

Сердюк Л.З.

Інститут психології імені Г.С. Костюка
Національної академії педагогічних наук України

Черненко Г.Ф.

Інститут психології імені Г.С. Костюка
Національної академії педагогічних наук України

ЕМОЦІЙНІ ТА ОСОБИСТІСНІ ЗМІНИ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД

У статті здійснено теоретичний аналіз психологічних особливостей перебігу раку молочної залози та їхнього впливу на якість життя пацієнток. Наголошується, що це захворювання, поряд із фізичними стражданнями, супроводжується надмірною емоційною напругою, яка значною мірою зумовлює розвиток психічних та психосоматичних порушень. Особливу увагу приділено динаміці психологічних реакцій на різних етапах захворювання: від діагностичного, коли часто домінують реакції уникнення та заперечення, через поліклінічний із характерними афективно-шокowymi станами, до госпітального, що відзначається поширенням тривожно-депресивної симптоматики. У віддаленому (катамнестичному) періоді виявляється широкий спектр психологічних змін: від посттравматичного стресового розладу та розладів адаптації до стійких депресивних станів або, навпаки, формування нової системи життєвих цінностей та прагнення до здорового способу життя. Окреслено роль особистісних чинників у перебігу психоемоційних розладів: преморбідні риси особистості, рівень психологічної стійкості та адаптаційні ресурси значною мірою визначають характер переживань і можливості реабілітації. Зазначено, що проблема психічного стану жінок, хворих на рак молочної залози, має міждисциплінарний характер і потребує інтеграції медичних та психологічних підходів. У статті підкреслюється необхідність раннього виявлення та корекції емоційних і особистісних змін задля підвищення ефективності лікування, якості життя й соціальної адаптації пацієнток. Висновується, що подальші дослідження мають бути спрямовані на розробку комплексних психокорекційних і психотерапевтичних програм, здатних підтримати жінок на всіх етапах захворювання та сприяти гармонізації їхнього психоемоційного стану.

Ключові слова: рак молочної залози, емоційні реакції, психологічні зміни, посттравматичний стресовий розлад, тривожно-депресивні симптоми, якість життя, жінки.

Постановка проблеми. Проблема злоякісних новоутворень залишається однією з першочергових у сфері охорони здоров'я та соціальної політики сучасного суспільства через високу захворюваність і значний рівень смертності. За епідеміологічними даними онкологічні захворювання в структурі загальної смертності населення України посідають друге місце, поступаючись лише серцево-судинним хворобам, при цьому спостерігається тенденція до зростання захворюваності на злоякісні пухлини в останні роки.

Особливу увагу серед онкогінекологічних нозологій привертає рак молочної залози, що вирізняється високою соціально-психологічною

значущістю для жінки. Діагноз цієї локалізації зачіпає не лише соматичні функції, а й аспекти тілесної ідентичності, самооцінки, ролі в сім'ї й сексуальності; отже, він часто супроводжується значною емоційною напругою та широким спектром психічних реакцій. Відтак дослідження психологічних проявів при раку молочної залози має велике практичне значення для організації допомоги, реабілітації й покращення якості життя пацієнток.

Діагноз онкопатології для багатьох жінок стає джерелом глибокої кризи, що проявляється у вигляді різних психогенно-реактивних станів та, іноді, у формуванні стійких психопатологіч-

них явищ. Рак молочної залози, через свою символічну значущість для жіночої ідентичності, має підвищений ризик викликати порушення соціально-психологічної адаптації, що призводить до частої невротизації й зниження якості життя. У клінічному просторі це обумовлює необхідність системного вивчення емоційних реакцій, динаміки їх трансформацій на різних етапах хвороби та ролі індивідуально-особистісних чинників у визначенні клінічної картини.

