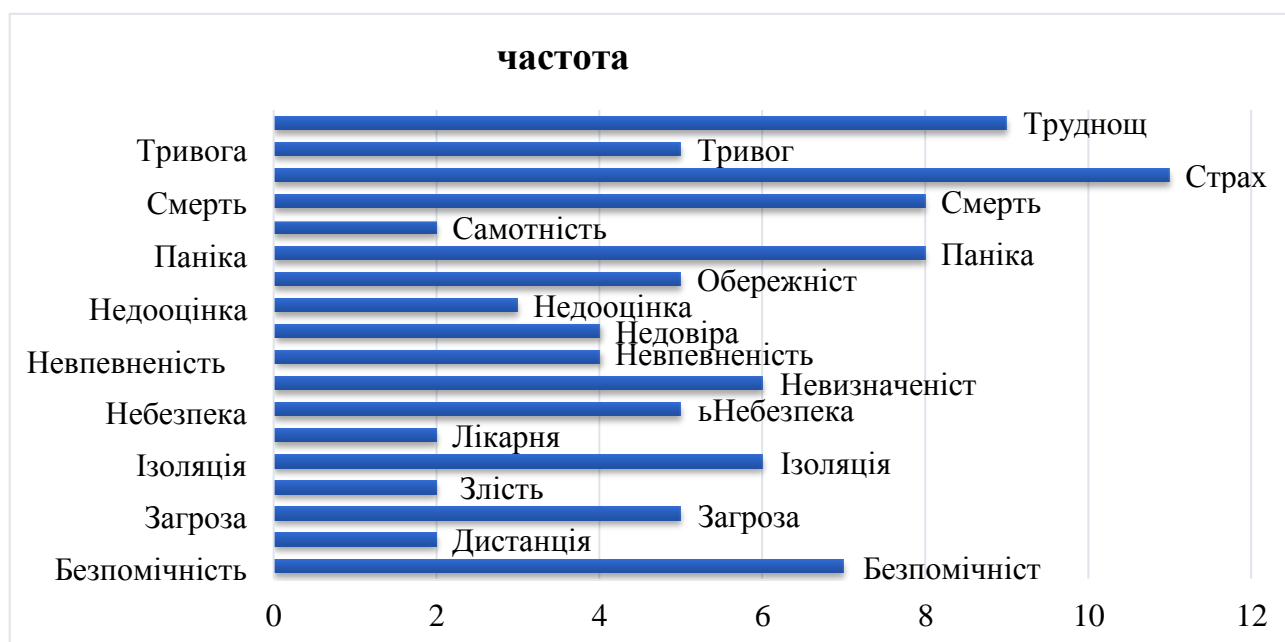


Рис.2.10 Частота вживання опитуваними слів асоціацій із словом Covid-19.

Пандемія коронавірусу як стресова ситуація вплинула на емоційний стан онкохворих пацієнтів відповідно до їх психологічного профілю, сформованого в минулому. За характеристиками особистісних рис, притаманних онкологічним пацієнтам, спостерігаємо у даному асоціативному дослідженні виражений прояв страху, паніки, безпомічності та тривоги, про що свідчать також дані рисунку 2.9.

2.4. Результати дескриптивного та кореляційного аналізу показників емоційного стану досліджуваних

В англomовній психологічній термінології поняття «афект» є дуже широким і охоплює весь спектр емоційних переживань. Хочемо уточнити, що в концепції позитивного та негативного афекту Д. Уотсона з колегами (Watson, Clark & Tellegen, 1988) позитивний афект (ПА) високого рівня стосується відчуття енергійності, активності, залученості, а низький рівень ПА характеризується смутком та млявістю. Негативний афект (НА) відповідно це загальний вимір суб'єктивного дистресу та неприємної залученості, який охоплює різноманітні неприємні стани настрою, включаючи гнів, зневагу, огиду, провину, страх та нервозність; низький рівень цього показника є станом спокою та безтурботності. ПА та НА можуть відображати як ситуативні афективні виміри стану людини, так і пре диспозиційні риси, а також індивідуальні відмінності емоційної реактивності. Тож характеристики ПА та НА приблизно відповідають особистісним факторам екстраверсії та тривожності/нейротизму відповідно. Диспозиційні риси ПА та НА також трактують як пов'язані з психобіологічними та психодинамічними конструктами чутливості до нагороди та покарання (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

У нашому дослідженні розрахунки були спрямовані на аналіз структури і взаємозв'язку позитивного та негативного афекту, а також їх зв'язків із різними психологічними характеристиками. Для дослідження емоційного стану опитуваних ми опиралися на дані опитування за методикою опитувальника позитивного та

негативного афекту (ОПАНА) розробленого на основі методики PANAS.

В цілому серед всіх опитуваних 39 осіб із 74 переживали більше позитивні афекти ніж негативні (52,7 %).

В межах групи опитуваних ми виділили три підгрупи за критерієм стану захворювання, а саме: підгрупа тих, хто лікується на даний час; підгрупа тих, хто в ремісії та підгрупа тих, у кого захворювання в минулому. В наслідок порівняльного аналізу показників різниці позитивного та негативного афектів на початку пандемії та на актуальний момент часу, ми отримали наступні результати. Серед тих, які в процесі лікування у 6 осіб із 18 спостерігаємо перевищення позитивного афекту над негативним на початку пандемії. Серед тих, хто в ремісії із 34 осіб у 17 осіб спостерігаємо переважання позитивного афекту над негативним на початок пандемії. Серед тих, хто пережив в минулому захворювання у 16 із 22 осіб переважає позитивний афект над негативним на початок пандемії.

Відповідно у актуальному періоді дослідження ці показники характеризувалися наступними даними. Серед тих, які в процесі лікування у 6 осіб із 18 спостерігаємо перевищення позитивного афекту над негативним на актуальний період дослідження; серед тих, хто в ремісії - із 34 осіб у 22 осіб спостерігаємо переважання позитивного афекту над негативним; серед тих, хто пережив в минулому захворювання у 15 із 22 осіб переважає позитивний афект над негативним. Як свідчать дані рис.2.10 позитивні афекти переважали у підгрупі осіб, що хворіли в минулому. На нашу думку, така перевага, що свідчить про незначний вплив пандемії на емоційний стан опитуваних в даній підгрупі, викликана тим, що ці особи до початку пандемії вже отримали певну емоційну загартованість та досвід емоційної регуляції в процесі подолання недуги. Відповідно найнижчий показник переваги позитивних афектів у групі осіб, що перебувають у лікуванні.

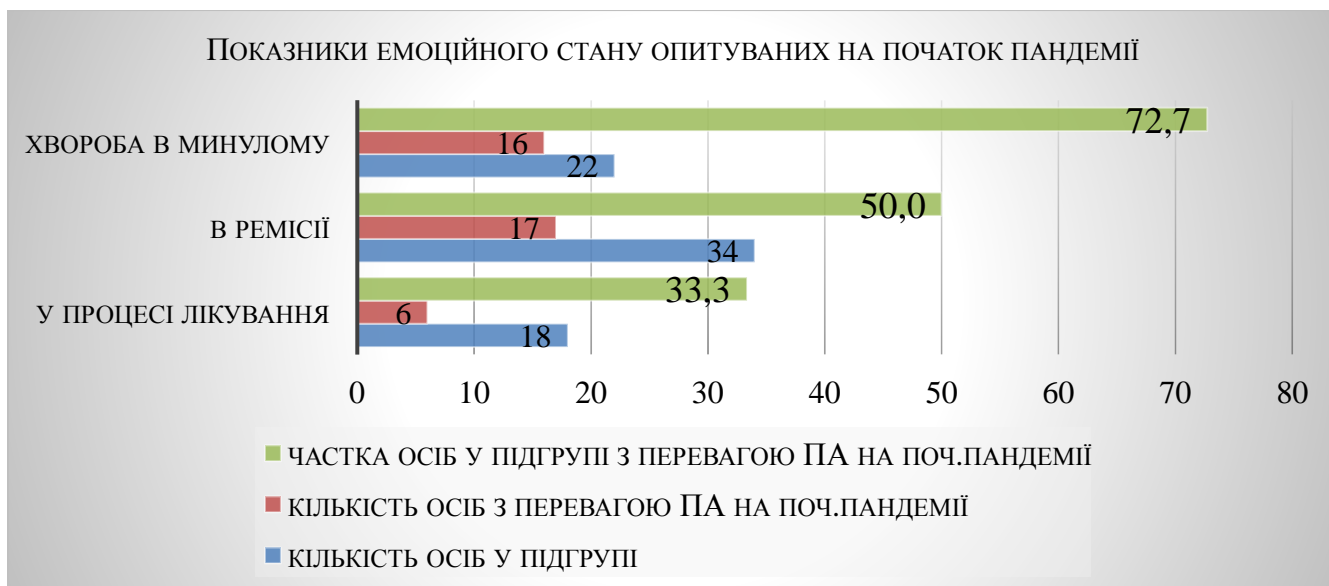


Рис. 2.10 Частка осіб, у яких переважали позитивні афекти на початок пандемії

Це можна пояснити тим, що емоційний стан для даної підгрупи осіб вже є розбалансований проживанням недуги та процесом її лікування. Для осіб в ремісії процес одужання супроводжується певним емоційним піднесенням після подоланої недуги, а також наявністю наслідків лікування та ослабленням імунітету організму. Тому у цій підгрупі ми спостерігаємо на початку пандемії ситуацію 50 на 50.

Як свідчать дані рис.2.11 для двох підгруп опитуваних, а саме для осіб, що пережили в минулому захворювання та для осіб, що в ремісії, показник позитивних афектів переважає у актуальному періоді дослідження. Можна припустити, що це зумовлено адаптацією досліджуваних до умов пандемії. Для осіб, що у лікуванні на момент дослідження зміни цього показника не відбулися.

Тобто, процес пандемії суттєво вплинув на емоційний стан осіб із підгрупи, що перебувають у лікуванні. Цікавою виявилася зміна переваги позитивних афектів на початку пандемії та на актуальний період дослідження у підгрупі осіб, що перебувають в процесі лікування. Серед вісімнадцяти осіб у сімох відбулася зміна у переважанні позитивних афектів, тобто покращення емоційного стану (табл.2.8)



Рис.2.11 Частка осіб, у яких переважали позитивні афекти у актуальний період дослідження

Таблиця 2.8

Показники зміни позитивних та негативних афектів у обстежуваних, що перебувають на лікуванні на початок пандемії та на актуальний період дослідження

№ П/П	Різниця позитивних афектів та негативних на початок пандемії	Різниця позитивних афектів та негативних на актуальний період дослідження	Зміна
1.	-3	9	
2.	7	6	+
3.	-6	-5	+
4.	16	-17	-
5.	-13	-32	-
6.	-25	-24	-
7.	-9	0	+
8.	3	-26	-
9.	14	-14	-
10.	-19	-23	-
11.	-9	-13	-
12.	-14	-16	-
13.	0	6	+
14.	9	9	+
15.	-22	19	+
16.	-4	-23	-
17.	-5	-6	-
18.	-7	-7	-
19.	-	-	+7

Порівняльний аналіз

У порівняльному аналізі ми досліджували емоційний стан опитуваних на початку пандемії та на актуальний період дослідження за показниками позитивних та негативних афектів. Для цього використано тест Wilcoxon Matchet у програмі Statistica.

Як свідчать дані таблиці 2.9, а саме рівень значущості $p\text{-level} = 0,045440$, тобто наявні зміни у значенні позитивних афектів на початок пандемії та у актуальний період дослідження. За графіком, зображеним на рис.2.12 мінімальне значення показника майже не змінилося, максимальне дещо - змінилося у актуальному періоді та зросло на 3%. Найбільші відмінності спостерігаємо за медіаною, а саме, на актуальний період дослідження позитивні афекти (20%) значно знизилися порівняно із їх значенням на початку пандемії (24%). Для негативних афектів не було виявлено суттєвої зміни їх значення в актуальному періоді порівняно із періодом на початок пандемії (рис.2.13 та табл.2.10). Тобто, у період пандемії значення негативних афектів не змінилися, люди не почали себе гірше почувати, вони почали більше переживати негативні афекти аніж позитивні. Хоча негативних афектів нібито не додалося, та однак радості стало менше. Природньо у людей в період пандемії значно зросла тривога через невизначеність та невідомість і відповідно це призвело до більшого переживання негативних афектів ніж позитивних.

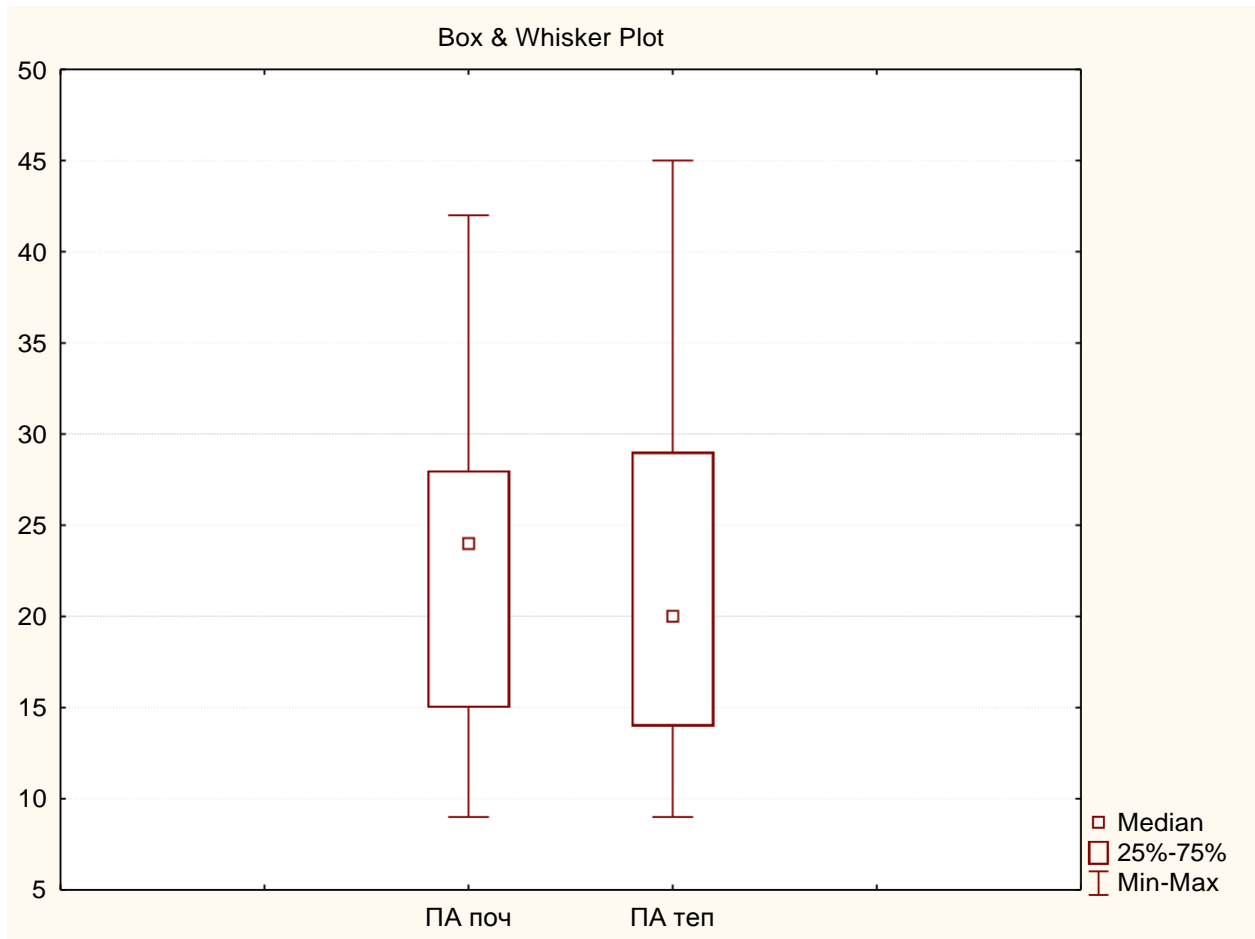


Рис.2.12.Графік зміни значення позитивних афектів на початку пандемії та на актуальний період дослідження.

