

УДК 159.9: 616.89

**Ольга Дробот**

ORCID iD 0000-0001-5999-7632

доктор психологічних наук,  
професор кафедри педагогіки та психології професійної освіти,  
Національний авіаційний університет,  
пр. Космонавта Комарова, 1, 03065 Київ, Україна,  
piterkiev@gmail.com

**Ольга Лозова**

ORCID iD 0000-0002-3549-195X

доктор психологічних наук, професор,  
завідувач кафедри практичної психології Інституту людини,  
Київський університет імені Бориса Грінченка,  
вул. Бульварно-Кудрявська, 18/2, 02154 Київ, Україна,  
o.lozova@kubg.edu.ua

## КОГНІТИВНО-ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАНЬ ДОРΟΣЛИХ З ПРИВОДУ ЗДОРОВ'Я

*Досліджено когнітивно-особистісні особливості хворих, зокрема, специфіка їх глибинних уявлень про себе і навколишній світ, крізь призму яких сприймаються події і відповідно до яких формується поведінка, пов'язана з параметрами посттравматичного стану. Застосовано методики: Міссісіпська шкала (MS, Mississippi Scale, Keane et al., 1988); Шкала ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна; Шкала базисних переконань (World Assumption Scale, WAS, Janoff-Bulman, 1982); Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory, BDI, Beck & Steer, 1987). Зроблено висновок, що варіативність психологічних наслідків перенесеного захворювання і особливості індивідуального реагування на перенесений стрес найімовірніше зумовлені не стільки ефективністю лікування, скільки когнітивно-особистісними особливостями хворих, їх базисними переконаннями та уявленнями, визначальними процес подолання з травмуючими аспектами захворювання.*

**Ключові слова:** базисні переконання; посттравматичний стресовий синдром; рак молочної залози.

**Вступ.** Психологічні проблеми, що виникають у пацієнток з діагнозом рак молочної залози (РМЗ), привертають увагу дослідників усього світу. Діагностування та лікування раку молочної залози має унікальні характеристики навіть порівняно з іншими онкологічними діагнозами. Специфіка психологічних наслідків стресу в результаті встановлення діагнозу «рак молочної залози» зумовлена не тільки безпосередньою загрозою життю, що відповідає критерію А для ПТСР за DSM-IV і автоматично поміщає цих жінок до групи ризику для розвитку посттравматичного стресу, але й винятково «жіночим» характером захворювання, а також зовнішніми чинниками,

в результаті яких можуть відбуватися зміни в різних аспектах життя хворої (психологічному, соціальному, сексуальному та ін.). Внутрішнім чинником виступають зрушення на рівні буденної свідомості хворих: відбувається трансформація картини світу та образу «Я» (Лозова, Дробот, Фатеева, 2017).

**Вивчення психологічних реакцій та особистісних змін,** що виникають в результаті стресового впливу онкологічного захворювання, тривають досить давно. Перші дослідження ПТСР у онкологічних хворих в основному фокусувалися на визначенні поширеності і характеристик цього розладу. У подальшому стали вивчати фактори, що обумовлюють на-

явність і рівень дистресу, специфіку посттравматичних реакцій [6].

У дослідженні J. Zabora (2001) показано, що серед пацієнтів з різними типами раку ( $n = 9000$ , 14 діагнозів) поширеність психологічного дистресу дуже висока: в цілому по вибірці дистрес відзначався у 35,1% обстежених, від 43,4% у пацієнтів з раком легенів до 29,6% у пацієнтів з гінекологічними типами раку.

Дослідниками відзначається, що захворювання, що загрожують життю, відрізняються від подієвих травматичних стресорів. При порівнянні психологічних реакцій на встановлення діагнозу онкологічного захворювання в порівнянні з іншими стресорами R. Bryant & A. Harvey (1996) було показано, що у пацієнтів з раком молочної залози симптоми уникнення відзначалися практично в два рази частіше в порівнянні з жертвами автомобільних аварій протягом 2 тижнів після встановлення діагнозу / аварії (27% і 18% відповідно). Навпаки, симптоми вторгнення у жертв нещасних випадків спостерігалися в два рази частіше в порівнянні з пацієнтами з раком молочної залози (25% проти 12%).