Діагностичний, поліклінічний, госпітальний та віддалений (катамнестичний) періоди перебігу хвороби супроводжуються своєрідними психологічними синдромами, які потребують адекватної оцінки та спеціалізованої психотерапевтичної корекції. Відсутність своєчасної діагностики та лікування психоемоційних розладів у хворих на рак молочної залози здатна знижувати ефективність соматичної терапії та негативно впливати на довгострокове відновлення пацієнток.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У сучасній літературі проблема якості життя та психологічної реабілітації хворих на рак молочної залози розглядається широко (див., зокрема, роботи Д. Аллена [5], с. Алфано та співавт. [7], М. Арагони [6], с. Бургесс [8], М. Людвіга [13], Б. Мейховіца [15]). Досліджуються різні аспекти психосоціальної підтримки і реабілітації (С. Греер [11], Дж. Деймлінг [10], с. Майя [14], Б. Становський [2]). Аналіз психосоціального середовища як чинника, що може сприяти виникненню або модулюванню перебігу онкопатології у жінок, також представлений у відповідних дослідженнях [1]. Сучасна психоонкологічна література констатує, що раку молочної залози (РМЗ) притаманний широкий спектр психоемоційних порушень, серед яких найчастіше описують тривожні та депресивні симптоми, страх рецидиву (FCR), розлади адаптації, прояви ПТСР, порушення сну, виражену втомлюваність і зміни образу тіла. Більшість оглядів наголошує на динамічності цих реакцій: від «шоково-афективної» відповіді в періоді діагностики та початку лікування – до більш стійких емоційних і когнітивних наслідків у катамнезі, включно з феноменом посттравматичного зростання. У низці робіт (зокрема, клінічні спостереження та систематизовані огляди) показано, що у частини пацієнток відбувається переорієнтація життєвих цінностей, посилення здоров'я зберезувальної поведінки, тоді як інші зіштовхуються зі стійкими тривожно-депресивними розладами.

У сфері психотерапевтичних підходів запропоновано низку методів, спрямованих на віднов-

лення позитивного емоційного фону та ресурсів особистості, зокрема: позитивна психотерапія (Н. Пезешкіан) [4], логотерапія, трансперсональна терапія, еріксонівський гіпноз, нейролінгвістичне програмування. Пізнавальні та психосинтетичні підходи (Р. Ассаджіолі, П. Ферруччі) підкреслюють значення відновлення вольових ресурсів та радості буття у підтримці адаптації пацієнток [4]. Клінічні й психометричні дослідження психічного стану онкопацієнтів виконували Дж. Кемпбелл [9], Б. Становський [2], З. Федоренко [3], Л. Фрідмен [21] та інші, що дозволяє виокремити типовий спектр психогенних реакцій при злоякісних новоутвореннях (посттравматичні, адаптаційні, тривожно-депресивні).

Метою статті є теоретичний аналіз особливостей психічних реакцій та емоційно-поведінкових змін у хворих на рак молочної залози, систематизація клінічних проявів на різних етапах захворювання та окреслення перспектив подальших досліджень і практичних підходів до психокорекції.

Виклад основного матеріалу. У літературі відзначається значна різноманітність психопатологічних реакцій при раку молочної залози. Вони свідчать про велику клінічну різноманітність описаних порушень. Найчастіше йдеться про нозогенні реакції, тобто, психогенні реакції, що маніфестують хворі у зв'язку зі звісткою про тяжке соматичне захворювання [12, с. 41]. Діагностично такі стани найчастіше кваліфікуються в рамках межових розладів: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [19, с. 104], розлад адаптації [15, с. 130], депресивні та тривожні розлади різної міри тяжкості [8, с. 25]. Перелічені психічні порушення у хворих на рак молочної залози можуть розвиватися на різних етапах перебігу основного захворювання. Зазвичай виділяють такі клінічні варіанти психогенних реакцій та етапи розвитку психологічних змін: *діагностичний, поліклінічний, госпітальний та віддалений (катамнестичний)*. На кожному з них переважають певні типові реакції, що мають специфічні клінічні прояви та наслідки.

Діагностичний етап. Після виявлення підозрілої чи очевидної пухлини багато хворих демонструють захисні реакції уникнення або заперечення [4, с. 34]. Реакція уникнення часто має в основі тривожно-фобічний синдром і може тривати від 2 до 12 місяців. Клінічно це проявляється у формі «феномену відкладання» [16, с. 740], коли пацієнтки, усвідомлюючи можливу серйозність стану, відкладають проходження необхідних діагностичних процедур і пізно звертаються до

спеціалістів. Саме така поведінка часто фіксується в групах пацієнток із «запущеним» захворюванням. За даними деяких дослідників, лише 37,5 % жінок звертаються по медичну допомогу одразу після виявлення пухлини; у решти (62,5%) виявляється відтермінування звернення на термін від кількох місяців до 18 місяців, причини якого у 38,9 % пацієнток пов'язані з індивідуальними життєвими обставинами (сімейні проблеми, робочі навантаження, домашні турботи тощо) [10, с. 483]. Кожна відтерміновка дає тимчасове полегшення тривожності й відсунення страху в часовому вимірі. Реакція заперечення зустрічається не лише при раку молочної залози, але й при інших онкологічних захворюваннях [3, с. 5]. Вона може проявлятися у відмові визнати наявність пухлини, применшенні її важливості чи імовірних негативних наслідків. У межах цієї реакції можливий широкий спектр поведінки – від формального демонстрування байдужості до надмірно оптимістичного ставлення, що іноді нагадує синдром «ейфоричної псевдодеманції» [12, с. 46]. Переважно повне заперечення діагнозу трапляється рідко; частіше спостерігається когнітивне заниження значущості загрози. У важких варіантах така дисоціативна реакція може призводити до тривалого відмови від медичного спостереження і лікування.