Таблиця 2.9

Показники зміни позитивних афектів досліджуваної групи на початок пандемії та в актуальний період дослідження

Pair of variables	Wilcoxon Matched Pairs Test Marked tests are significant at $p < ,05000$			
	Valid	T	Z	p-level
Позитивні афекти на початок пандемії та в актуальний період дослідження	74	957,5000	2,000569	0,045440

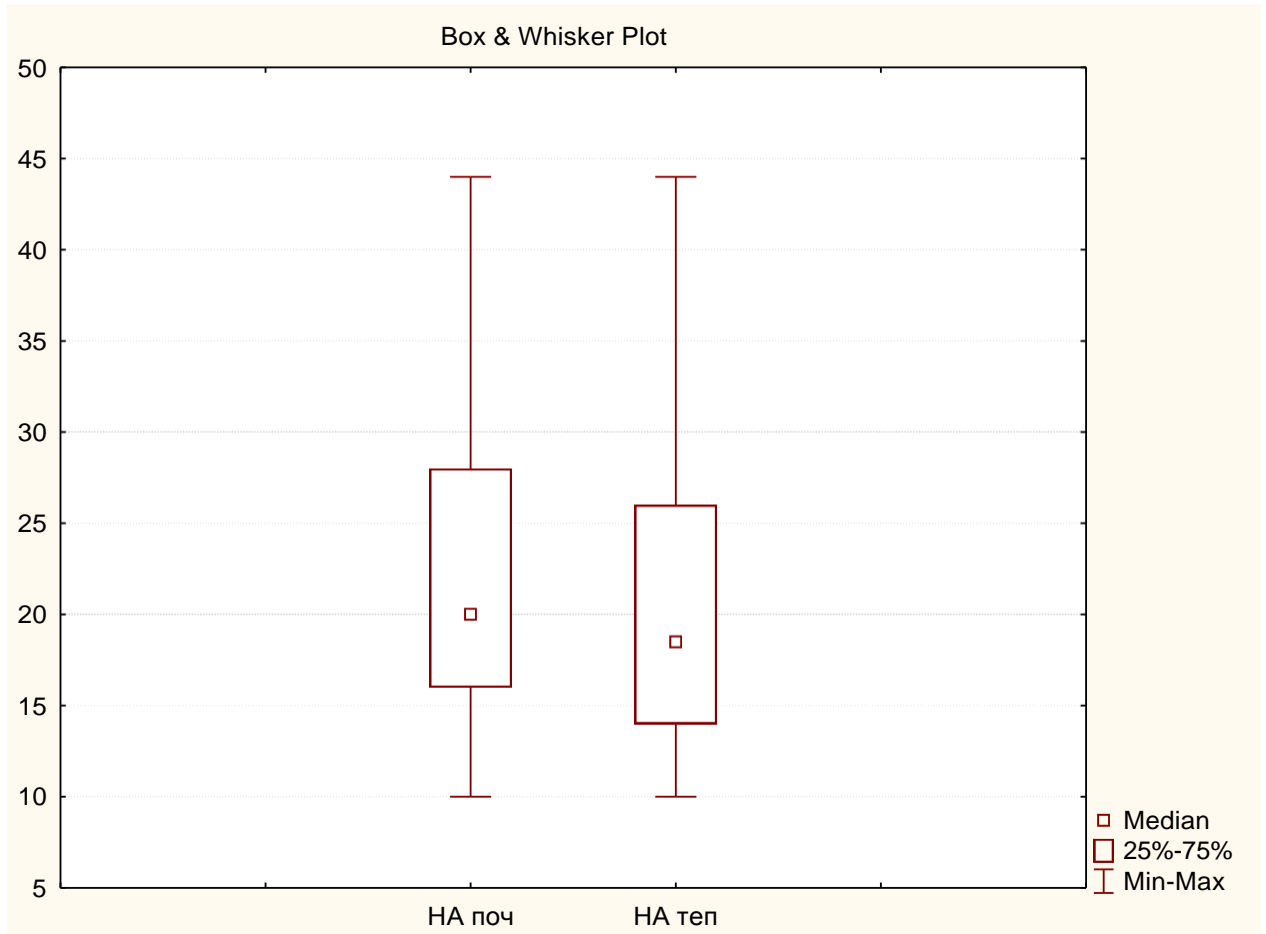


Рис.2.13 Графік зміни значення негативних афектів на початку пандемії та на актуальний період дослідження

Таблиця 2.10

Показники порівняльного аналізу негативних афектів досліджуваної групи на початку пандемії та в актуальний період дослідження

Pair of variables	Sign Test Marked tests are significant at $p < ,05000$			
	No. of	Percent	Z	p-level
Негативні афекти досліджуваної групи на початок пандемії та в актуальний період дослідження	74	37,14286	2,031889	0,042165

Таким чином, за результатами порівняльного аналізу ми отримали підтвердження другої гіпотези про те, що під впливом пандемії емоційний стан опитуваних погіршився.

Результати порівняльного аналізу показників емоційної регуляції

Крім попереднього, у дослідженні також проводився порівняльний аналіз за іншими критеріями. Порівняльний аналіз здійснювався також у двох групах досліджуваних за показником того, чи захворювання перебуває в активній фазі (група 1), чи на стадії ремісії (група 2).

За даними таблиці 2.11, розрахованими статистично за критерієм Манна-Уїтні, рівень значущості відповідно для двох груп за показником стану захворювання є $p\text{-level} < 0,05$. Тобто, наявна статистично значуща відмінність за показниками позитивних та негативних афектів, а також за шкалою емоційної ригідності у обраних двох групах за показником стану захворювання. За станом захворювання у двох групах склалося таке співвідношення кількості учасників: у процесі лікування – 1 група – 18 осіб (24%); у процесі ремісії – 2 група – 56 осіб (76%). За графіками на рис.2.15 та рис.2.16, для пацієнтів, в яких онкозахворювання є в активній фазі, показники позитивного афекту є статистично нижчими (14%) на тепер, ніж ці ж показники у тих, хто в ремісії (23%). Відповідно для першої групи опитуваних показники негативного афекту у актуальному періоді дослідження є вищими (25%), аніж у групі пацієнтів, у яких онкозахворювання на стадії ремісії (22%). Тобто, у період пандемії емоційний стан тих, хто у процесі лікування більше проявляється через негативні афекти, оскільки онкохворі знаходяться безпосередньо у групі ризику щодо інфікування вірусом Covid-19.

Таблиця 2.11

Показники порівняльного аналізу позитивних та негативних афектів на актуальний період дослідження для груп опитуваних за станом захворювання (в лікуванні 1 група, в ремісії 2 група)

Variable	Mann-Whitney U Test By variable Моє онкологічне захворювання Marked tests are significant at $p < ,05000$					
	Z	p-level	Z	p-level	Valid N 1 група	Valid N 2 група
Позитивні афекти теп	-2,93552	0,003330	-2,93888	0,003294	18	56
Негативні афекти теп	2,33078	0,019766	2,33526	0,019530	18	56
Шкала емоційної ригідності	2,12290	0,033763	2,12440	0,033638	18	56

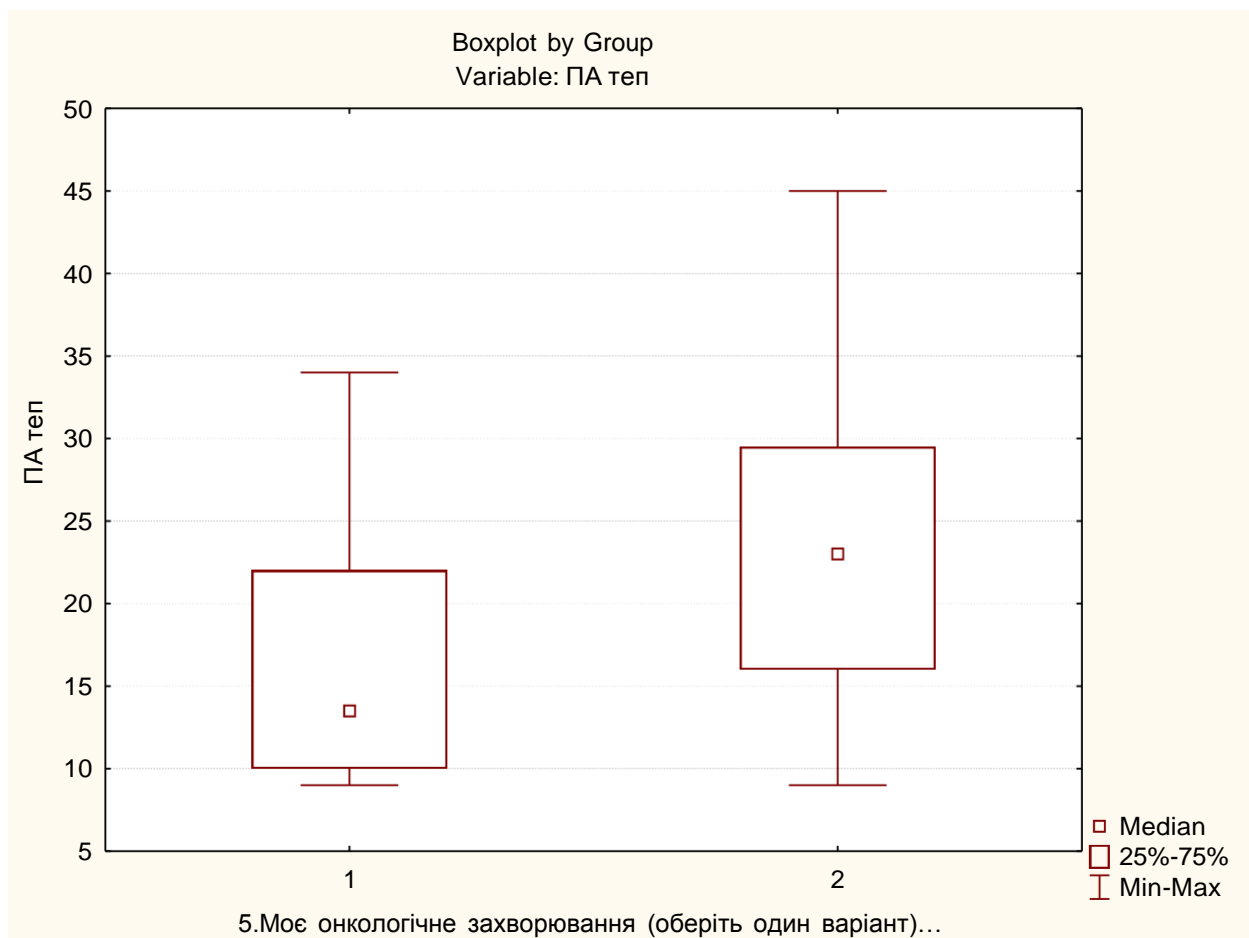


Рис.2.14 Графік зміни значення позитивних афектів на актуальний період дослідження для двох груп опитуваних за показником стану захворювання (в лікуванні 1 група, в ремісії 2 група).

Відповідно, для осіб другої групи, що знаходяться у процесі ремісії характерним є проживання, порівняно з першою групою, більше позитивних афектів. Очевидно для осіб цієї групи загроза для життя значно зменшилася, відбулася певна емоційна адаптація до умов захворювання та були задіяні копінг-стратегії, що допомогли онкохворим проживати більше позитивних афектів. Можливо для цієї групи важливим після лікування є проживання таких емоцій як вдячність та радість щодо одужання.

Графік зміни значення емоційної ригідності для двох груп опитуваних за показником стану захворювання (в лікуванні – 1 група, в ремісії – 2 група) на рис.2.15 демонструє вищий рівень емоційної ригідності для першої групи (25%)

порівняно із другою (18%). Таку статистику можна обґрунтувати тим, що для пацієнтів, що знаходяться у процесі лікування виявлення емоцій є більш складним та менш доступним аніж для тих, хто вже в ремісії. Ці пацієнти мають більшу схильність до застосування копінг-стратегій та захисних механізмів у стресових ситуаціях. Пацієнти у ремісії можуть проживати афекти через адаптацію до захворювання і процесу лікування.