Велика кількість досліджень демонструє поширеність серйозних психічних порушень і психіатричних проблем у онкологічних хворих, адже далеко не всі хворі успішно долають пережитий стрес. У 1999 р. було опубліковано огляд M. Smith зі співавторами (1999), присвячений аналізу досліджень ПТСР при захворюванні на рак. У ньому розглядалися емпіричні підстави для включення раку в перелік травматичних стресорів. В результаті цього аналізу було виявлено дев'ять опублікованих досліджень ПТСР при ракових захворюваннях. Дослідження проводилися переважно на малих ( $n < 100$ ) вибірках. Це були діти і дорослі, хворі на рак, а також батьки хворих на рак дітей. Аналізувалися відмінності в типах і стадіях раку, а також у формах лікування. Аналіз показав, що, незважаючи на те, що всього лише в трьох дослідженнях використовувалися валідизовані методики діагностики ПТСР, підстави для постановки діагнозу ПТСР були виявлені у всіх дослідженнях, крім одного дослідження дітей, хворих на рак. Автори вважають, що оцінка симптоматики ПТСР дає важливу клінічну інформацію з приводу адаптації хворих на рак та членів їх сімей після проходження терапії.

Результати перших досліджень ПТСР при раку молочної залози показали, що розвиток повного синдрому ПТСР відбувається у 3–10% хворих (Alter et al., 1996). Однак субсиндромні, навіть клінічно значущі посттравматичні симптоми, такі як вторгнення і уникнення, є відносно загальними для всіх хворих. Так, у дослідженні J. Hunter з колегами (1996) було показано, що більше ніж 20% пацієнок з первинно діагностованим раком молочної залози відчували високі рівні симптомів вторгнення і уникнення.

Schwartz з колегами фіксували, що більш ніж у половини вибірки жінок з історією раку молочної залози відзначалися нав'язливі думки і порушення сну, які вони пов'язували з лікуванням раку; у 15% цих жінок, на думку дослідників, симптоми відповідали критеріям для встановлення діагнозу ПТСР (Holland, 1998). Passik & Grummon (1998) у своїй оцінці пацієнтів з гінекологічними типами раку, зазначають симптоми вторгнення у 62%, і вважають, що більше третини з цих жінок мали досить високу інтенсивність і тяжкість симптомів для встановлення ПТСР як діагнозу.

У даний час особлива увага дослідників направлена на вивчення факторів, що підвищують ризик виникнення посттравматичної симптоматики і погіршують процес адаптації. Наше дослідження являє собою спробу вивчення психологічних наслідків стресу, викликаного діагностуванням раку молочної залози.

**Метою** нашого дослідження є вивчення психологічних наслідків стресу у хворих на РМЗ і факторів, пов'язаних з характеристиками посттравматичного стану після завершення лікування.

На підставі літературних даних з досліджуваної проблеми було зроблено припущення, що характеристики посттравматичного стану взаємопов'язані з когнітивно-особистісними характеристиками хворих на РМЗ. Досліджувалися когнітивно-особистісні особливості хворих, зокрема, специфіка їх глибинних уявлень про себе і навколишній світ, крізь призму яких сприймаються події і відповідно до яких формується поведінка, пов'язана з параметрами посттравматичного стану.

Усвідомлюючи всі обмеження кореляційної моделі дослідження, ми визнаємо останню практично єдиною можливою для вивчення наслідків травматичного стресу і факторів, що

впливають на інтенсивність посттравматичних стресових реакцій.

**Методи дослідження.** Для вирішення поставлених завдань застосовувалися такі методи:

1. Місісіпська шкала (MS, Mississippi Scale, Keane et al., 1988) – для оцінки ступеня вираженості посттравматичних реакцій.

2. Шкали ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханина – для вимірювання рівня актуальною і особистісної тривожності.

3. Шкала базисних переконань (World Assumption Scale, WAS, Janoff – Bulman, 1982) – для оцінки базових установок особистості, що стосуються образу «Я» і навколишнього світу, які в першу чергу піддаються впливу психічної травми.

4. Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory, BDI, Beck & Steer, 1987) – з метою оцінки наявності депресивних симптомів і дозволяє діагностувати стан депресивності у обстежуваного на поточний період.

Отримані в ході дослідження результати

оброблялися якісним та кількісним аналізом (використовувались факторний аналіз та U-критерій Мана – Уїтні). Дані оброблялися в програмі SPSS 17.0.