Поліклінічний етап. Період інтенсивної діагностики супроводжується розвитком гострих афективно-шоківих реакцій – паніки, вираженої тривоги, відчуття наближення катастрофи. Інтенсивність цих реакцій залежить від стадії пухлинного процесу та індивідуальної преморбідної психологічної структури [7, с. 130]. Клінічні прояви варіюють від психомоторного збудження (рухове неспокійство, плач, імпульсивний порив до втечі) до субступору (рухова загальмованість, апатія, уповільнення мислення). Остра фаза таких реакцій часто триває перші сім днів після отримання діагнозу, після чого може трансформуватися у стабілізовані тривожні або депресивні стани.

Госпітальний етап. На етапі лікування (госпіталізації) провідними є тривожно-депресивні симптоми [8, с. 23]. Клінічна маніфестація залежить від стадії онкопроцесу: при ранніх стадіях (I–II) домінують тривожні симптоми, у більш просунутих (III–IV) – наростання депресивної симптоматики. Серед страхів, характерних для цього етапу, – очікування «калічної» операції, побоювання хіміо- та променевої терапії, страх ускладнень та невизначеності прогнозу; окремою сферою тривоги є зміни у сімейних стосунках

та соціальних ролях. Інсомнія, що часто супроводжує госпітальний період, проявляється труднощами засинання, нічними пробудженнями та яскравими кошмарними сновидіннями, у яких присутні уявлення про можливі несприятливі наслідки хвороби.

Передопераційний період виділяється високою психічною травматичністю: очікування операції, страх «не прокинутися» після наркозу, побоювання летального результату та післяопераційних ускладнень. Одночасно у багатьох пацієнток оперування сприймається як шанс на порятунок і дає відчуття полегшення після успішного завершення втручання [7, с. 131]. У післяопераційний період часто спостерігається редукція гострої тривоги й епізодичне підвищення надії на відновлення.

Віддалений (катамнестичний) етап. Катамнестичний період охоплює проміжок від шести місяців та більше після встановлення діагнозу. Психологічна картина на цьому етапі – найбільш варіабельна і залежить від клінічного перебігу (ремісія, прогресування, короткочасні ремісії) та особистісних характеристик пацієнток. У деяких випадках виникають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), розлади адаптації, тривожно-депресивні стани; інші пацієнтки переживають глибоку переоцінку власного життя та пріоритетів, що супроводжується переходом до здорового способу життя або духовної рефлексії. У частини пацієнток ПТСР дебютує через 1–6 місяців після хірургічних або інших лікувальних втручань і може зберігатися протягом двох років і більше. Клінічна картина включає страх, нав'язливі думки про хворобу, інвазивні спогади (flashbacks), уникнення нагадувань про хворобу (ізоляція від людей, пов'язаних із діагнозом, ухилення від відвідування медичних закладів) та порушення сну [21, с. 34]. Деякі автори описують динаміку гострого ПТСР із подальшим формуванням хронічної дистимії та супутнім прогресуванням соматичного процесу [12; 17; 20].

У віддаленому періоді також фіксують нозогенії у формі дистимічних розладів зі збереженням тривожних симптомів, затьожною пригніченістю, анедонією та астеною. У ряді спостережень у 2–38 % пацієнток з раком молочної залози реєструвалися великі депресивні епізоди, що іноді трактувалися як нозогенні депресивні стани [5; 8; 21]. Клінічна картина цих розладів іноді наближається до ендеогеномормних депресивних станів: типові добові коливання настрою (гірше самопочуття вранці), раннє пробудження, тривога, апатія, зниження апетиту, психомоторна загальмованість.

Післяопераційні епізоди ендормної гіпоманії або «ейфорійного синдрому» також описані в літературі [6, с. 483]. Такі реакції проявляються підвищеним настроєм, оптимістичними оцінками власного стану й подекуди нехтуванням обмеженнями, запропонованими лікарями. Вони більш характерні для пацієнток, у яких перенесена хвороба виступила драйвером екзистенційної переоцінки та зміни життєвих пріоритетів (феномен «переоцінки цінностей») [21, с. 80]. Часто такі пацієнтки відчують прагнення реалізувати відкладені плани, подорожувати, займатися екстремальними видами діяльності, іноді нехтуючи рекомендаціями з лікування [10, с. 485].