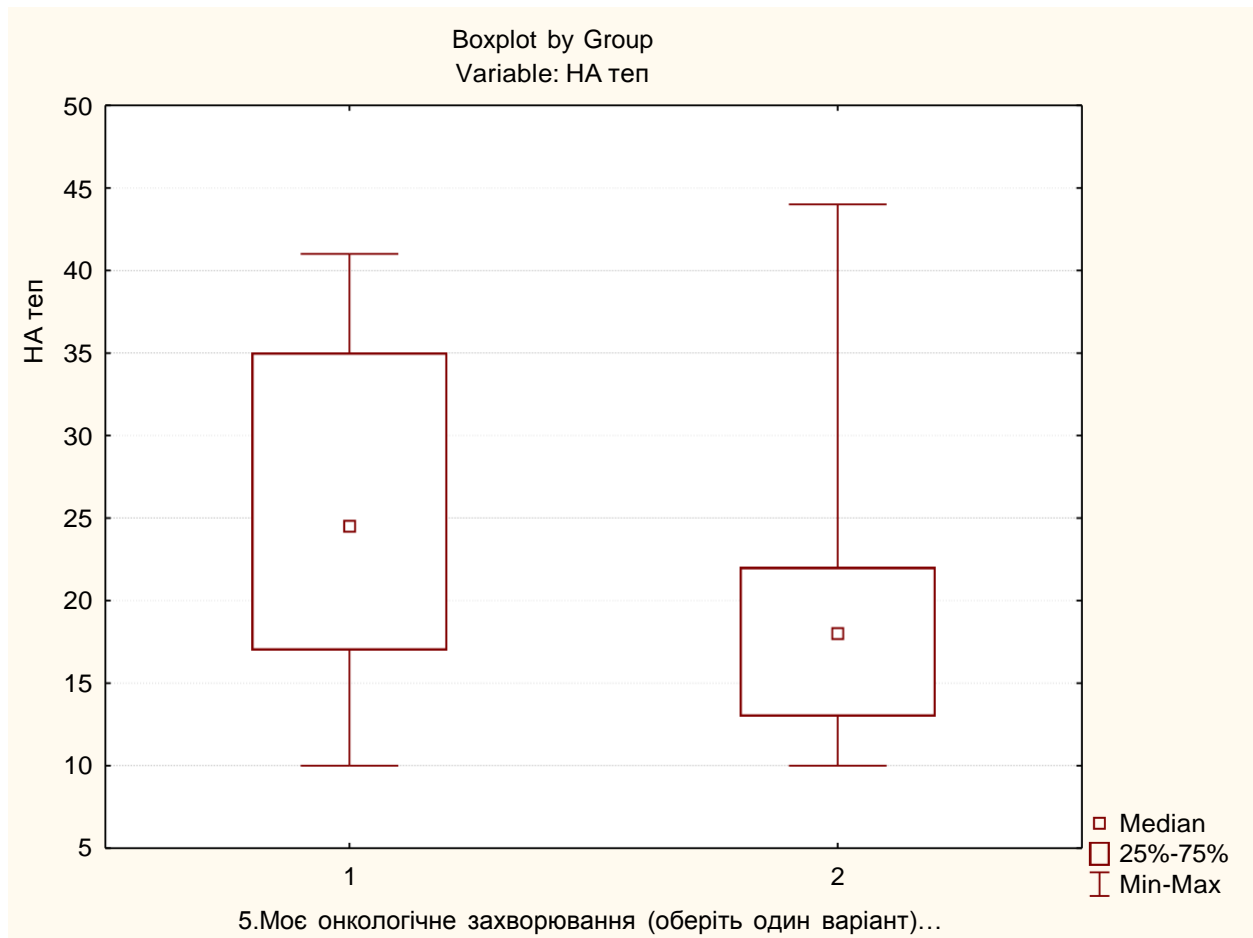


Рис.2.15 Графік зміни значення негативних афектів на актуальний період дослідження для двохгруп опитуваних за показником стану захворювання (в лікуванні – 1 група, в ремісії – 2 група).

Для порівняльного аналізу емоційної регуляції онкохворих було також обрано інші дві групи опитуваних за критерієм наявності загрози з точки зору пацієнта. Відповідно порівнювалися дві групи осіб: у яких наявна загроза для життя

– 1 група, у яких немає загрози для життя – 0 група.

В межах емпіричного дослідження було виявлено також статистично значущі відмінності (за критерієм Манна-Уїтні) за суб'єктивним показником того, чи вплинула ситуація з коронавірусною пандемією а емоційний стан онкохворих.

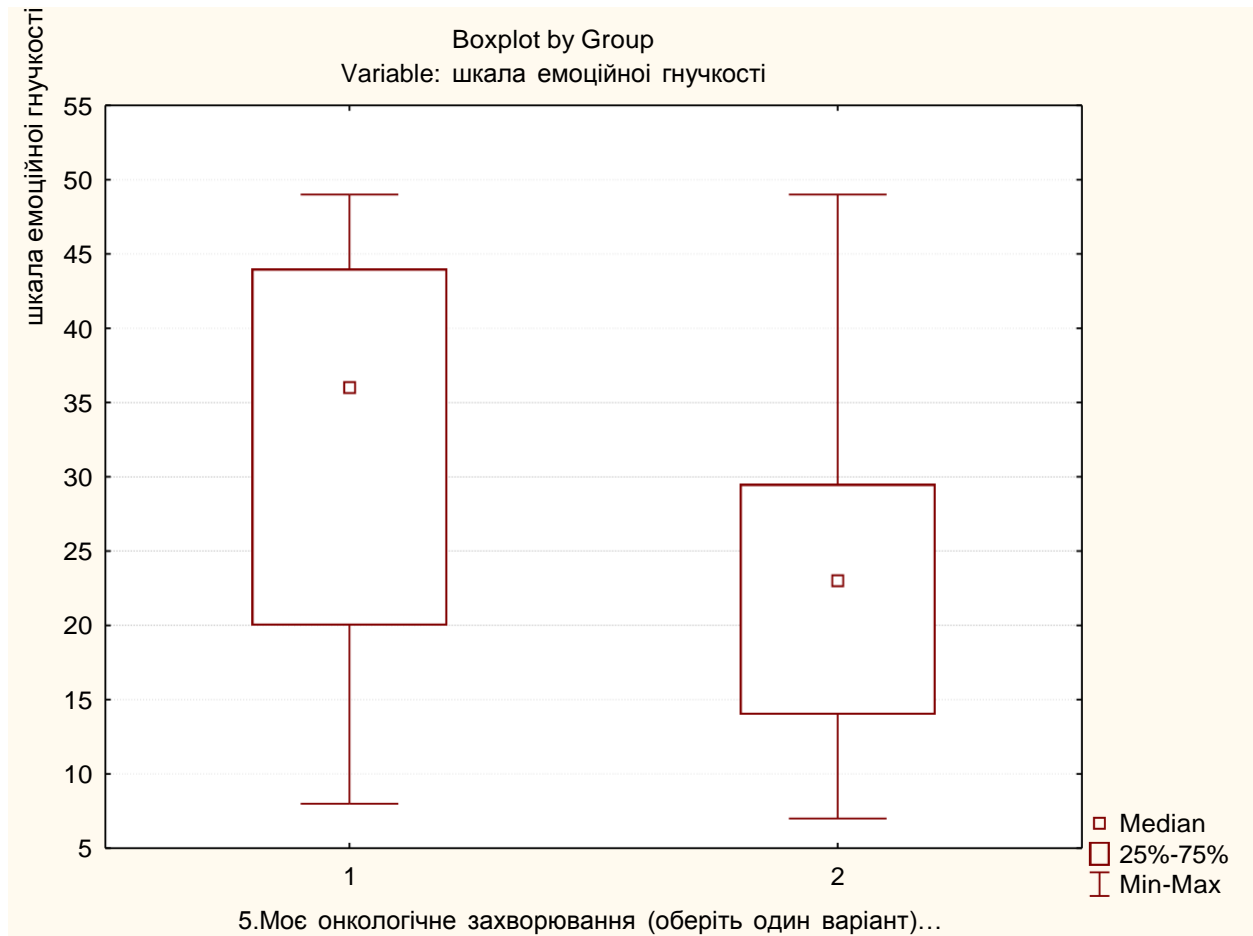


Рис.2.16 Графік зміни значення емоційної ригідності для двох груп опитуваних за показником стану захворювання (в лікуванні – 1 група, в ремісії – 2 група).

У двох групах за показником того, чи зберігається загроза для життя (група 1, N=51 ос., 69% досліджуваних), чи загрози життю немає (група 0, N=23 ос., 31% досліджуваних) ми виявили наступні результати порівняльного аналізу. У групі, опитувані якої вважають, що для них зберігається загроза для життя в наслідок перенесеного онкозахворювання, спостерігаємо суттєвий вплив на їх емоційний стан в умовах пандемії. Натомість для опитуваних у другій групі, де учасники

вважають, що загрози для життя немає, спостерігаємо протилежну картину щодо їх емоційного стану (рис.2.17).

Таблиця 2.12

Показники порівняльного аналізу впливу пандемії на емоційний стан опитуваних за показником наявності загрози для здоров'я (наявна загроза – 1 група, немає загрози – 0 група)

Variable	Mann-Whitney U Test By variable 6.Чи збірається загроза для життя в наслідок вашого захворювання? Marked tests are significant at $p < ,05000$						
	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N	2*1sided
8.Як ви вважаєте, чи вплинула ситуація з коронавірусною пандемією на ваш емоційний стан?	2,01465	0,043942	2,14316	0,032101	51	23	0,043989

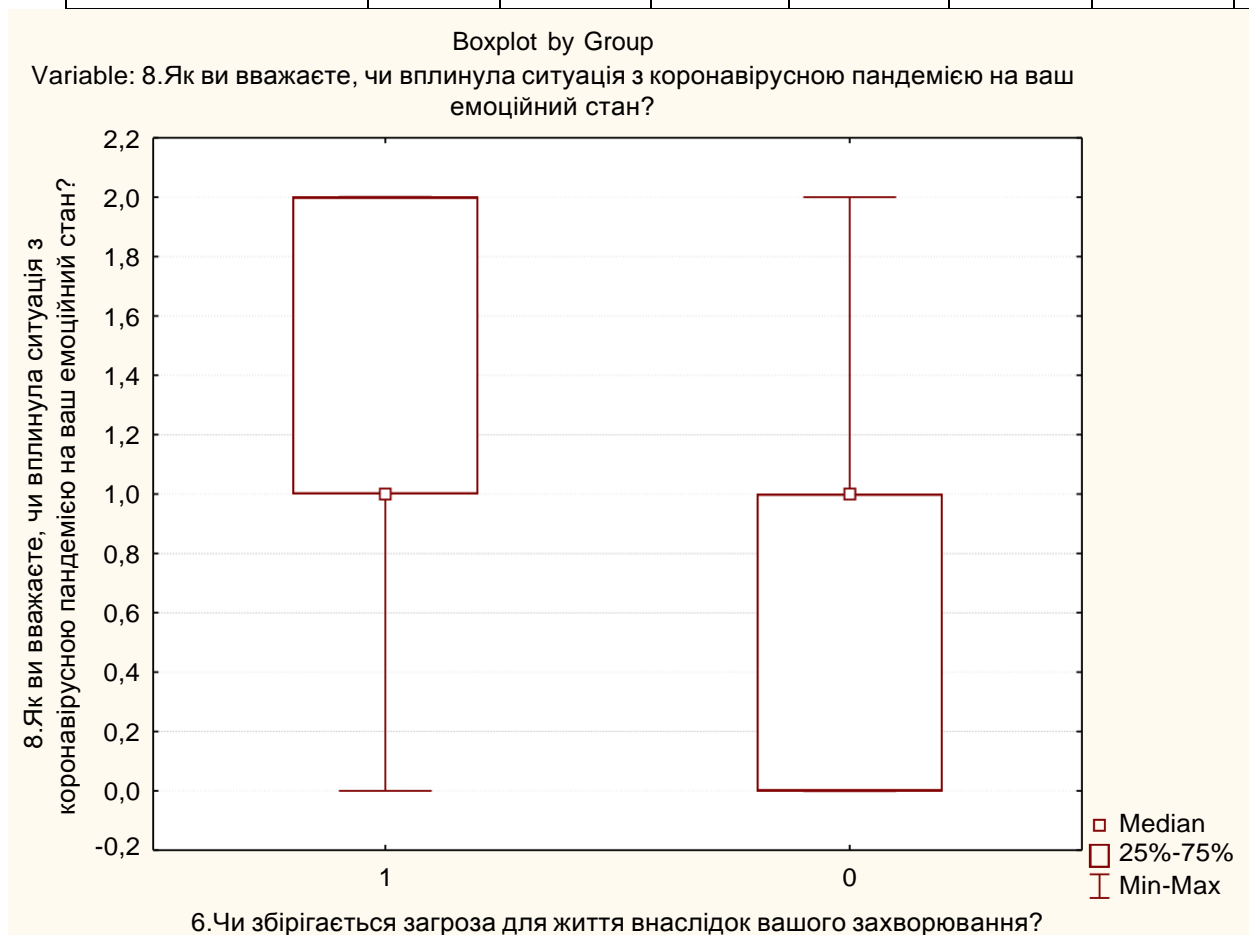


Рис.2.17 Графік зміни значення показника впливу пандемії на емоційний стан опитуваних за показником наявності загрози для здоров'я (наявна загроза – 1 група, немає загрози – 0 група).

Кореляційний аналіз

Наступним етапом нашого дослідження була емпірична перевірка гіпотези про те, що домінування позитивного чи негативного афекту онкохворих визначається особливостями копінг-стратегій. Для цього ми застосували кореляційний аналіз даних.

Перевіряючи узгодженість шкал з нормальним розподілом за допомогою критерію Шапіро-Уїлка, було виявлено, що розподіл більшості шкал не є узгоджених з нормальним, що дозволило нам застосовувати непараметричні критерії обробки даних. Відтак для проведення кореляційного аналізу ми використали критерій рангової кореляції Спірмена.

Дані крос-кореляційного аналізу шкал крихкості щастя, когнітивної переоцінки, подавлення експресії, емоційної ригідності, вирішення проблем, пошуку соціальної підтримки, уникнення проблем та шкал/показників позитивних та негативних афектів на початок пандемії та на актуальний момент дослідження представлені в таблиці 2.13.