Дослідження було проведено на базі хіміотерапевтичного та онкохірургічного відділень Київської обласної клінічної лікарні № 1. У дослідженні взяло участь 50 пацієток, які були прооперовані та закінчили лікування з приводу діагнозу «рак молочної залози» I-III стадії. З метою адекватного виміру ознак посттравматичного стресу, а не гострих стресових реакцій, пов'язаних з найбільш травмуючими моментами – постановкою діагнозу і операцією, була встановлена часова межа – не менше трьох місяців після закінчення лікування. Таким чином, вибірку склали жінки, у яких період після встановлення діагнозу становив від 4 до 140 місяців.

**Результати та обговорення.** Результати дослідження, отримані за психометричним опитувальником Місісіпська шкала, графічно представлені на рис. 1.

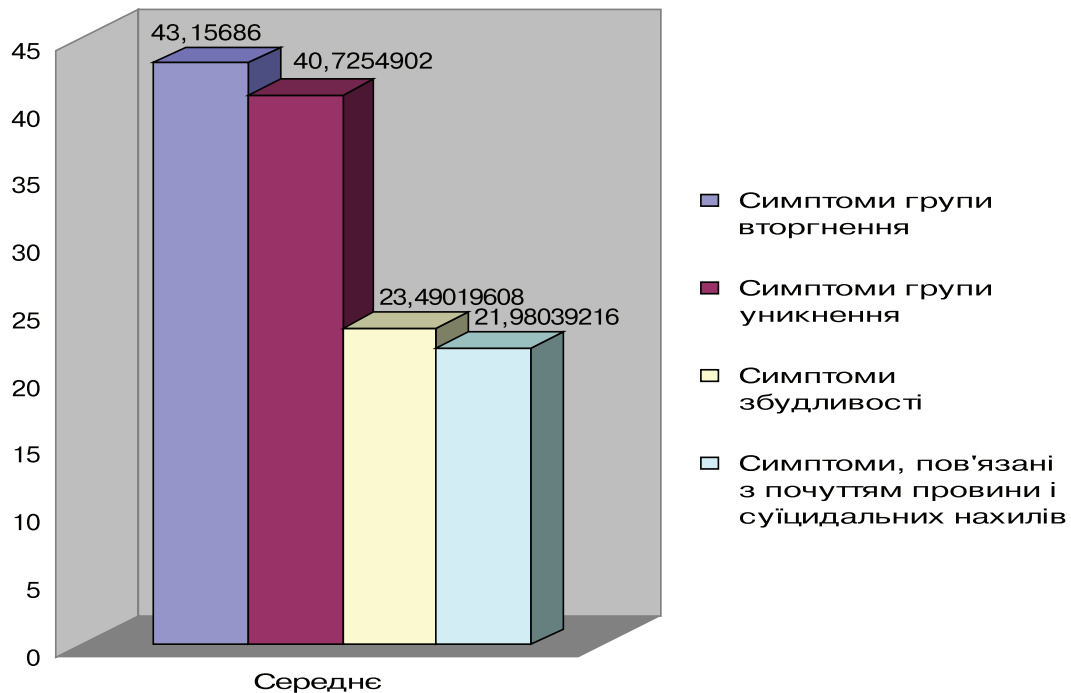


Рис.1. Середні показники посттравматичних реакцій респонденток

Очевидно, що більшість досліджуваних набрала значну кількість балів за шкалою «Симптоми групи вторгнення», що може говорити про вплив хвороби на стан посттравматичного розладу. Значним є показник за шкалою «Симптоми групи уникнення». Почуття провини і суїцидальні нахили властиві лише незначній групі

У результаті психотравмуючого захворювання у частини хворих виникає стан, що виражається в сукупності ознак посттравматичного стресу (симптоматики вторгнення нав'язливих спогадів з приводу захворювання; прагнення уникати будь-яких ситуацій, що нагадують про нього; підвищеної фізіологічної реактивності організму у відповідь на будь-яке нагадування про хворобу) і психопатологічних симптомах.

У досліджуваній вибірці у хворих РМЗ спостерігалися окремі ознаки посттравматичного стресу. Основними етіологічними факторами, що ведуть до розвитку ознак посттравматичного стресу, були відчуття загрози життю, супроводжуване переживанням інтенсивних негативних емоцій страху, жаху і почуття безпорадності, хронічний характер захворювання і калічущий характер операції. Рівень вираженості психопатологічних симптомів був пов'язаний з інтенсивністю ознак посттравматичного стресу.