Паралельно існує широка група пацієнток із тривожно-фобічними проявами: постійний страх рецидиву (рецидивофобія, «канцерофобія»), підвищена тривожність щодо майбутнього, надмірне самоспостереження за тілесними відчуттями. Ці розлади іноді зберігаються роками після встановлення діагнозу, навіть у періоди ремісії [16, с. 738]. Частина таких пацієнток мала преморбідні тривожні риси особистості, що визначає схильність до порушень адаптації у відповідь на онкологічний стрес. Для осіб із шизоїдною акцентуацією характерні синдроми аутизації: самоізоляція, уникнення контактів, занурення у внутрішні переживання, звуження кола спілкування та приховування характеру хвороби від оточення [9, с. 805].

Велика група пацієнток на віддаленому етапі демонструє кардинальні зміни стилю життя та пріоритетів щодо власного здоров'я: відмова від шкідливих звичок, дотримання дієтичних режимів, зниження трудових амбіцій або повна зміна трудової активності, активне використання засобів оздоровлення (фізична активність, санаторно-курортні програми, фітотерапія, альтернативні

підходи) [15, с. 129; 12, с. 41]. Для частини пацієнток така переорієнтація набуває рис іпохондричної тривоги, коли підвищене самоспостереження і страх прогресування хвороби перетворюються на джерело постійного занепокоєння.

Висновки

1. Теоретичний аналіз сучасної наукової літератури свідчить про високу поширеність різноманітних психологічних реакцій у хворих на рак молочної залози, що охоплюють захисні реакції (заперечення, уникнення), гострі афективні реакції, тривожно-депресивні синдроми, посттравматичні прояви та можливі ендормні зміни.

2. Психопатологічні явища у цій категорії пацієнток діагностично кваліфікуються як ПТСР, розлади адаптації, депресивні та тривожні розлади різного ступеня вираженості. У значній частині випадків має місце поєднання соматогенних і особистісних факторів, що визначає клінічну картину.

3. Незважаючи на те, що рак молочної залози має свою специфіку через значущість уявлень про жіночу ідентичність, психічні реакції при цій локалізації мають багато спільного з реакціями при інших формах онкопатології. Ідея існування «ракової особистості» була предметом дискусій і сумнівів; наразі більш доречним є уявлення про можливі патологічні зміни особистості внаслідок тяжкого соматичного захворювання, що потребує подальшого дослідження.

Перспективою подальшого вивчення зазначеної проблеми є експериментальне вивчення механізмів формування психічних розладів у хворих на рак молочної залози та розробка цілеспрямованих програм психокорекції, спрямованих на зниження тривоги і депресії, підвищення резильєнтності та покращення якості життя пацієнток.

Список літератури:

1. Гардашнікова Г. Т. Психосоціальне середовище як чинник виникнення онкозахворювань у жінок. *Актуальні проблеми психології. Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України* / за ред. С. Д. Максименка. К.: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2011. Т. 7. Вип. 25. С. 52–60.
2. Становський Б. Стратегія медико-психологічної допомоги в роботі лікаря-психолога з онкологічними пацієнтами, 2021. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/319>
3. Федоренко З. П. Рак в Україні 2014–2015. К.: Національний інститут раку, 2016. 436с. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_17/index.htm
4. Хомуленко Т.Б., Філенко І.О., Фоменко К.І., Шукалова О.С., Коваленко М.В. Психосоматика: культурно-історичний підхід: навч.-метод посіб. Харків: Вид-во «Діса плюс», 2015. 452 с.
5. Allen D.J., Savadatti S., Gurmankin Levy A. The transition from breast cancer «patient» to «survivor». *Psycho-Oncology*. 2009. 18. 71–78.
6. Aragona M., Muscatello M., Mesiti M. Prevalence of depressive mood disorders in breast cancer patients in southern Italy. *Ann NY Acad Sci*, 2021. 482–485.
7. Alfano C.M., Day J.M., Katz M.L. et al. Exercise and dietary change after diagnosis and cancer related symptoms in longterm survivors of breast cancer: CALGB 79804. *Psycho-Oncology*, 2020. 18. 128–133.