Таблиця 2.13

Показники крос-кореляційного аналізу зв'язку між емоційним станом онкохворих та їх копінг-стратегіями ($p \leq 0,05$)

Шкали копінг стратегій	ПА [*] поч	НА ^{**} поч	ПА ^{***} теп	НА ^{****} теп	ПАпоч - НАпоч	ПАтеп - НАтеп
Шкала крихкості щастя	-0,31	0,26	-0,40	0,15	-0,38	-0,38
Шкала когнітивної переоцінки	0,08	-0,14	0,22	-0,29	0,12	0,28
Шкала подавлення експресії	-0,09	0,13	-0,14	-0,01	-0,21	-0,11
Шкала емоційної ригідності	-0,30	0,33	-0,52	0,49	-0,44	-0,62
Шкала вирішення проблем	0,17	0,06	0,24	-0,24	0,05	0,33
Шкала пошуку соціальної підтримки	-0,15	0,14	0,03	-0,001	-0,21	0,07
Шкала уникнення проблем	-0,21	0,09	-0,31	0,04	-0,21	-0,24

Примітка ПА^{*} поч – позитивні афекти на початок пандемії
НА^{**} поч – негативні афекти на початок пандемії

ПА^{***} теп - позитивні афекти на актуальний період дослідження

НА^{****} теп - негативні афекти на актуальний період дослідження

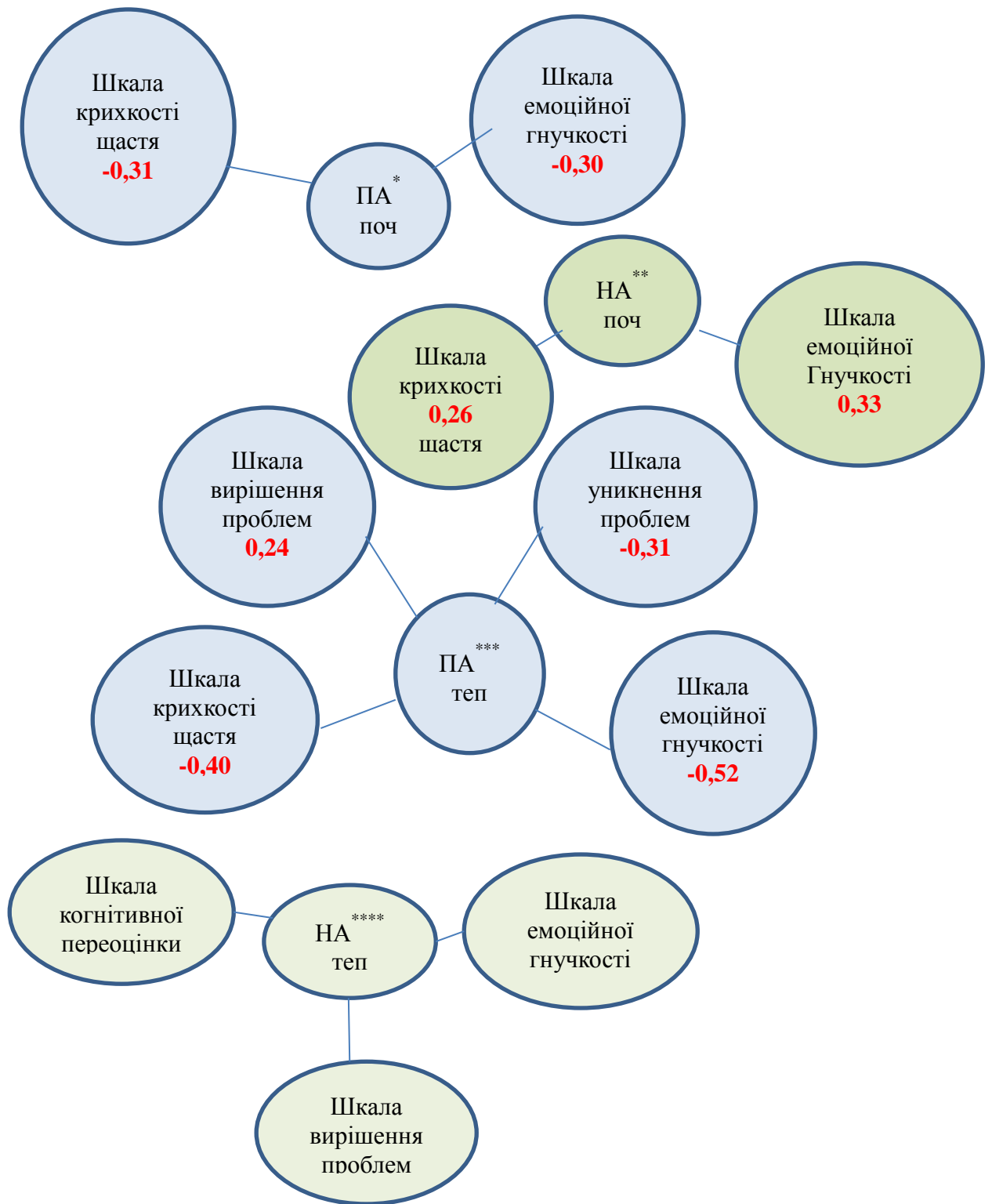


Рис. 2.18 Графіки показників крос-кореляційного зв'язку між емоційним станомонкохворих та їх копінг-стратегіями

Як свідчать дані таблиці 2.13 чим вищий показник крихкості щастя, тим нижчий позитивний афект на початку пандемії ($r=-0,31$) і тим вищий негативний афект на початку пандемії ($r=0,26$). Відповідно, тим нижчий позитивний афект на тепер ($r=-0,40$). Таким чином, можемо зробити висновок, що показник крихкості щастя пов'язаний з показником афекту домінування емоцій, які людина переживає. Отже, особи з онкозахворюванням, які мають переконання, що щастя крихке, а вони не мають впливу на це, мають нижчий прояв позитивних емоцій і відповідно вищий прояв негативних емоцій.

Наступним показником у кореляційному дослідженні є шкала когнітивної переоцінки. Відповідно до даних таблиці 2.13, чим вища здатність когнітивної переоцінки, тим нижчий показник негативних емоцій на тепер ($r=-0,29$) та відповідно вищий показник переважання позитивних афектів над негативними ($r=0,28$). Тобто, якщо онкохворі здатні до переоцінки у мисленні, то мають здатність переживати більше позитивних емоцій аніж негативних.

Шкали подавлення експресії та пошуку соціальної підтримки є незначущими, тобто їх вплив на емоційний стан онкохворих є незначним. Натомість шкала емоційної ригідності є значно значущою. Чим вища емоційна ригідність онкохворих, тим нижчий показник позитивного афекту ($r=-0,30$; $r=-0,52$) та вищий показник негативного афекту ($r=0,33$; $r=0,49$) як на початок пандемії так і на актуальний період дослідження. Тому і переважання позитивного афекту над негативним відповідно зменшилося із збільшенням емоційної ригідності ($r=-0,44$; $r=-0,62$). Це обумовлюється тим, що у період захворювання та переживання загрози для життя процесу пандемії у пацієнтів значно загострюється ригідність через захисні механізми та неадаптивні копінг-стратегії. Тому для них властивим є проживання переважно негативних емоцій.

За шкалою вирішення проблем, чим вищий показник цієї шкали, тим вищий показник позитивних афектів і нижчий показник негативних афектів на актуальний

період дослідження ($r=0,24$; $r=-0,24$). Відповідно цей показник корелює із показником переваги позитивних афектів над негативними на актуальний період дослідження ($r=0,33$). Це може свідчити про вплив поведінкової здібності адаптації онкохворих до проблем та їх вирішування на переважання позитивних емоцій над негативними.

Відповідно за шкалою уникнення проблем спостерігаємо дещо протилежну картину до попередньої шкали. Чим вищий показник уникнення проблем, тим нижчий показник позитивних афектів та їх переважання над негативними ($r=-0,31$; $r=-0,24$). Це свідчить про вплив копінг-стратегії, що передбачає уникнення проблем на збільшення негативних емоцій онкохворих у період пандемії.

На основі кореляційного аналізу ми з'ясували, що існує взаємозалежність між переживаннями афекту онкохворими та їх копінг-стратегіями, тому перша гіпотеза підтвердилася. Серед розглянутих копінг-стратегій найвиразніший зв'язок із емоційним станом досліджуваних мають саме шкала емоційної ригідності та шкала крихкості щастя. У період захворювання та переживання загрози процесу пандемії для життя, негативні афекти переважають. Для людини з емоційною ригідністю, яка переживає досвід реальної загрози життю, є властивим проживання негативних емоцій.

2.5. Результати регресійного аналізу показників емоційного стану досліджуваних

Регресійний аналіз показує, які параметри, які чинники і в якій мірі є визначальними в контексті якоїсь однієї змінної. Він дозволяє дослідити, які незалежні змінні впливають на яку залежну змінну і в якій мірі. Гіпотеза, яка досліджувалася цим методом була сформульована наступним чином: особистісні риси мають більш виразний вплив на емоційний стан опитуваних, ніж інші чинники.

В результаті застосування регресійного аналізу ми дізналися на скільки наше

припущення є достовірним. Тобто, чи дійсно особистісні риси мають більш виразний вплив на емоційний стан опитуваних, аніж інші чинники (пандемія Covid-19, онкозахворювання та ін.). Для дослідження нашої гіпотези, як залежну змінну ми обрали показник зміни позитивних та негативних афектів у актуальному періоді. Відповідно, незалежними змінними було обрано «Сімейний стан та підтримка рідних», «Стаж захворювання», «Чи зберігається загроза життю», «Екстраверсія»,

«Дружелюбність», «Добросовісність», «Емоційна стабільність», «Відкритість новому досвіду», «Шкала крихкості щастя», «Шкала когнітивної переоцінки»,

«Шкала подавлення експресії», «Шкала емоційної ригідності», «Шкала вирішення проблем», «Шкала пошуку соціальної підтримки», «Шкала уникнення проблем». Ми провели регресійне дослідження у обох періодах – на початок пандемії та на актуальний період дослідження.

Важливими статистичними показниками регресійного аналізу є коефіцієнт множинної кореляції (R) та коефіцієнт множинної детермінації (R^2). Коефіцієнт множинної детермінації – частка дисперсії залежної змінної, яка обумовлена мінливістю значень незалежної змінної. Вона показує, який відсоток значень залежних змінних пояснює мінливість незалежної змінної. У нашому дослідженні показник R^2 відповідно склав 0,43 та 0,61 на початок пандемії та на актуальний період дослідження. Це значення є суттєвим, оскільки складає відповідно 43% та 61% відповідно, що засвідчило про суттєвий вплив окремих показників на емоційний стан досліджуваної групи.

Згідно моделі дослідження на початок пандемії найсуттєвіший вплив склали (табл. 2.14 та 2.15) такі копінг-стратегії як емоційна ригідність (18%), пошук соціальної підтримки (6,5%), переконання про крихкість щастя (6,4%) та особистісна риса емоційної стабільності (3,8%). Тобто можна ствердити, що в цій моделі на початок пандемії емоційна ригідність як копінг-стратегія відіграє найважливішу роль у визначенні емоційного стану досліджуваної групи. Тобто те,

як людина буде себе почувати емоційно головно залежить від її емоційної ригідності/гнучкості. На другому місці по важливості впливу на емоційний стан досліджуваної групи на початок пандемії є пошук соціальної підтримки переконання про крихкість щастя та така особистісна риса як емоційна стабільність. Тобто на початку пандемії емоційний стан досліджуваної групи залежав в більшій мірі від копінг-стратегій аніж від особистісних рис. Тому в даному випадку можна стверджувати що наша гіпотеза частково підтвердилася. Серед інших особистісних рис, що увійшли до регресійної моделі як на початок пандемії так і на актуальний період дослідження виділилася ще дружелюбність та відкритість новому досвіду. Однак вона не мала значущого впливу на емоційний стан досліджуваної групи.

Як свідчать дані таблиці 2.14 на початок пандемії найбільш впливовими на емоційний стан досліджуваної групи виявились копінг-стратегії пошуку соціальної підтримки (Beta = - **0,29**), крихкості щастя (Beta = - **0,31**), відкритості новому досвіду (Beta = - **0,20**) та подавлення експресії (Beta = - **0,20**). Зокрема, дані моделі демонструють, що при виявленні копінг-стратегії пошуку соціальної підтримки на початку пандемії емоційний стан досліджуваної групи погіршився. Це пояснюється тим, що людина у стресовій ситуації пандемії звертаючись за соціальною підтримкою дозволяє собі виявити негативні емоції. Копінг-стратегія крихкості щастя також вплинула на погіршення емоційного стану досліджуваної групи. Оскільки пандемія корона вірусу додала додаткових загроз для здоров'я та життя і люди із цією копінг-стратегією ще більше відчули крихкість щастя у невизначених умовах життя. За копінг-стратегією відкритості новому досвіду із її посиленням емоційний стан погіршується, оскільки людина у новому досвіді природньо переживає стрес та тривогу. Подавлення експресії має негативні наслідки для емоційного благополуччя. У регресійній моделі саме такий вплив має цей показник на емоційний стан досліджуваної групи.

Дані таблиці 2.15 показують, що згідно моделі на актуальний період

дослідження найвпливовішими на емоційний стан досліджуваної групи були копінг-стратегія емоційної ригідності (46,5%), особистісна риса емоційної стабільності (7,1%) та показник загрози для життя, що зберігається (4,4%). Далі йдуть особистісні риси відкритості новому досвіду, дружелюбність та копінг-стратегії вирішення проблем, подавлення експресії, пошуку соціальної підтримки, когнітивної переоцінки та крихкості щастя. До переліку показників що увійшли у регресійну модель на актуальний період дослідження належать показники сімейного стану та підтримки рідних, а також стаж захворювання. Однак ці показники не виявили значного впливу на емоційний стан досліджуваної групи.

За даними таблиці 2.16 показник емоційної ригідності у актуальному періоді дослідження є найбільш значимий ($Beta = -0,42$). Він із знаком мінус і це означає, що із зростанням емоційної ригідності емоційний стан досліджуваної групи погіршився. Для ситуації, коли виникає загроза життю, людина з емоційною ригідністю буде виявляти більше негативні емоції оскільки керується та проявляє неадаптивні копінг-стратегії та захисні механізми. Щось протилежне спостерігаємо у випадку впливу емоційної стабільності на емоційний стан досліджуваної групи. У випадку зростання емоційної стабільності емоційний стан покращується ($Beta = 0,27$). Якщо зберігається загроза для життя, то відповідно емоційний стан погіршується ($Beta = -0,23$). Цікавим є випадок залежності емоційного стану досліджуваної групи від такої копінг-стратегії як відкритість новому досвіду ($Beta = -0,26$). Із посиленням цієї копінг-стратегії емоційний стан погіршується, оскільки людина у новому досвіді природньо переживає стрес та тривогу. Копінг-стратегія вирішення проблем впливає на покращення емоційного стану, оскільки вона дозволяє людині емоційно стабілізуватися у проблемних ситуаціях ($Beta = 0,24$).

Моделі детермінації зміни емоційного стану досліджуваної групи на початок пандемії корона вірусу та на актуальний період дослідження вказують (табл.2.14-табл.2.18), що зміна їх емоційного стану викликана не стільки особистісними

рисами опитуваних, сімейним станом та підтримкою близьких, чи іншими факторами. В більшій мірі вона викликана копінг-стратегіями, зокрема емоційної ригідності, яка у актуальний період дослідження виявилася найвпливовішою, а також до неї додалася така особистісна риса як емоційна стабільність. Зміна емоцій у цьому періоді дослідження детермінована тим, наскільки людина схильна до емоційної ригідності/гнучкості та емоційної стабільності. Емоційна стабільність на початку пандемії була менш важлива, ніж в ході пандемії. Ситуація з розгортанням пандемії розхитала емоційний стан опитуваних і ті, у кого розвинута риса емоційної стабільності на перший план впливло питання загрози життю. На початку пандемії для опитуваних актуальним було бути емоційно гнучким, мати соціальну підтримку та враховувати екзистенційні підходи до крихкості щастя. На актуальний стан дослідження на емоційний стан опитуваних мали визначальний вплив знову ж таки емоційна ригідність, емоційна стабільність а також загроза для життя в наслідок захворювання. Очевидно, важливим на період дослідження є психотерапевтична робота з онкохворими над їх копінг-стратегіями емоційної гнучкості та їх особистісною рисою емоційної стабільності.