«Шкала ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна» показала, що в групі досліджуваних превалює помірна тривожність, ситуативна тривожність, а також відмічено низький рівень тривожності.

Графічно отримані дані можна зобразити наступним чином (рис. 2).

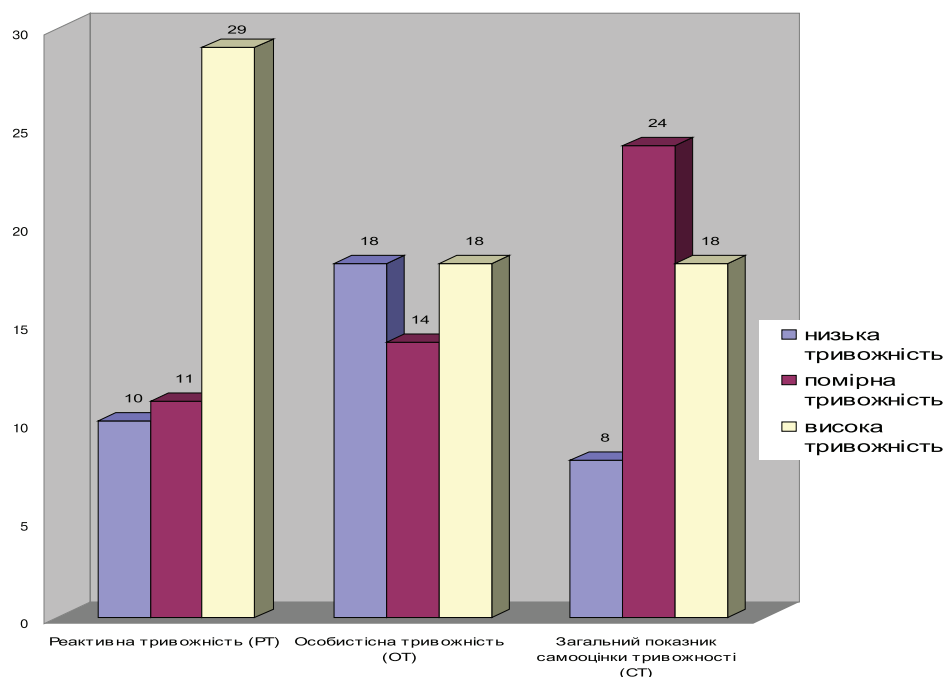


Рис. 2. Показники самооцінки тривожності за методикою Спілбергера – Ханіна

Варто зазначити, що майже у всіх хворих не було виявлено високого показника рівню особистісної тривожності. показник ситуативної тривожності може бути взаємопов'язаний з виникненням окремих ознак посттравматичного стресу, а рівень особистісної тривожності – посилювати цей стан. Високий же рівень особистісної тривожності є чинником, пов'язаним з розвитком такого рівня посттравматичного стресу, який відповідає клінічній картині ПТСР, а, отже, може бути чинни-

ком ризику для негативного опанування наслідків перенесеного захворювання.

Встановлено когнітивні особливості хворих на РМЗ за методикою Шкала базисних переконань (World Assumption Scale, WAS, Janoff-Bulman, 1982), яка призначена для оцінки базових установок особистості, що стосуються образу «Я» і навколишнього світу, які в першу чергу піддаються впливу психічної травми. Графічно отримані дані можна зобразити наступним чином (рис. 3):