8. Burgess C., Cornelius V., Love S. et al. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 2022. 330. 702.
9. Campbell G. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2015. Vol. 49, Issue 9. 803–811. doi: 10.1177/0004867415569795
10. Deimling G., Kahana B., Bowman K., Schaefer M. Cancer Survivorship and Psychological Distress in Later Life. *Psycho-Oncology*, 2020. 11. 479–494.
11. Greer S., Moorey S., Baruch J. D., Watson M., Robertson B. M., Mason A., Rowden L., Law M. G., Bliss J. M. Br. Med. J. *Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomized trial. Annual of Oncology*, 2021. № 304. P. 675–680.
12. Ganz P.A., Desmond K.A., Leedham B. J Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Natl Cancer Inst*, 2022. 94. 39–49.
13. Ludwig M., Bullinger M., Heinisch M. Lebensqualität in der Oncologie. *Dtsch. g. Oncol.*, 2021. T. 3. P. 79–82.
14. Maya S. Psycho-oncology: My chosen journey. *Indian J Cancer*, 2021. 58(1). 119–21. DOI: https://doi.org/10.4103/ijc.IJC_949_19
15. Meyexowitz B. E. Assessing the quality of life of breast cancer patients a review of recent literature. *Amsterdam*, 2021. T.98. P. 127–137.
16. Parle M., Jones B., Maguire P. Maladaptive coping and affective disorders among cancer patients. *Psychol Med*. 2016. 26. 735–744.
17. Romito F., Dellino M., Loseto G., et al. Psychological Distress in Outpatients With Lymphoma During the COVID-19 Pandemic. *Front Oncol*. 2020. 10. 1270. DOI: <https://doi.org/10.3389/fonc.2020.01270>
18. Rand K. L. Life and treatment goals of patients with advanced, incurable cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2016. Vol. 24, Issue 7. P. 2953–2962.
19. Russell K. Perceptions of Burnout, Its Prevention, and Its Effect on Patient Care as Described by Oncology Nurses in the Hospital Setting. *Oncology Nursing Forum*, 2020. Vol. 1, Issue 43 (1). P. 103–109. doi: 10.1188/16.onf.103–109.
20. Shelby R.A., Golden-Kreutz D.M., Andersen B.L. PTSD diagnoses, subsyndromal symptoms, and comorbidities contribute to impairments for breast cancer survivors. *J Trauma Stress*, 2021. 21. 165–172.
21. Friedman L.C., Kelson D.V., Lane M., Baer P.E., Smith P.E. Adjustment to breast cancers A replication study. *J Psychosoc. Oncol.*, 2019. 8. TS 4. P. 27–40.
22. Holland J.C., Sheldon L. The Human Side of Cancer: Living with hope, coping with uncertainty. New York : Harper Collins, 2000. 340.

Serdiuk L.Z., Chernenko H.F. EMOTIONAL AND PERSONALITY CHANGES IN PATIENTS WITH BREAST CANCER: A CONTEMPORARY VIEW

The article presents a theoretical analysis of the psychological features of breast cancer and their impact on patients' quality of life. It emphasizes that, alongside physical suffering, the disease is accompanied by excessive emotional strain that substantially contributes to the development of mental and psychosomatic disorders. Particular attention is paid to the dynamics of psychological reactions at different stages of the illness: from the diagnostic stage—where avoidance and denial frequently predominate—through the outpatient (polyclinic) stage, typically marked by affective-shock reactions, to the inpatient (hospital) stage, characterized by the spread of anxiety–depressive symptoms. In the longer-term follow-up period, a wide spectrum of psychological changes is observed: from post-traumatic stress disorder and adjustment disorders to persistent depressive states or, conversely, the formation of a renewed value system and a commitment to a healthy lifestyle. The role of personality factors in the course of psycho-emotional disturbances is outlined: premorbid personality traits, the level of psychological resilience, and adaptive resources largely determine the nature of experiences and the possibilities for rehabilitation. The article notes that the mental health of women with breast cancer is an interdisciplinary issue requiring the integration of medical and psychological approaches. It underscores the need for early detection and correction of emotional and personality changes to improve treatment effectiveness, quality of life, and social adaptation. It concludes that future research should focus on developing comprehensive psychological and psychotherapeutic programs capable of supporting women at all stages of the disease and promoting the harmonization of their psycho-emotional state.

Key words: breast cancer; emotional responses; psychological changes; post-traumatic stress disorder; anxiety–depressive symptoms; quality of life; women.

Дата надходження статті: 29.09.2025

Дата прийняття статті: 10.10.2025

Опубліковано: 05.12.2025