Таким чином, наша гіпотеза про визначальний вплив особистісних рис на емоційний стан досліджуваної групи не підтвердилась. Натомість було виявлено домінування у зміні емоційного стану впливу копінг-стратегій, а саме емоційної ригідності, пошуку соціальної підтримки та крихкості щастя.

2.6. Дискусія результатів

За результатами аналізу емпіричної частини дослідження можемо ствердити, що теоретичні міркування про психологічний профіль онкохворих пацієнтів та його вплив на емоційну регуляцію у стресових ситуаціях, зокрема у період пандемії коронавірусу узгоджується із результатами нашого дослідження та емпіричних досліджень інших авторів. Зокрема, Зарицька В.В. вказує, зовнішня емоційна регуляція виявляється в тих емоціях, які не породжуються безпосередньо

діяльністю, а викликаються будь-яким зовнішнім щодо діяльності фактором (Зарицька В.В., 2010). Леонтьев О.М. стверджував, що афекти виконують регулюючу функцію за допомогою утворення специфічного досвіду – афективних слідів («афективних комплексів»), котрі контролюють поведінку в ситуаціях, що були схожі з тими, які викликають афект. Наше дослідження підтвердило, особливо для онкохворих пацієнтів, що хворіли в минулому, їхні адаптаційні можливості щодо емоційної регуляції в період пандемії є ефективнішими ніж у тих, хто у процесі лікування. За підходами Л. Temoshok риси особистості визначають емоційний стан онкохворих пацієнтів, та однак у ншому дослідженні було виявлено вагомий вплив на емоційний стан лише однієї особистісної риси – емоційної стійкості. Іншими чинниками виявилися копінг-стратегії емоційної ригідності та шкали щастя.

Наші результати теж вказують на вплив пандемії як зовнішнього чинника на емоційний стан онкохворих пацієнтів. Нами виявлено основні чинники, що впливали на емоційний стан онкохворих пацієнтів у період пандемії. Ними виявилися копінг-стратегія емоційної ригідності та особистісна риса емоційної стійкості. Однак, нам не вдалося охопити в дослідженні в повній мірі впливу пандемії коронавірусу на емоційний стан онкохворих пацієнтів. Це могло б бути продовженням даного дослідження у майбутньому. Також емпірична вибірка дослідження охоплювала за статевою ознакою лише жінок. Для ширшого дослідження у майбутньому доцільнобуло б включити ще й у вибірку чоловіків.

Отримані результати дослідження можуть бути використані для психологічного супроводу та психотерапевтування онкохворих пацієнтів із врахуванням впливу ситуації пандемії коронавірусу.

Висновки до другого розділу

Узагальнюючи результати математико-статистичного аналізу, можемо зробити наступні висновки.

1. У дослідженні взяло участь 74 осіб, рівномірно розподілені за віком у три групи: до 40 років; від 40 до 50 років; від 50 і більше. Дослідження показали, що вікова структура досліджуваних за розподілом їх на три групи (до 40 років; від 40 до 50 років та від 50 і більше) складає приблизно однакову частку. За показником сімейного стану переважають ті особи, що є заміжні та відчувають підтримку у сім'ї. За показником стажу захворювання переважають особи, що хворіли в межах 10 років, із них 47% тих, хто хворів в межах року, тобто в актуальному періоді дослідження. У групі опитуваних ми виділили три підгрупи за станом захворювання. Найбільша частка припадає на підгрупу осіб, що в ремісії. Вона склала 46 % від загальної кількості респондентів. На запитання чи зберігається загроза життю більшість відповіли, що зберігається (69%). За показником впливу ситуації пандемії на емоційний стан опитуваних близько 70 % відповіли ствердно, що може свідчити про певний вплив пандемії на їх емоційний стан.

2. Серед опитуваних спостерігається переважно симптоматика пов'язана із пригніченим настроєм, упадком сил та нервозністю і дратівливістю (на основі асоціативного методу аналізу та середніх значень опитувальника). Це характерні симптоми для осіб, що мали досвід онкозахворювання та його лікування. Найчастіше вживані слова як асоціація до слова пандемія Covid-19 це страх, смерть, небезпека та паніка. За ними йдуть часто вживані слова безпомічність ізоляція невизначеність та загроза.

3. На основі порівняльного аналізу, дослідивши зміну показника позитивних та негативних афектів, виявилось, що процес пандемії має значний вплив на емоційний стан тих осіб, які знаходяться у лікуванні. Натомість незначний вплив пандемії спостерігається у підгрупі осіб у ремісії. Найменший вплив процесу пандемії на емоційний стан у підгрупі осіб, які хворіли в минулому. Загалом, за результатами порівняльного аналізу ми отримали підтвердження другої гіпотези про те, що під впливом пандемії емоційний стан опитуваних

погіршився.

4. Кореляційний аналіз зв'язків між емоційним станом онкохворих та їх копінг-стратегіями показав, що такий зв'язок існує, що підтверджує нашу гіпотезу про взаємозв'язок між домінуванням афекту та копінг-стратегіями онкохворих.

5. Дослідження показало, що гіпотеза про визначальний вплив особистісних рис на емоційний стан досліджуваної групи не підтвердилась, згідно результатів регресійного аналізу. Натомість було виявлено домінування у зміні емоційного стану впливу копінг-стратегій, а саме емоційної ригідності, пошуку соціальної підтримки та крижкості щастя.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ РОЗВИТКУ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇВ ОНКОХВОРИХ ПАЦІЄНТІВ

3.1. Психотерапевтичне втручання у розвиток емоційної гнучкості онкохворих пацієнтів.

Наші результати емпіричного дослідження дають змогу акцентувати на необхідності психологічного супроводу, розвитку емоційної регуляції онкохворих пацієнтів, зокрема певних її параметрів, виявлених у ході дослідження. Обґрунтуємо стратегії психологічного супроводу у цьому розділі.

Психологічна резилентність (від англ. Resilience - пружність, еластичність) - Резилентність - це вроджене динамічна властивість особистості, що лежить в основі здатності долати стреси і важкі періоди життя конструктивним шляхом. Незважаючи на те, що ця властивість вроджена, її можна розвивати.

Дане поняття прийшло в психологію з фізики, де воно означає здатність твердих тіл відновлювати свою форму після механічного тиску. Під резилентністю в психології розуміється здатність зберігати в несприятливих ситуаціях стабільний рівень психологічного та фізичного функціонування, виходити з таких ситуацій без стійких порушень, успішно адаптуючись до несприятливих змін. Вивчення резилентності зосереджене на виявленні та описі характеристик особистості успішних і процвітаючих індивідів, незважаючи на життя у важких умовах, тобто тих, хто успішно адаптувалися до потенційно травмуючих чи стресових подій.

Нагадаємо, що стресова ситуація характеризується суттєвими фізичними і психічними навантаженнями, різноманітними сильними подразниками, що порушують звичний перебіг життя (нещастя, важке захворювання, зневажливе ставлення, незаслужені образи, неправда, втрати, несподівані перепони) або браком подразників (монотонність, самотність, брак руху, інформації, ізоляція тощо). Відповідно в умовах стресу є необхідною адаптація, як здатність живого організму

приспосовуватися до змін навколишнього середовища, зовнішніх (внутрішніх) умов існування шляхом збереження і підтримання фізичної та психічної рівноваги. Процес адаптації до стресової ситуації відбувається в такій послідовності. (Рис. 3.1) (Царенко Л., 2018) Якщо адаптація відсутня, то наступними стадіями розгортання стресу є: у відповідь на тривогу, спричинену стресором (стадія 1), організм реагує на фізіологічні зміни з метою мобілізації його захисних сил (стадія 2). У цей час людина перебуває у стані напруги та настороженості, але фізично та психічно відчувається добре - симптоми хвороби зникають, а витривалість підвищується.

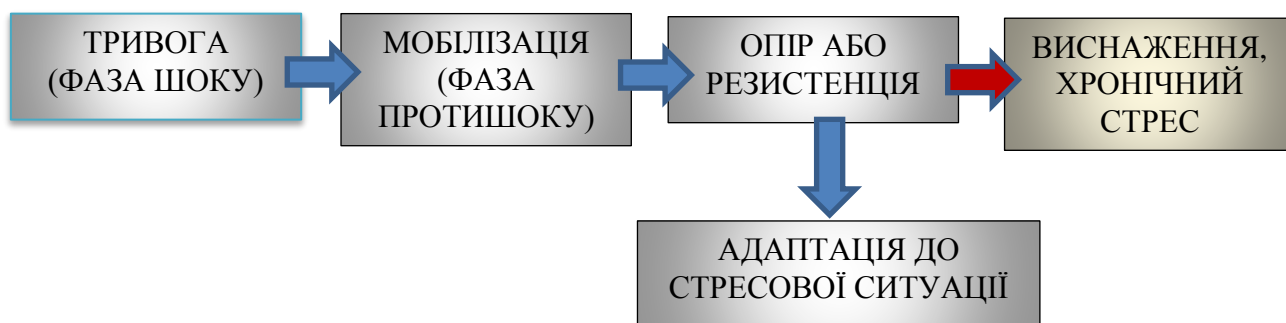


Рис.3.1 Процес адаптації до стресової ситуації (Царенко Л., 2018)

Тривалість третього етапу - резистентність або опір - залежить від особливостей та конкретних обставин організму. У цей час стійкість людського організму до сильних впливів навколишнього середовища зростає, і з часом вона може стабілізуватися та адаптуватися до стресового середовища (стадія 4). Якщо людина не може пристосуватися до стресової ситуації, опір заміниться виснаженням (п'ята стадія), що представляє собою різке зниження психічних і фізичних функцій. Людина в стадії виснаження потребує допомоги, що полягає або в психологічній підтримці, або в усуненні стресора. Виснаження може перейти у хронічний стрес (дистрес) (шоста стадія). Цей стан характеризується песимізмом, пригніченням, в'ялістю; порушенням сну й апетиту; дратівливістю, невдоволенням; тривожністю, агресивністю; зниженням працездатності, погіршенням здоров'я.

Тут варто згадати про можливі психотерапевтичні способи зняття стресу та дистресу, сприяння психологічній адаптації людини. Їх можна виділити у наступні групи.

- Зменшення тілесного стресу;
- Когнітивне зменшення стресу;
- Емоційне зменшення стресу.

Одним із поширених підходів до саморегуляції стресу є **Майндфулнес терапія** - терапія уважності. Це спосіб вирішення психологічних проблем людей, поєднуючи поняття уважності з мисленням у когнітивно-поведінковій психології. Даний підхід був рекомендований Національним інститутом досконалості клініки та охорони здоров'я (NICE) та офіційно визнаний ефективним методом лікування. Основою програми є розвиток навичок свідомості за допомогою адаптивних методів медитації (медитація уважності). У власній психотерапії пройшла цю програму, яка тривала вісім тижнів по дві години кожна із частотою зустрічей один раз в тиждень. Результатами цього досвіду були зміни у результатах тестування до і після курсу психотерапії за опитувальником Бека. Ця методика розрахована для людей у яких спостерігається: переживання хронічного стресу; повторювані епізоди депресії; страждання від надмірної тривоги. Власне такими характеристиками і описується психологічний профіль онкохворого пацієнта. Тому, на нашу думку, даний підхід можна використовувати для розвитку емоційної гнучкості та зняття стресу, що переживає онкохворий пацієнт.

Іншою цікавою методикою у розвитку емоційної гнучкості може стати **терапія прийняття**. Щоб допомогти людям розвинути психологічну гнучкість, у ТПВ використовують шість ключових принципів: прийняття, поділ (не-злиття), контакт зі справжньою миттю, позиція спостерігача, цінності та проактивність.

1. **Прийняття** — вибір людини дозволити собі переживати негативні думки й почуття, а не заперечувати їх.

2. **Поділ (не-злиття)** — те, як можна реагувати на власні думки та/або почуття. По-іншому навчитися сприймати власні негативні думки та почуття.

3. **Контакт зі справжньою миттю** — подібне на майндфулнес, зосередження на моменті й переживанні його сповна, зауважуючи всі свої почуття та емоції.

4. **Позиція спостерігача (або Я-контекст)** полягає у сприйманні своїх емоцій та почуттів не як частини себе, а як переживання чогось з нами. Негативні думки не є самою людиною, а лише є тимчасово присутніми у її житті.

Цінності, які є важливими для клієнта досліджуються в межах терапії шляхом саморефлексії.

5. **Проактивність** — вчинки, які людина робить відповідно до, обраних раніше, цінностей. Мета терапії — досягати цілей та жити життям, яке відповідає власним цінностям.

Щодо зменшення емоційного стресу у психотерапії онкохворих, то на власній практиці досвідчила в роботі із онкохворою пацієнткою, ефективність валідизації та вербалізації негативних емоцій, які раніше придушувались, витіснялися чи відігравалися певними захисними моделями поведінки. Відігрування розглядається тут як несвідомий розвиток сценарію, що лякає. Оскільки, в минулому ці емоції пацієнтка заборонила собі сама чи її близькі, то вивчення і проживання їх склало важливу частину психотерапевтичного процесу. Таким чином, онкохвора пацієнтка отримувала можливість дозволяти заборонені раніше емоції та, у безпечний та екологічний спосіб, їх виражати. Це дозволяло їй переживати інтеграцію болючих та стресових ситуацій, травматичних подій, неприємних та заборонених емоцій. Часто у терапевтичному процесі відбувалася зміна мислення, переоцінка цінностей та життєвих принципів, яка давала можливість проживати стрес у конструктивний спосіб, не руйнуючи власну особисту цілісність.

3.2. Психотерапевтичний вплив на емоційну стійкість онкохворого пацієнта в умовах коронавірусної пандемії

Іншою складовою емоційної регуляції, що має значний вплив на зміну емоційного стану онкохворих в умовах пандемії коронавірусу, виявилась в емпіричній частині дослідження така здібність людини як емоційна стійкість. Емоційна стійкість з одного боку - результат цілісної функціональної системи емоційної саморегуляції у стресових ситуаціях, з іншого - системна здібність особистості, що набувається індивідом, і що виявляється у нього в єдності емоційних, інтелектуальних, вольових та інших відносин, в які він залучається у стресових ситуаціях.