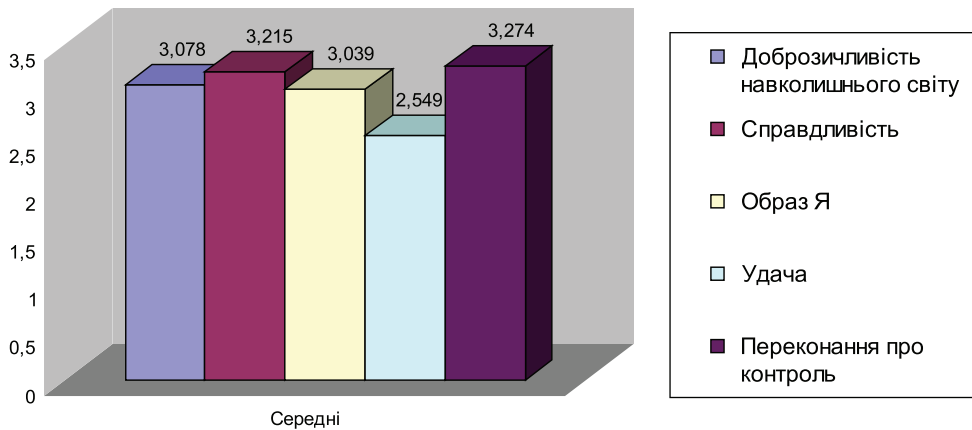


Рис. 3. Результати дослідження за методикою «Шкала базисних переконань» (World Assumption Scale, WAS)

Отже, в результаті проведення дослідження за методикою, можна зробити наступні висновки: найбільше середнє значення було отримано за шкалою «переконання про контроль»; найменший показник за даною методикою отриманий за шкалою «удача»; в результаті дослідження нами виявлено, що значна частина хворих не достатньо доброзичливо відноситься до навколишнього світу та до себе.

Значна частина досліджуваних хворих не розраховують на удачу в лікуванні хвороби, роблячи основний акцент на контроль влас-

ного самопочуття, можливо це є як наслідком несподіваності, випадковості захворювання для багатьох жінок, так і непередбачуваності прогнозу лікування.

Визначення рівня депресивності у хворих на РМЗ відбувалося за методикою «Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory – BDI)». В результаті було отримано такі результати: найбільш вираженими симптомами депресивності у хворих є відчуття покарання (55 балів), труднощі в роботі (59 балів), безсоння (62 бали) стомлюваність (64 бали) та втрата апетиту (54 бали) (рис. 4.).

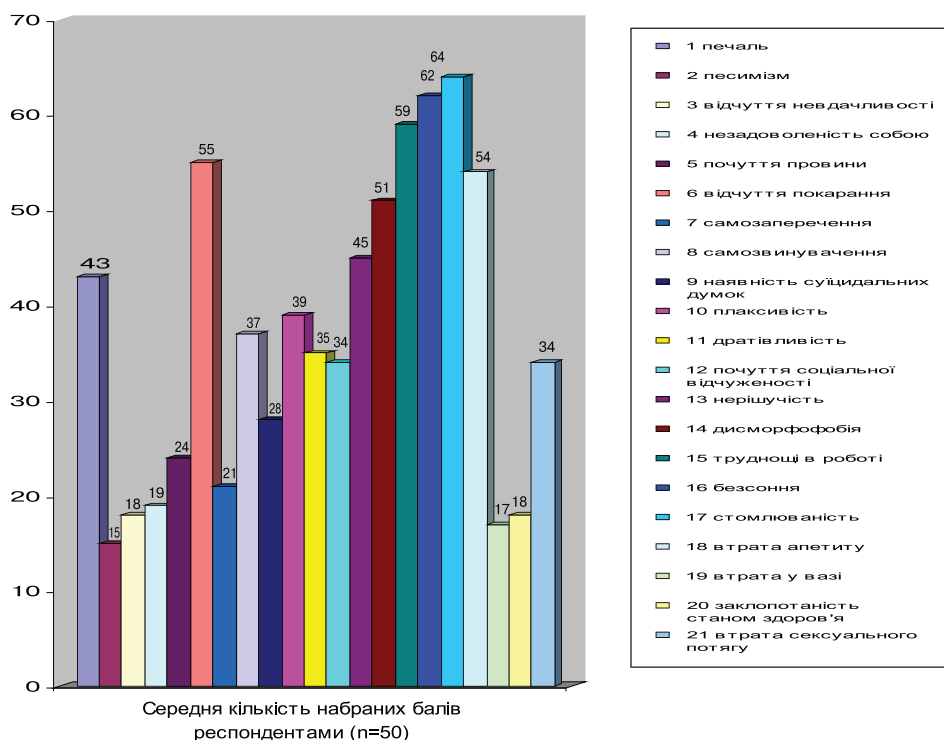


Рис. 4. Результати дослідження за методикою «Опитувальник депресивності» Бека (Beck Depression Inventory – BDI)

Ці дані можуть бути непрямим свідченням того, що в нашій вибірці більшість виявлених симптомів виникли в результаті перенесеного стресу. Поява цих симптомів може бути пов'язано зі специфікою захворювання: тяжкою операцією, страхом рецидивів захворювання, побоювань оцінки оточуючих.