Функціями емоційної стійкості є гомеостатична та адаптаційна. (О. А. Ашихміною, 2009) Перша - виконує регуляторну стабілізуючу роль, тобто підтримує емоційний баланс, друга – дозволяє людині гнучко і адекватно пристосовуватися до нових чи мінливих зовнішніх умов або внутрішнього стану без негативних наслідків, визнаних стрес-факторами. Остання функція є запорукою підтримання гомеостазу між внутрішнім емоційним станом та зовнішньою ситуацією. Вона дозволяє максимально ефективно вирішувати поставлені завдання адаптації до стресу (Ашихмина О. А., 2009). Протилежною до емоційної стійкості є емоційна вразливість. Саме для онкохворих пацієнтів емоційна вразливість є значно розвинутою здібністю. Емоційна стійкість й емоційна вразливість можуть протиставлятися як різні властивості особистості за критерієм їх значущості для успішного врівноваження суб'єкта із змінюваним середовищем, однією з форм виявлення якої можна вважати збереження гомеостазу. Емоційна стійкість як прояв волі дозволяє регулювати власні емоції і долати стан підвищеного емоційного збудження при виконанні певних функцій.

Щодо оцінки емоційної стійкості, то виділяють такі критерії: людина вважається емоційно стійкою, якщо емоційне збудження не перевищує порогового

рівня; якщо у поведінці людини не спостерігається патологічні порушення. Основними емоціями, які впливають на зростання емоційної вразливості людини є агресія, злість, самотність, страх, тривога та ін.. Розвиток емоційної стійкості у онкохворих пацієнтів можна розглядати як самоконтроль у відповідних стресових ситуаціях, коли зростає загроза для життя, так наприклад, в наслідок впливу пандемії коронавірусу. Часто ці емоції перебільшені спогадами із минулого та певними флеш-беками травматичних та стресових ситуацій, які переживали онкохворі у минулому. Це могли бути важкі спогади з дитинства, які стали базовими у проживанні подій дорослого життя. Психотерапевтичні принципи роботи із розвитком емоційної стійкості полягають саме в усвідомленні емоцій, що виникають в актуальних стресових для пацієнта ситуаціях, їх називанні, розумінні зв'язку актуальних емоцій та минулого досвіду, формулюванні нових життєвих правил, та виборі нових адаптивних копінг-стратегій.

Дієвим підходом для роботи із емоційною стійкістю у психодинамічному напрямку може бути метод кататимно-імагінативної психотерапії. При роботі з психосоматичними захворюваннями, зокрема із злоякісною онкологією, одним з головних механізмів психотерапевтичного впливу є контрольована регресія, пережита в легкому стані розслаблення в ході психотерапевтичного сеансу. Перебуваючи в сприятливих умовах підтримки з боку психотерапевта, в атмосфері довіри і прийняття, пацієнт звільняється від соціальної ролі, яка часто пов'язана з так званим фальшивим Self. Ця роль перекриває людині доступ до своєї справжньої сутності. Регресія дозволяє пацієнтові доторкнутися до своїх справжнім почуттів. Від здорової психотерапевтичної регресії слід відрізнити так звану злоякісну регресію, яка при зануренні пацієнта в неї викликає у нього бажання залишитися в ній. Якщо при контрольованій регресії пацієнт переживає свої інфантильні бажання і потреби, примиряючись з їх обмеженим здійсненням, то при злоякісній регресії він зациклюється на здійсненні цих бажань в реальному житті. Значне

посилення «Я» в ході процесу регресії дозволяє отримати в рамках підтримки психотерапевта заповнення архетипових потреб пацієнта, базових потреб і дефіциту в розвитку, недоотриманих в дитинстві. При цьому терапевт стежить за балансом психотерапевтичних відносин, регулюючи підтримуючі та конфронтуючі інтервенції, вміло керуючи рівнем регресивного занурення пацієнта і стимулюючи пацієнта до повернення в дорослу позицію. Регресія в образах супроводжується символічним задоволенням архаїчних потреб: оральним насиченням, отриманим задоволенням від торкання води, землі, тактильно приємними матеріалами. За рахунок цього відбувається ресурсне підживлення Его, яке в свою чергу сприяє його посиленню. Часто онкологічне захворювання несе в собі пригнічені афекти - негативні або важко сприйнятні пацієнтами почуття, в якийсь момент недоступні для усвідомлення і тому витіснені в тілесну сферу, що стали згодом симптомами.

Ефект алекситимії - не здатності людини усвідомлювати, називати свої почуття, говорити про них - характерний багатьом онкологічним хворим. І при роботі з такими пацієнтами роль психотерапевта багато в чому подібно ролі матері, що навчає дитину розуміти свої емоції: коли вона немов відображає в дзеркалі почуття немовляти і називає їх начебто розжовуючи і роблячи зрозумілим складний для дитини емоційний світ. Даний процес відбувається поступово і послідовно: почуття і емоції пацієнт проживає безпосередньо під час представлення образу максимально ефективно на рівні тілесних реакцій, а

потім під час обговорення образу психотерапевт допомагає пацієнтові усвідомити свої почуття, назвати і прийняти їх. Часто в результаті роботи з пригніченими почуттями у психосоматичних пацієнтів розблокуються почуття страху, тривоги, образи, провини, сорому, агресії, ураженості, безпорадності. На фізіологічному рівні це може виявлятися різними тілесними реакціями: бурхливими сльозами, сіпанням кінцівок, хаотичними рухами, почервонінням шкіри, кашлем, підвищеним потовиділенням, позивами до

сечовипускання і іншими. Важливо відзначати і помічати ці фізіологічні зміни і дозволяти їм бути частиною психотерапевтичного процесу. Це можливість для пацієнта пережити не виплакані сльози, не висловлені образи, недозволену безпомічність. При цьому важливою є присутність когось іншого, щоб бути побаченим і почутим у своїх проявах, бути прийнятим в цих хворобливих станах. Після завершення етапу стабілізації і регресії настає етап нового проживання емоції агресії. Це стає доступним оскільки вже розблоковані інші емоції. Онкологічні хворі часто залежать від необхідності постійної присутності поруч іншої людини, яка б їх захищала і підтримувала, забезпечуючи їм відчуття цілісності і захищеності. Зловживання такою присутністю призводить до того, що їм важко висловлювати свою агресію відкрито. Вони постійно бояться спровокувати своєю агресією розставання з людьми, присутність і підтримка яких їм так необхідна. В ході індивідуації людині неминуче доводиться проявляти агресію, агресія служить регулюванням близькості і дистанції в стосунках з матір'ю і з іншими. У психосоматичних пацієнтів немає достатнього дистанціювання від материнського об'єкта. В результаті їм дуже важко в разі необхідності направляти агресію саме проти цього об'єкта, оскільки в їх фантазії агресія означає і аутоагресію. Тому так важливо у психотерапевтичному процесі допомагати вчитися виявляти агресію, згадуючи про актуальну реальність і змінюючи мислення пацієнта про близькість і дистанцію.

Основними техніками релаксації в даному психотерапевтичному підході можуть бути: концентративне розслаблення, аутотренінг за Шульцом, прогресуюча релаксація за Джекобсоном, техніка систематичної десенсибілізації за Вольпе, вправи на роботу з диханням, медитативні вправи на зосередження. Для роботи з уявою онкопацієнтам можна запропонувати наступні мотиви в методі кататимно-імагінативної психотерапії: Мій луг, Струмок, Прекрасна квітка, що тягнеться до сонця, Ідеал Я, Подорож по своєму тілу, Безпечне місце, Місце, де я була щасливою,

Оаза, Джерело сили та ін. (Родина Е., 2018)

До копінг-стратегій, як спосіб самопомоги у стресових ситуаціях слід звернути увагу на психотерапії з онкохворими пацієнтами на такі адаптивні їх різновиди як Проблемний аналіз, Встановлення власної цінності, Збереження самовладання, Протест, Оптимізм, Альтруїзм, Співпраця, Звернення. Також слід рекомендувати онкохворим пацієнтам відносно адаптивні копінг-стратегії, а саме: Відносність, Релігійність, Надання сенсу, Емоційна розрядка, Пасивна кооперація, Відволікання, Конструктивна активність.

Висновки до третього розділу

Таким чином, застосувавши відповідні підходи Майндфулнес, терапії прийняття та кататимно-імагінативної психотерапії до психотерапевтичної роботи з онкохворими в умовах пандемії коронавірусу можна сприяти розвитку емоційної регуляції шляхом розвитку більш конструктивних коупінг-стратегій. Наслідками терапевтичних процесів могли б бути покращення психологічної якості життя пацієнтів, отримання ними додаткових джерел задоволення та енергії, а отже, розвитку та зміцненню їх емоційної гнучкості та емоційної стабільності.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи наші теоретичні та емпіричні дослідження на тему емоційної регуляції онкологічних хворих в умовах пандемії коронавірусу, ми виявили, що:

1. Сучасний стан досліджень з питання особливостей емоційної регуляції онкологічних хворих в умовах пандемії коронавірусу є недостатнім, особливо із врахуванням ситуації пандемії коронавірусу. У науковій літературі є достатньо визначень та характеристик регуляції емоцій. Регулювання емоцій може залежати від вибору людиною стратегій подолання та властивостей особистості, які сформовані у неї. Однак сьогодні необхідно прояснити такі питання, як емоційна регуляція онкологічних хворих на різних стадіях лікування та стадії ремісії під час пандемії коронавірусу. Тому проблема нашого емпіричного дослідження полягала у визначенні характеристик емоційної регуляції онкохворих в умовах пандемії. Метою дослідження було проведення емпіричного аналізу компонентів емоційної регуляції онкологічних хворих у ситуації пандемії вірусу Covid-19 та розробка рекомендованих психотерапевтичних підходів для забезпечення психологічної підтримки онкологічних хворих під час пандемії.

2. Узагальнюючи емпіричний аналіз можемо зробити наступні висновки. Дослідження показали, що вікова структура досліджуваних за розподілом їх на три групи: до 40 років; від 40 до 50 років та від 50 і більше складає приблизно однакову частку. За показником стажу захворювання переважають особи, що хворіли в межах 10 років, із них 47% тих, хто хворів в межах року, тобто в актуальному періоді дослідження. У групі опитуваних ми виділили три підгрупи за станом захворювання. Найбільша частка припадає на підгрупу осіб, що в ремісії. Вона склала 46 % від загальної кількості респондентів. На запитання чи зберігається загроза життю більшість відповіли, що зберігається (69%). За показником впливу ситуації пандемії на емоційний стан опитуваних близько 70 % відповіли ствердно, що може свідчити про значний вплив пандемії на їх емоційний стан. Серед

опитуваних спостерігається переважно симптоматика, пов'язана із пригніченим настроєм, упадком сил та нервозністю і дратівливістю. Це - характерні симптоми для осіб, що мали досвід онкозахворювання та його лікування. Найчастіше вживані слова як асоціація до слова «пандемія Covid-19» це - страх, смерть, небезпека та паніка. За ними йдуть часто вживані слова безпомічність, ізоляція, невизначеність та загроза.

Дослідивши зміну показника позитивних та негативних афектів, виявилось, що процес пандемії має значний вплив на емоційний стан тих осіб, які знаходяться у лікуванні. Натомість незначний вплив пандемії спостерігається у підгрупі осіб що в ремісії. В цілому за результатами порівняльного аналізу ми отримали підтвердження гіпотези про те, що під впливом пандемії емоційний стан опитуваних погіршився.

Кореляційний аналіз виявлення тісноти зв'язку між емоційним станом онкохворих та їх копінг-стратегіями показав, що такий зв'язок існує, що підтверджує нашу гіпотезу про взаємозв'язок між домінуванням афекту та копінг-стратегіями онкохворих.

Дослідження показало, що гіпотеза про визначальний вплив особистісних рис на емоційний стан досліджуваної групи не підтвердилась. Натомість було виявлено домінування у зміні емоційного стану впливу копінг-стратегій, а саме емоційної ригідності, пошуку соціальної підтримки та крихкості щастя.

На основі проведеного аналізу, виявивши важливі чинники впливу на емоційний стан онкохворих в період пандемії коронавірусу, було запропоновано психотерапевтичні підходи до розвитку та укріплення емоційної стійкості та емоційної гнучкості онкопацієнтів. Такими підходами можуть бути терапія прийняття, майндфулнес підхід, метод кататимно-імагінативної психотерапії. Застосувавши відповідні підходи до психотерапевтичної роботи з онкохворими в умовах пандемії коронавірусу можна сприяти покращенню психологічної якості

життя пацієнтів, отримання ними додаткових джерел задоволення та енергії, а отже, розвитку та зміцненню їх емоційної гнучкості та емоційної стабільності.

Оскільки у нашому емпіричному дослідженні не охопленим залишилося питання аналізу статистичних показників впливу коронавірусної пандемії на емоційний стан онкохворих пацієнтів, доцільним було б його провести у наступних дослідженнях. Це дозволило б кількісно та якісно оцінити вплив явища коронавірусної пандемії на емоційний стан онкохворих та виявити можливі напрями запобігання його погіршення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонова З. О. (2020). Особливості прояву паніки в умовах карантинної самоізоляції та розповсюдження COVID-19. *Psychological journal*, Volume 6, Issue 6
Доступно: <https://doi.org/10.31108/1.2020.6.6>.
2. Березко І. В. (2017). Україні онкопсихолог є швидше винятком, аніж частиною команди. Ваше здоров'я. Доступно: <http://www.vz.kiev.ua/ivanna-berezko-v-ukrayini-onkopsyholog-ye-shvydshe-vunyatkom-anizh-chastynoyu-komandy/>.
3. Березко І.В. (2018). Специфіка дискурсивних технологій самопроекування особистості у кризових життєвих обставинах, які викликані онкологічним захворюванням Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, II (11), 29-33.
4. Березянська В. В. (2018). Психологічні особливості канцерофобів. Транзакційний підхід. Молодий вчений, 9 (61), 171–175.
5. Бочаров В.В., Карпова Э.Б. (2004). Психодинамика професіонального взаємодія при оказанні допомоги в кризових і екстремальних ситуаціях. Актуальні проблеми клінічної психології і психофізіології: Ананьєвські читання. матер.научно-практ. конф. СПб університета, 7(23), 54-59.
6. Будкіна О. В., Волинець Н. В. (2017). Особливості психоемоційних станів онкологічних хворих. Доступно: www.irbis-nbuv.gov.ua > [irbis_nbuv](http://irbis_nbuv.gov.ua) > cgiirbis_64.
7. Василенко Е. А. (2019). Проблема сущности и функций социального стресса в психологии. Вестник Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета, 3, 299–313.
8. Васютин А. (2011). Рак как психосоматоз. Ростов н/Д.: Феникс.
9. Ворона О. А. (2005). Психологические последствия стресса у больных раком молочной железы. (Автореферат диссертации) Москва: Институт психологии РАН. Москва.