За допомогою критерію t-Ст'юдента зна-

ходила різниця між показниками методик: Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичного реакцій, Шкала ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна, Шкала базисних переконань (World Assumption Scale, WAS), Опитувальник депресивності Бека (Beck Depression Inventory – BDI). Результати обрахунків представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

### Обрахунок рівності дисперсії показників

		Критерій рівності дисперсій Лівіня		t- критерій рівності середніх						
		F	Знч.	t	ст.св.	Значимість (2-стороння)	різниця середніх	Станд. помилка різниці	Нижня межа	Верхня межа
Тривожн	Передбачається рівність дисперсій	,750	,390	-1,790	58	,079	-,63333	,35391	-1,34175	,07509
	Рівність дисперсій не передбачається			-1,790	56,465	,079	-,63333	,35391	-1,34216	,07550
WAS	Передбачається рівність дисперсій	2,316	,133	1,299	58	,199	,26667	,20529	-,14427	,67761
	Рівність дисперсій не передбачається			1,299	55,923	,199	,26667	,20529	-,14460	,67793
BDI	Передбачається рівність дисперсій	3,182	,080	2,191	58	,002	,43333	,19778	,03742	,82924
	Рівність дисперсій не передбачається			2,191	56,417	,003	,43333	,19778	,03719	,82948

Отже, достовірні відмінності встановлено між показниками тривожності, депресивності та показником готовності до ризику (на рівні 0,02).

Таблиця 2

### Статистичні критерії зв'язку показників

	Тривожність	WAS	BDI
Статистика U Манна-Уїтні	338,000	371,000	312,500
Статистика W Уїлксона	803,000	836,000	777,500
Z	-1,694	-1,241	-2,162
Асимпт. знч. (двостороння)	,090	,214	,031

#### а. Групуєча змінна: МШ

Таким чином, дослідження виявило значущий зв'язок між усіма показниками, отриманими за застосованими методиками. Це свідчить про багатofакторну природу РМЗ як онкологічного захворювання.

**Висновки.** Результати діагностики параметрів посттравматичного стресу у хворих на РМЗ підтвердили, що захворювання на рак є

потужним травматичним стресором для обстеженої групи жінок. У результаті психотравмуючого захворювання у частини хворих виникає стан, що виражається в сукупності ознак посттравматичного стресу (симптоматика вторгнення нав'язливих спогадів з приводу захворювання; прагнення уникати будь-яких ситуацій, що нагадують про нього; підвищеної

фізіологічної реактивності організму у відповідь на будь-яке нагадування про хворобу та емоційної збудливості) та психопатологічних симптомах. Виразність ознак посттравматичного стресу у хворих на рак молочної залози зв'язана з певними когнітивно-особистісними характеристиками, до яких належать негативні базисні переконання стосовно цінності та значущості власного «Я», переконання у власній невдачливості і нездатності контролювати ситуацію, а також переконання про ворожість навколишнього світу.

Основними етіологічними факторами, що ведуть до розвитку ознак посттравматичного стресу, були відчуття загрози життю, супроводжуване переживанням інтенсивних негативних емоцій страху, жаху і почуття безпорадності, хронічний характер захворювання та інвалідизуючий характер операції. Рівень вираженості психопатологічних симптомів пов'язаний з інтенсивністю ознак посттравматичного стресу.

Проведене дослідження показало, що у хворих на РМЗ присутня субдепресія, песимістична оцінка подій і себе, зниження працездатності. У більшості хворих було відмічено ви-

сокий показник ситуативної тривожності, що говорить про схильність до появу стану тривоги. Поряд з тим, не було виявлено високого показника рівня особистісної тривожності, що свідчить про те, що показник ситуативної тривожності може бути взаємопов'язаний з виникненням окремих ознак посттравматичного стресу, а рівень особистісної тривожності посилювати цей стан.

Отримані дані можуть мати важливе значення для клінічної практики: відомо, що тенденція до посилення ознак посттравматичного стресу може значно ускладнювати надання медичної та психолого-психіатричної допомоги. Ймовірно, у тих пацієнтів, яким не вдається інтегрувати травматичний досвід, переробити негативні переконання, що сформувалися внаслідок впливу стресу, виникає хроніфікація стану і відбувається збільшення негативних психологічних наслідків захворювання. Це свідчить про перспективність докладного дослідження умов своєчасного психологічного та психотерапевтичного втручання стосовно пацієнтів, у яких виникають ознаки посттравматичного стресу.