10. Горбатков А.А. (2002). Динамика связи между положительными и отрицательными эмоциями. Вопросы психологии, 4, 132- 140.
11. Досвід переживання пандемії covid-19: дистанційні психологічні дослідження, дистанційна психологічна підтримка: матеріали онлайн-семінарів 23 квітня 2020 року «Досвід карантину: дистанційна психологічна допомога і підтримка» та 15 травня 2020 року «Дистанційні психологічні дослідження в умовах пандемії covid-19 і карантину» (2020). М.М. Слюсаревський, Л.А. Найдьонова, О.Л. Вознесенська, (Ред.) Доступно: <http://doi.org/10.33120/QERPASProceeding-2020>
12. Жилиева Т. В. (2007). Роль психических факторов в развитии злокачественных новообразований. Нижегородский медицинский журнал, 1, 71—79.
13. Заика Е.В., Лотоцкая М.Ю. (2003). Методики исследования эмоций в клинической психологии. Практична психологія та соціальна робота, 6, 62-68.
14. Зарицька В.В. (2010). Теоретико-методологічні основи розвитку емоційного інтелекту у контексті професійної підготовки: монографія. Запоріжжя: КПУ.
15. Зарицька В.В., Бекіньова Л.Б. (2017). Особливості емоційної саморегуляції у молодих жінок. Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія, 55. Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psykhol_2017_55_5
16. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. (2016). Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях Київ: Педагогічна думка.
17. Ивашкина М.Г. (1998). Личностные особенности онкологических больных. (Автореферат диссертации). Москва: ИРЛ РАО.
18. Изард К.Э. (2007). Психология эмоций. СПб.: Питер.
19. Карвасарский Б.Д. (Ред.) (2002). Клиническая психология: учебник. СПб: Питер.
20. Киреева М. В. (2012). Ведущие копинг-стратегии студентов с различным уровнем стрессоустойчивости. Научные ведомости Серия Гуманитарные науки, 6 (125), 75-87.

21. Кириленко Т. С. (2004). Пошук гармонії: емоційні переживання та стани особистості (поведінково-орієнтований підхід). Київ: Видавничо-поліграфічний центр Київський університет.
22. Кириленко Т.С. (2007). Аналіз емоційного світу особистості: теоретичні положення, прояви та методичні прийоми. Вісник Київського національного університету Тараса Шевченка. Соціологія. Психологія. Педагогіка, 27-28, 30-32.
23. Кириленко Т.С., Льошенко О.А. (2013). Самоаналіз емоційних переживань як вияв емоційної компетентності особистості. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки, 18, 67-80.
24. Кліманська М. Б., Галецька І. І. (2020). Психометрична характеристика опитувальника позитивного і негативного афекту (ОПАНА), розробленого на основі методики PANAS. Psychological journal Volume 6 Issue 4.
25. Корушина Е. (2015). Особенности личности и психокоррекция онкологических больных. Доступно: https://www.b17.ru/article/psihokorreyktsia_onko_boln/
26. Кочергіна І. (2021). Саморегуляція поведінки та діяльності особистості в умовах карантину. Психологія: реальність і перспективи. Доступно: <https://orcid.org/0000-0002-8699-0601> DOI <https://doi.org/10.35619/praprv.v1i15.188>
27. Кружкова О.В., Никифорова Д.М. (2012). Проблема диагностики копинг-стратегий в современном психологическом измерении. Серия «Психология», Вестник ЮУрГУ , 18, 31.
28. Кульчицька А. (2014). Пізнавальний інтерес у світлі інформаційної теорії емоцій Lesya Ukrainka Eastern European National University. Луцьк. Доступно: <http://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/4359>
29. Лазуренко О.О. (2012). Психологічний аналіз основних напрямків дослідження емоційної сфери. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПНУ Проблеми загальної та педагогічної психології, 24. Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pzpp_2012_24_5_12.

30. Левицька Л. В. (2013). Експериментальне дослідження типів ставлення до хвороби студентів з обмеженими можливостями. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України, 4. Доступно: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2013_4_22.
31. Леонтьев А. Н. (1971.) Потребности, мотивы и эмоции. Москва.
32. Литвинчук А., Можаровська Т. (2020). Особливості переживання почуття щастя молоддю і дорослими в умовах заходів протидії COVID-19. Психологічні науки, 10 (55),12. Доступно: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2020.10\(55\).05](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2020.10(55).05)
33. Лурия Р. А. (1977). Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. Москва: Медицина.
34. Маркова М. В., Мартинова Ю. Ю. (2013). Особливості психоемоційного стану жінок, які перенесли мастектомію. Психічне здоров'я, 2 (39),76—83.
35. Матреницкий В.Л. (2020). Психотравма диагноза, дистресс и депрессия у пациентов как факторы прогрессии онкозаболевания, способы их профилактики и терапии. Клінічна онкологія, 10, 1 (37), 1–9.
36. Матреницкий Л. (2017). Канцерогенний розум. Психосоматичні механізми раку. Керівництво по психоонкології. Доступно: <https://soulbooks.com.ua/ua/p547960999-kantserogennyj-psihsomaticheskie-mehanizmy.html>.
37. Менделевич В.Д. (1999). Клиническая и медицинская психология :практическое руководство. Москва: МЕД-пресс.
38. Мереуцэ И. (2012). Психосоматические исследования онкологических заболеваний. Доступно: <http://gisap.eu/ru/node/52572>.
39. Мерліч С.В. (2014). Вплив онкологічної хвороби на якість життя пацієнтів. Медична психологія. Medical psychology. Архів психіатрії, 2 (77).

40. Місяк С. А. (2016). Психосоматичні аспекти поведінки онкологічних хворих, які потрібно враховувати при реабілітації. *Обзори. Review. Запорозький медичинський журнал*, 1 (94), 91-96.
41. Мысливцева А.В., Заика В.Г. (2014). Влияние химиотерапии на эмоциональное состояние больных с онкологической патологией. *Журнал фундаментальной медицины и биологии*, 3 (37), 37-40.
42. Мэш Э., Вольф Д. (2003). *Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка*. СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК.
43. Нестеренко І. (2014). Онкологічні захворювання і психологічні фактори. *Персонал*, 6. Доступно: <http://www.personal.pp.ua/rubrics/poznavatelno/onkologchn-zaxvoryuvannya-psixologchn-faktori>
44. Орлова Д. Г. (2015). Психологическое и субъективное благополучие: определение, структура, исследования (обзор современных источников). *Вестник ПГГПУ. Серия Психологические и педагогические науки*. 1, 28–36.
45. Панкратова А.А., Корниенко Д.С. (2017). Русскоязычная адаптация опросника ERQ (Emotion Regulation Questionnaire) Дж. Гросса. *Вопросы психологии*, 5.
46. Пизова Н.В., Пизов А.В. (2020). Депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство при новой коронавирусной инфекции. *Лечебное дело*. Доступно: 10.24411/2071-5315-2020-12197
47. Плєскач Б.В. (2009). Психологічні фактори в розвитку та перебігу онкологічного захворювання; гіпотези для психотерапії. *Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Актуальні проблеми психології*, 3, 6. Київ: ПП, 241-257.
48. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. (2003). *Основы клинической психологии*. Ростов н/Д: Феникс.
49. Рибалка В.В. (2020). *Психологія і педагогіка у протидії пандемії COVID-19: Інтернет-посібник*. Київ: ТОВ «Юрка Любченка».

50. Родина Е.Н. (2018). Исцеляющие образы. Символдрама и Имагинативная психотерапия тела в работе с психосоматическими заболеваниями. Днепр: Середняк Т.К.
51. Русина Н.А. (2013). Реакции пациентов онкологической клиники. Доступно: http://mprj.ru/archiv_global/2013_5_22/nomer/nomer01.php
52. Саймонтон К., Саймонтон С. (2001). Психотерапия рака. СПб.: Питер.
53. Семиглазова Т.Ю. (2016). Психологическая тактика сопровождения онкологического больного: пособие для врачей. Доступно: <http://revolution.allbest.ru/psychology/d00476752.html>.
54. Сергент І.В. (2020). «Внутрішня картина» хвороби та її вплив на психологічну адаптацію до стресу під час онкологічного захворювання. Людина віртуальна: нові горизонти. Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції «Людина віртуальна: нові горизонти»: зб.наукових праць (30-31 березня 2020 року) матеріали і тези доповідей. Монреаль: СРМ «ASF».
55. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. (1994, 1995). Методика Индикатор копинг-стратегий Д. Амирхана (Адаптация). Доступно: <http://dip-psi.ru/psikhologicheskiye-testy/post/metodika-indikator-koping-strategij-d-amirhana-adaptaciya-n-a-sirota-i-v-m-yaltonskij>
56. Словарь психолога-практика (2003). Головин С.Ю. Минск: Харвест.
57. Смулевич А. Б., Андрющенко А. В., Бескова Д. А. (2009). Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы „СИНТЕЗ”). Психические расстройства в общей медицине, 01, 4-12. Доступно: http://con-med.ru/magazines/psikhicheskie_rasstroystva_v_obshchey_meditcine/psikhicheskie_rasstroystva_v_obshchey_meditcine-01-2009.
58. Табачников С. И., Васильева А. Ю. (2009). Оценка качества жизни больных, страдающих онкологической патологией. Журнал психиатрии и медицинской психологии, 3 (23), 42—46.

59. Тітов І. Г. (2020). Психологічне благополуччя особистості в період пандемії COVID-19. Психологія і особистість. Доступ: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2020.2.211913>.
60. Фрейд А. (1999). Теория и практика детского психоанализа. Пер. с англ. и нем. Серия «Психологическая коллекция». Москва: 000 Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЕКСМО Пресс.
61. Фрейд. А. (1993). Психология Я и защитные механизмы. Пер. с англ. Москва: Педагогика.
62. Хейс, Стивен К.; Стросаль, Кірк Д.; Вільсон, Келлі Г. (2012). Терапія прийняття та прихильності: процес та практика уважних змін (2-е вид.). Нью-Йорк: Guilford Press. стор. 240. ISBN 978-1-60918-962-4.
63. Холланд Дж., Ривкина Н. М. (2014). Психоонкология. История развития, Консультативная психология и психотерапия, 14-23.
64. Хорни К. (2007). Невротическая личность нашего времени. Доступно: <http://www.Psylib.Vkrweb/net/books/hornk02/index/htm>.
65. Царенко Л. (Ред.) (2018). Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Київ.
66. Циганенко Г. В., Великодна М. С. (2020). Надання психологічної допомоги вразливим групам населення під час та після карантину через пандемію Covid-19: Практичний посібник для психологів і фахівців соціальної роботи [Електронне видання]. Київ; Кривий Ріг: Р.А. Козлов. Доступно: <http://elibrary.kdpu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/3827>.
67. Чудаєва Н.В., Шулдик Г.О. (2017). Емоційний світ людини : навчально-методичний посібник. Умань: ФОП Жовтий.
68. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. (2009). Психологические проблемы в онкологии: Практическая онкология, 10(3).

69. Шебанова В. І. (2011). Копінг-поведінки і механізми подолання стресу. Соціальна психологія особистості Наукові студії із соціальної та політичної психології. Доступно: www.irbis-nbuv.gov.ua › cgiirbis_64.
70. Яворська Т. П. (2012). Особливості психоемоційного стану онкологічних пацієнтів, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми. Медична психологія, 2, 88—94.
71. Яворська Т. П. (2012). Оцінка внутрішньоособистісного та психосоціального компонентів адаптаційного потенціалу онкологічних пацієнтів, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми. Психічне здоров'я, 1 (34), 13—20.
72. Andersen B. L., Farrar W. B., Shapiro C. L., et al. (2005). Psychological responses to cancer recurrence. *Cancer*. Vol. 104, Iss. 7, 1540–1547.
73. Baran L., Hyla M., Kleszcz B. (2019). *Elastyczność psychologiczna*. Katowicy: Uniwersytet Śląski.
74. Binnebesel J. (2017). *Percepcja lęku przed śmiercią w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej* Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Toruń.
75. Binnebesel J.. (2003). *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z choroba nowotworowa w doswiadczeniu pacjentow*. Uniwersytet Mikolaja Kopernika Rozprawa habilitacyjna. Toruń.
76. Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676–688.
77. Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research*, 112-934.

78. Classen C. C., Kraemer H. C., Blasey C. et al. (2008). Supportive-expressive group therapy for primary breast cancer patients: a randomized prospective multicenter trial. *Psychooncology*, 17(5), 438—447.
79. Coyne J. C., Palmer S. C. (2007). Does Psychotherapy Extend Survival? Some Methodological Problems Overlooked. *Journal of Clinical Oncology*, 25(30), 4852-4853.
80. Garssen B. (2004). Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clin Psychol Rev*, 24(3), 315—338.
81. Gottlieb B. H., Wachala E. D. (2007). Cancer support groups: a critical review of empirical studies. *Psychooncology*, 16(5), 379—400.
82. Greer S., Morris T., Pettingale K. W. (1979). Psychological response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*. 2,785–787.
83. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
84. Helliwell, J.F., Layard, R., Sachs, J., & De Neve, J.E. (2020). World Happiness Report. Sustainable Development Solutions Network. New York.
85. Higginsona I. J., Costantinib M. (2008). Dying with cancer, living well with advanced cancer. *European journal of cancer*, 44(10), 1414—1424.
86. Holland J. C., Breitbart W. S., Jacobsen P. B. [et al.]. (2010). *Psycho-oncology*. N. Y.: Oxford Universitypress.
87. Holman G.D., Kahlenberg Y.H. (2012). Functional Analytic Psychotherapy is a Framework for Implementing Evidence-Based Practices: The Example of Integrated Cessation and Depression Treatment. *International journal of behavioral consultation and therapy*, 7(6), 2–13.