## Література

- Лозова О. М., Дробот О. В., Фатєєва М. С. Парадокси потребово-мотиваційної сфери осіб з нервовою орторексією. *Врачебное дело*. 2017. № 7. С. 104–110.
- Пятницкая Е. В. Психология травматического стресса: учебное пособие. Балашов: Николаев, 2007. 140 с.
- Чулкова В. А. Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы: автореф.... дис. канд. психол. наук. Санкт-Петербург, 1999. 19 с.
- Alter C. L., Pelcovitz D., Axelrod A., Goldenberg B., Harris H., Meyers B., et al. Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*. 1996. № 7. P. 137–143.
- Bryant R. A., Harvey A. G. Initial posttraumatic stress responses following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress*. 1996. № 9. P. 223–234. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF02110657>.
- Carlson E. B., Dalenberg C., Armstrong J., Daniels J. W., Loewenstcin R., Roth D. Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients, *Journal of Traumatic Stress*. 2001. Vol. 14. № 3. P. 549–567.
- Holland J. S. (Ed). *Psycho-oncology*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1998. 808 p.
- Hunter J., Leszcz M., McLachlan S. A., Butler L., Epsien M. J., Gao J. et al. Psychological stress response in breast cancer. Paper presented at the Third World Congress of Psycho-Oncology. New York, 1996.
- Passik S. D., Grummon K. L. Posttraumatic Stress Disorder. *Psychooncology*. Jimmie C. Holland (ed.). New York: Oxford University Press, 1998. P. 595–607.
- Smith M. Y., Redd W. H., Peyser C., Vogl D. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psychooncology*. 1999. 8(6). P. 521–537.
- Zabora J., Brintzenhofeszoc K., Curbow B., Hooker C, Pianladosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. Baltimore: John Wiley & Sons Ltd., 2001. doi:10.1002/10991611(200101/02)10:1<19::AIDPON501>3.0.CO;2-6

## References

- Lozova, O. M. & Drobot, O. V. & Fatieieva, M. S. (2017). Paradoksy potrebovo-motyvatyivnoi sfery osib z nervovoiu ortorekxiieiu [Paradoxes of the need-motivational sphere of persons with nervous orthorexia]. *Vrachebnoe delo*, 7, 104–110 (ukr).
- Pyatnickaya, E. V. (2007). *Psihologiya travmaticheskogo stressa [Psychology of traumatic stress]*. Balashov, Russia: Nikolaev (rus).
- Chulkova, V. A. (1999). *Psihologicheskie issledovaniya lichnostnyh reakcij na bolezni pri rake molochnoj zhelezy [Psychological research of personal reactions to the disease in breast cancer]*. Extended abstract of candidate's thesis. Saint Petersburg, Russia (rus).
- Alter, C. L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., et al. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 7, 137–143 (eng).
- Bryant, R. A., Harvey, A. G. (1996). Initial posttraumatic stress responses following motor vehicle accidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 223–234. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF02110657> (eng).
- Carlson, E. B., Dalenberg, C., Armstrong, J., Daniels, J. W., Loewenstcin, R., Roth, D. (2001). Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 14, No. 3, 549–567 (eng).
- Holland, J. S. (Ed.) (1998). *Psycho-oncology*. New York, Oxford, USA: Oxford University Press (eng).
- Hunter, J., Leszcz, M., McLachlan, S. A., Butler, L., Epsien, M. J., Gao, J. et al. (1996). *Psychological stress response in breast cancer*. Paper presented at the Third World Congress of Psycho-Oncology. New York, USA (eng).
- Passik, S. D., Grummon, K. L. (1998). Posttraumatic Stress Disorder. In J. C. Holland (Ed.), *Psychooncology* (pp. 595–607). New York, USA: Oxford University Press (eng).
- Smith, M. Y., Redd, W. H., Peyser, C., Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psychooncology*, 8 (6), 521–537 (eng).
- Zabora, J., Brintzenhofeszoc, K., Curbow, B., Hooker, C., Pianladosi, S. (2001). *The prevalence of psychological distress by cancer site*. Baltimore, USA: John Wiley & Sons Ltd. doi:10.1002/10991611(200101/02)10:1<19::AIDPON501>3.0.CO;2-6 (eng).

## КОГНИТИВНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЙ ВЗРОСЛЫХ ПО ПОВОДУ ЗДОРОВЬЯ

Дробот Ольга, доктор психологических наук, профессор кафедры педагогики и психологии профессионального образования, Национальный авиационный университет, пр. Космонавта Комарова, 1, 03065 Киев, Украина, [piterkiev@gmail.com](mailto:piterkiev@gmail.com)

Лозовая Ольга, доктор психологических наук, профессор, заведующая кафедрой практической психологии Института человека, Киевский университет имени Бориса Гринченко, ул. Бульварно-Кудрявская, 18/2, 02154 Киев, Украина, [o.lozova@kubg.edu.ua](mailto:o.lozova@kubg.edu.ua)

*Исследованы когнитивно-личностные особенности больных раком молочной железы, в частности, специфика их глубинных представлений о себе и окружающем мире, сквозь призму которых воспринимаются события и в соответствии с которыми формируется поведение, связанное с параметрами посттравматического состояния. Применены методики: Миссисиппская шкала (MS, Mississippi Scale, Keane et al., 1988); Шкала ситуативной и личностной тревожности Спилберга-Ханина; Шкала базисных убеждений (World Assumption Scale, WAS, Janoff-Vulman, 1982); Опросник депрессивности Бека (век Depression Inventory, BDI, Beck & Steer, 1987). Сделан вывод о том, что вариативность психологических последствий заболевания и особенности индивидуального реагирования на перенесенный стресс обусловлены не столько эффективностью лечения, сколько когнитивно-личностными особенностями больных, их базисными*



убеждениями и представлениями, определяющими процесс преодоления травмирующих аспектов заболевания.

**Ключевые слова:** базисные убеждения; посттравматический стрессовый синдром; рак молочной железы.

### COGNITIVE-PERSONAL CHARACTERISTICS OF ADULT EXPERIENCE ON HEALTH

Drobot Olha, Doctor of Sciences (Psychology), Professor, Professor of Department of Pedagogy and Psychology of Professional Education, National Aviation University, 1 Kosmonavta Komarova Ave, 03065 Kyiv, Ukraine, piterkiev@gmail.com

Lozova Olha, Doctor of Sciences (Psychology), Professor, Head of the Department of Practical Psychology, Institute of Human Sciences, Boris Grinchenko Kyiv University, 18/2 Bulvarno-Kudryavska Str., Kyiv, Ukraine, o.lozova@kubg.edu.ua

*The cognitive-personal features of patients diagnosed with breast cancer were studied, i.e. the degree of severity of post-traumatic reactions, the level of actual and personal anxiety, basic personal attitudes relating to the self-image and the surrounding world; the presence of depressive symptoms. As a result, individual post-traumatic stress reactions were highlighted, with distress reaching the level corresponding to the clinical picture of post-traumatic stress disorder. Subjects were registered with subdepression, i.e. pessimistic assessment of events and the self, the reduction of working capacity. Most patients have high rates of situational anxiety. At the same time, the overwhelming majority of patients do not exhibit high levels of personal anxiety.*

*Methodology used: Mississippi Scale (MS, Mississippi Scale, Keane et al., 1988); Spalberger-Khanin's Scale of Situational and Personality Anxiety; Scale of basic beliefs (World Assumption Scale, WAS, Janoff-Bulman, 1982); Beck Depression Inventory (Depression Inventory, BDI, Beck & Steer, 1987).*

*The results demonstrated that basic beliefs of patients have the following specificity: predominantly negative image of the self and the world, confidence in their own failure, inability to control the occurring events. Women suffer from decreasing sense of the value and significance of their selves. The world and surrounding people are perceived as unfriendly, dangerous and untrustworthy, probably due to the quality of social support and the attitude of others as a result of the disease. Thus, the variability of the psychological consequences of the disease and peculiarities of individual responses to the stress is most likely related not to the effectiveness of the treatment (all women in these sample have successfully completed the treatment), but rather to the personal and cognitive characteristics of patients, their basic beliefs and conceptions.*

**Key words:** basic beliefs; breast cancer; post-traumatic stress syndrome.

Стаття надійшла до редакції 13.04.2018

Прийнято до друку 27.09.2018