88. J. van der Kaap-Deedera, Brenningb K., Neyrinckc B. (2021). Emotion regulation and borderline personality features: The mediating role of basic psychological need frustration *Personality and Individual Differences*, 168, 6.
89. Jones R.D. (2011). Clin Depression and anxiety in oncology. *Psychiatry*, 8(62), 5-52.
90. Joshanloo, M., Weijers, D., Jiang, D.-Y., Han, G., Bae, J., Pang, J., et al. (2016). Fragility of Happiness Beliefs Across 15 National Groups. *Journal of Happiness Studies*.
91. Laughlin T. (1999). *The psychology of cancer*. Los Angeles: Panarion Press.
92. Lazarus R. S., Folkman S. (1991). *The concept of coping*. Stress and Coping. New York.
93. Lloyd S., Restubog D., Carmella A., Ocampo G. , Wang L. (2020). Taking control amidst the chaos: Emotion regulation during the COVID-19 pandemic. *Journal of Vocationalbehavior*. Retrieved: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7206430/>.
94. Meik, Wiking. (2019) *The Little Book of Lykke*. Retrieved: <https://www.happinessresearchinstitute.com/publications/>.
95. SimontonO.C., Simonton S. S. (1975). Belif systems and mangement of the emotional aspects of melignancy. *J. of. Transpersonal Psychology*, 29-47.
96. Straker N. (2008). Dynamic Psychotherapy for Cancer Patients and Their Partners. The Practical Advantages of Using a Psychodynamic Approach. *Psychiatric Times*, 25 (9), 42—51.
97. Temoshok L. Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with prognostic indicators, progression, psychophysiology, and tumorhost response. *Social science and medicine*, 20(8), 833—840.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 2.14

Показники моделі детермінації зміни емоційного стану опитуваних на початку пандемії

N=74	Regression Summary for Dependent Variable: ПАпоч - НАпоч R= ,65504715 R ² = ,42908678 Adjusted R ² = ,35882053 F(8,65)=6,1066 p<,00001 Std.Error of estimate: 9,4252					
	Beta	Std.Err.	B	Std.Err.	t(65)	p-level
Intercept			30,41083	12,54256	2,42461	0,018114
шкала емоційної ригідності	-0,108969	0,144590	-0,09685	0,12850	-0,75364	0,453785
шкала пошуку соціальної підтримки	-0,286901	0,098589	-0,65307	0,22442	-2,91008	0,004943
шкала крихкості щастя	-0,307245	0,112067	-2,47025	0,90102	-2,74161	0,007888
Емоційна стабільність	0,224162	0,123823	0,89827	0,49619	1,81034	0,074865
Відкритість новому досвіду	-0,199869	0,099582	-1,01173	0,50408	-2,00708	0,048903
шкала подавлення експресії	-0,203741	0,101687	-0,44912	0,22416	-2,00361	0,049283
шкала когнітивної переоцінки	0,152444	0,113998	0,21670	0,16205	1,33725	0,185802
Дружелюбність	0,130331	0,107325	0,60469	0,49795	1,21436	0,229004

Таблиця 2.15

Показники моделі детермінації зміни емоційного стану опитуваних на початку пандемії

N=74	Summary of Stepwise Regression; DV: ПАпоч - НАпоч						
	Step	Multiple	Multiple	R-square	F - to	p-level	Variables
Шкала емоційної ригідності	1	0,425193	0,180789	0,180789	15,88945	0,000159	1
Шкала пошуку соціальної підтримки	2	0,496245	0,246259	0,065470	6,16705	0,015379	2
Шкала крихкості щастя	3	0,556877	0,310112	0,063853	6,47889	0,013122	3
Емоційна стабільність	4	0,589986	0,348083	0,037971	4,01893	0,048918	4
Відкритість новому досвіду	5	0,615795	0,379204	0,031121	3,40889	0,069198	5
Шкала подавлення експресії	6	0,634430	0,402502	0,023298	2,61249	0,110724	6
Шкала когнітивної переоцінки	7	0,645085	0,416134	0,013632	1,54100	0,218863	7
Дружелюбність	8	0,655047	0,429087	0,012952	1,47467	0,229004	8

Додаток Б

Таблиця 2.16

Показники моделі детермінації зміни емоційного стану опитуваних на актуальний період дослідження

N= 74	Regression Summary for Dependent Variable: ПАтеп -НАтеп R= ,78177850 R ² = ,61117762 Adjusted R ² = ,53468797 F(12,61)=7,9903 p<,00000 Std.Error of estimate:10,153					
	Beta	Std.Err.	B	Std.Err.	t(65)	p-level
Intercept			21,77791	13,77241	1,58127	0,118988
Шкала емоційної ригідності	-0,426092	0,131930	-0,47886	0,14827	-3,22968	0,001998
Емоційна стабільність	0,272214	0,106833	1,37939	0,54135	2,54804	0,013368
Чи зберігається загроза для життя внаслідок вашого захворювання?	-0,231766	0,083898	-7,40303	2,67985	-2,76248	0,007571
Відкритість новому досвіду	-0,259941	0,092378	-1,66390	0,59132	-2,81388	0,006579
Шкала вирішення проблем	0,237286	0,101157	0,79929	0,34074	2,34573	0,022257
Сімейний стан та підтримка рідних	0,104325	0,089647	1,67765	1,44161	1,16373	0,249063
Стаж захворювання	0,118847	0,084464	2,05573	1,46100	1,40707	0,164480
Дружелюбність	-0,122088	0,098517	-0,71629	0,57800	-1,23925	0,219999
Шкала крихкості щастя	-0,147204	0,097147	-1,49661	0,98769	-1,51527	0,134869
Шкала когнітивної переоцінки	0,186847	0,100906	0,33587	0,18139	1,85169	0,068912
Шкала пошуку соціальної підтримки	-0,149830	0,097449	-0,43128	0,28050	-1,53752	0,129338
Шкала подавлення експресії	-0,127481	0,090326	-0,35536	0,25179	-1,41134	0,163223

Додаток В

Таблиця 2.17

Показники моделі детермінації зміни емоційного стану опитуваних на актуальний період дослідження

N=74	Summary of Stepwise Regression; DV: ПАтеп –Натеп						
	Step	Multiple	Multiple	R-square	F – to	p-level	Variables
Шкала емоційної ригідності	1	0,626374	0,392345	0,392345	46,48819	0,000000	1
Емоційна стабільність	2	0,669179	0,447800	0,055456	7,13032	0,009389	2
Чи зберігається загроза для життя внаслідок вашого захворювання?	3	0,692912	0,480127	0,032327	4,35277	0,040594	3
Відкритість новому досвіду	4	0,707251	0,500203	0,020076	2,77165	0,100482	4
Шкала вирішення проблем	5	0,724226	0,524504	0,024300	3,47515	0,066614	5
Сімейний стан та підтримка рідних	6	0,735558	0,541046	0,016543	2,41496	0,124892	6
Стаж захворювання	7	0,743750	0,553164	0,012117	1,78979	0,185544	7
Дружелюбність	8	0,752309	0,565969	0,012805	1,91772	0,170843	8
Шкала крихкості щастя	9	0,758920	0,575960	0,009991	1,50787	0,223962	9
Шкала когнітивної переоцінки	10	0,765495	0,585983	0,010023	1,52520	0,221420	10
Шкала пошуку соціальної підтримки	11	0,773616	0,598481	0,012498	1,92990	0,169739	11
Шкала подавлення експресії	12	0,781778	0,611178	0,012697	1,99189	0,163223	12

Таблиця 2.18

Значущі змінні, що впливають на емоційний стан досліджуваної групи, %

На початку пандемії			В актуальний момент дослідження		
Шкала емоційної ригідності	1	15,89	Шкала емоційної ригідності	1	46,49
Шкала пошуку соціальної підтримки	2	6,17	Емоційна стабільність	2	7,13
Шкала крихкості щастя	3	6,48	Чи зберігається загроза для життя?	3	4,35
Емоційна стабільність	4	4,02			

Додаток Г

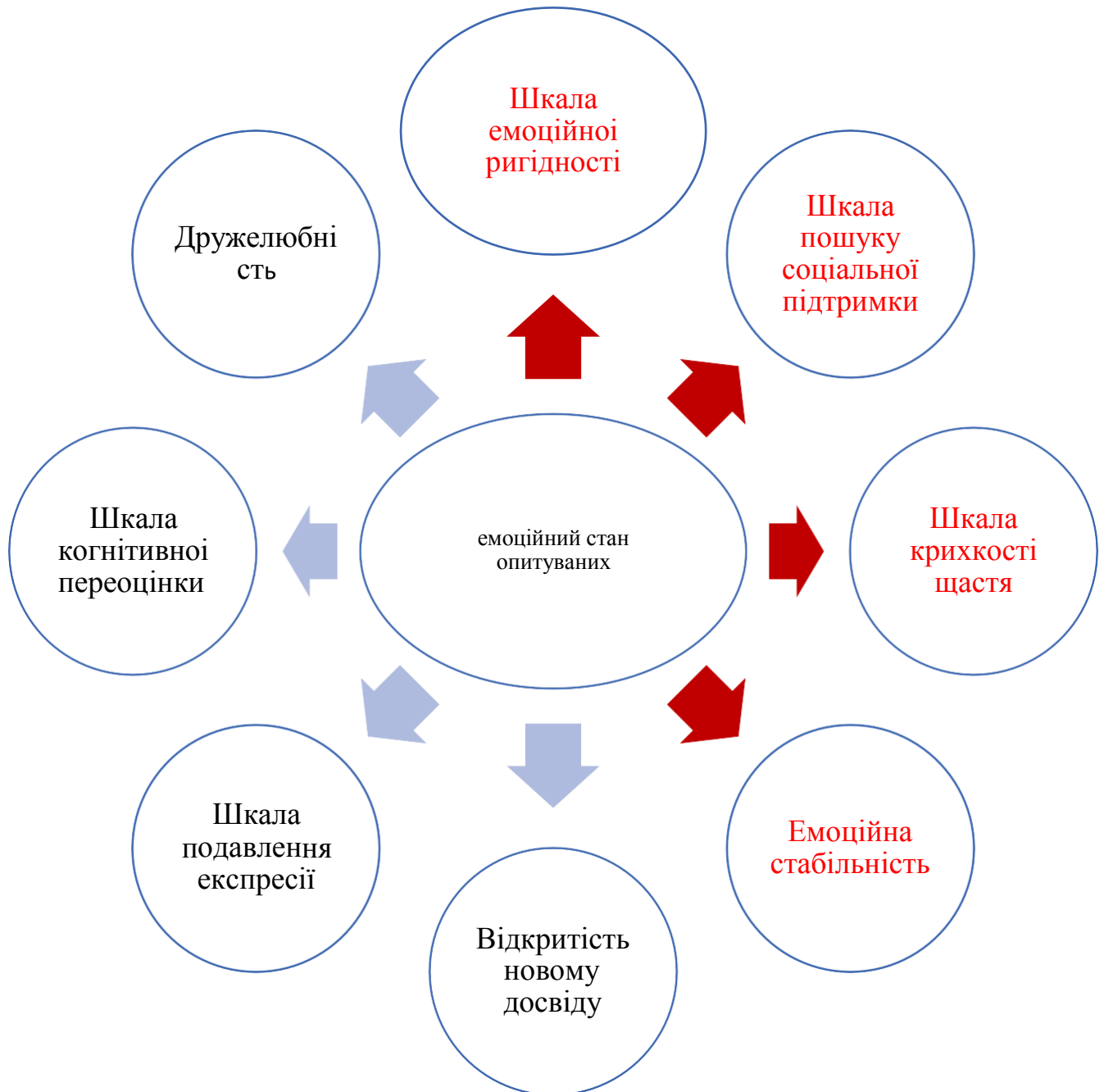


Рис. 2.19 Модель детермінації зміни емоційного стану опитуваних на початок пандемії

Додаток Д

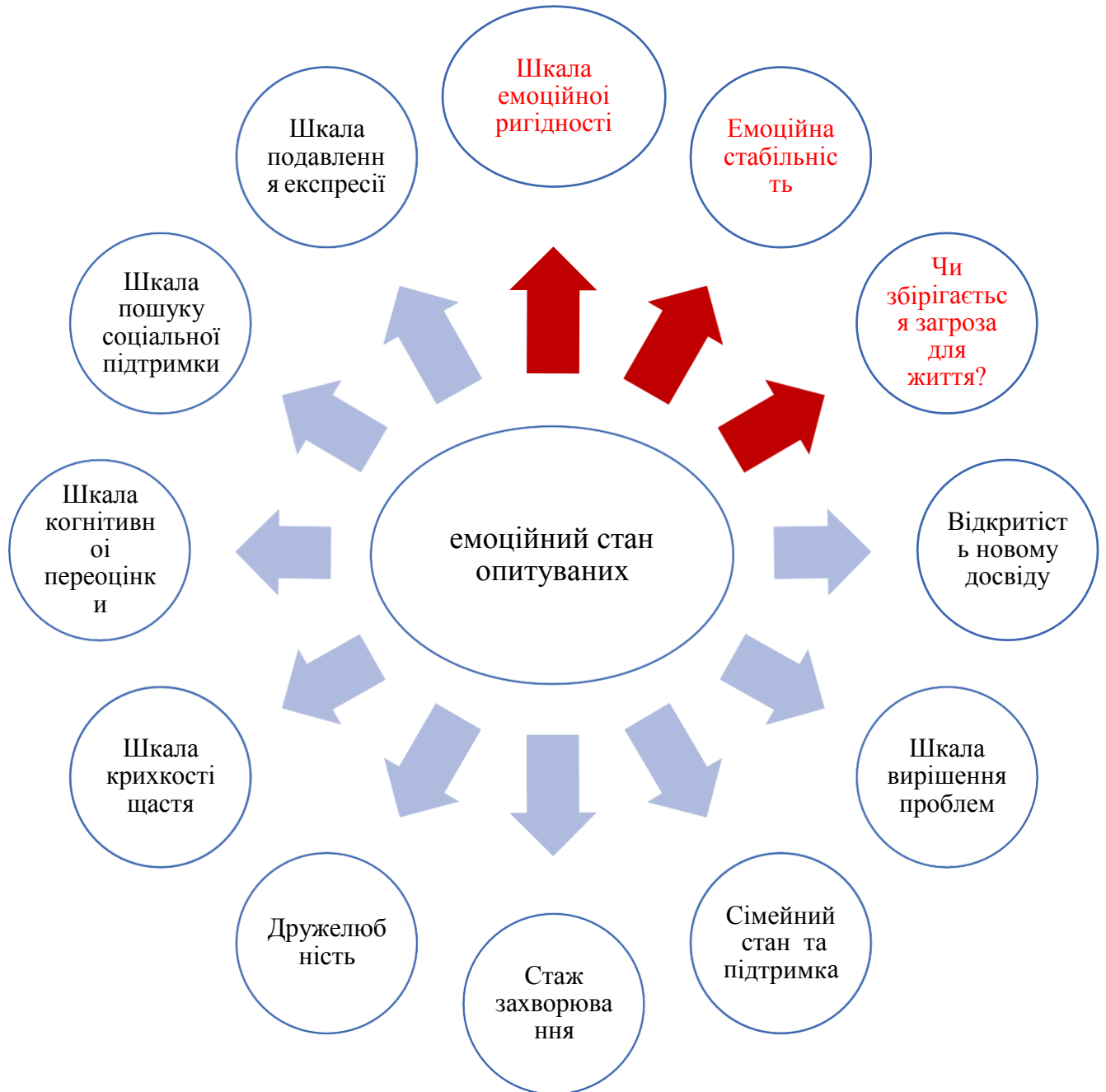


Рис. 2.20 Модель детермінації зміни емоційного стану опитуваних на актуальний період дослідження