

**MANAGEMENT OF PSYCHIATRIC  
AND PSYCHOTHERAPEUTIC AID IN WOMEN  
WITH BREAST CANCER AFTER MASTECTOMY**

**МЕНЕДЖМЕНТ ПСИХІАТРИЧНОЇ  
ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ,  
ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ**

**Anikina Inna<sup>1</sup>**

**Bilobryvka Rostyslav<sup>2</sup>**

DOI: [http://dx.doi.org/10.30525/978-9934-571-31-2\\_1](http://dx.doi.org/10.30525/978-9934-571-31-2_1)

**Abstract.** An unfavorable prognosis in oncology is the cause of a wide range of mental disorders, which are already debuted at the diagnostic stages and are formed throughout the long process of treatment. Firstly, in solving the problem, it is important to mold the pool of patients with adequate compliance, concordance and adherence; secondly – application of the principle of “minimal external intervention with maximum therapeutic effect”. The purpose of the article is to optimize the management of short-focus psychotherapeutic care (and its effectiveness evaluation) for women with breast cancer after mastectomy. Methodology. A group of women (n=130) with breast cancer after mastectomy was examined for the presence of depressive, anxiety and phobic symptoms (using the anxiety scale of Spielberger – Khanin, PHQ-2, PHQ-9 and PHQ-15). Cognitive – behavioral psychotherapy was prescribed adherently by involving active consciousness in the choice of the patient to pass / or not to undergo short-focus group therapy (10 meetings for 60 minutes). The adherence was achieved in 30 women, who were divided into two comparative groups. The assessment of the psychotherapy was carried out in two ways – by Questionnaire to assess the experience of participating in the group (GEB) and the Group Climate Questionnaire (GCQ-S). Results. The aware adherent choice positively influenced to the work of groups (noted by the patients in the questionnaires). Comparing the two groups, it is

<sup>1</sup> Senior Laboratory Assistant of the Department of Psychiatry, Psychology and Sexology, Danylo Halytsky National Medical University in Lviv, Ukraine

<sup>2</sup> Doctor of Science, Professor,

Head of the Department of Psychiatry, Psychology and Sexology, Danylo Halytsky National Medical University in Lviv, Ukraine

noticeable that the “initial” result of the survey of “being in a group” is qualitatively better at the time of the second group, which can be partly explained by the phenomenon of gaining experience and appearing in the researcher – psychotherapist internal “pattern” of behavior in various circumstances while working with groups with breast cancer pathology. Conclusions. The adherent method (active involvement and discussion of the planned treatment of a physician with a patient) is effective. Diagnostic tools (the anxiety scale of Spielberger – Khanin, PHQ-2, PHQ-9 and PHQ-15) are adequate in overcoming neurotic symptomatology. The multiplicity of neurotic symptoms in a group can be a possible resource in overcoming the symptoms. GEB and the GCQ-S are useful to determine the effectiveness of short-focus group psychotherapy. Confidence of a psychotherapist is significant for the best expected group therapeutic effect. KEY WORDS: breast cancer, depression, anxiety, phobia, psychotherapy, management.

### 1. Вступ

Несприятливий прогноз онкологічних захворювань викликає розвиток широкого спектру порушень у психічній сфері (від легко-помірних невротичних до важких психотичних), які дебютують вже на етапах діагностики та формуються впродовж усього тривалого процесу лікування (іноді й десятиліттями) (Смулевич А.Б., 2009, Федоренко З.П., 2015, Мухаровська І.Р., 2016) [1; 2; 3]. Психосоціальними наслідками онкопатології, в тому числі і у жінок, хворих на рак молочної залози є виключення їх з активного професійного та соціального життя, їх стигматизація (Білобрівка Р.І., 2013). У роботі медичного персоналу, дотичного до лікування пацієнтів онкологічного профілю у досягненні якісної ремісії залишається вагомим формування з цією когортою пацієнтів адекватного комплаєнсу, конкордансу та адгеренсу (Зіменковський А.Б., 2013) [4], та застосування принципу «мінімального втручання ззовні за максимального ефекту терапії» що і зумовлює актуальність нашого дослідження.

### 2. Дизайн дослідження

**Метою дослідження** є оптимізувати менеджмент короткофокусної психотерапевтичної допомоги (та оцінки її ефективності) жінкам, хворим на рак молочної залози після мастектомії. **Методи і матеріали.** Представлена робота є частиною дисертаційного дослідження, вико-

## Management of psychiatric and psychotherapeutic aid in women with...

наного на кафедрі психіатрії, психології та сексології стоматологічного факультету Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та на базі Львівського державного онкологічного регіонального лікувально – діагностичного центру послідовно в декілька етапів за розробленим дизайном.

Дизайн дослідження, враховуючи специфіку обраного контингенту пацієнок був наступним. На первинному етапі роботи сформована суцільна скринінгова вибірка з 200 жінок з встановленим діагнозом РМЗ та проведеною мастектомією, що надали інформовану письмову згоду на участь у обстеженні та лікуванні згідно Закону України «Про психіатричну допомогу». Задля досягнення однорідності вибірки, весь контингент цих хворих оцінювався за наступними критеріями виключення з дослідження:

1. Верифікований діагноз шизофренічного спектру в доморбідний по відношенню до раку молочної залози період;
2. Верифікований діагноз афективного спектру, що є ендогенним по суті (біполярний афективний розлад, рекурентна депресія, тощо);
3. Пацієнти із гетерономною (невідповідною до афекту) психотичною симптоматикою;
4. Пацієнти з органічним ураженням центральної нервової системи (виражений психоорганічний синдром будь-якого типу), пароксизмальними станами в анамнезі;
5. Пацієнти з актуальним прийомом призначених до поступлення в стаціонар ліків (наприклад, стероїдів), які могли виявляти побічну дію при застосуванні у вигляді зміни: афекту, когнітивних функцій, тощо;
6. Важка супутня декомпенсована соматична патологія.

Згідно критеріїв виключення з дослідження вибуло 70 пацієнок. Відтак, у подальший протокол роботи включено 130 пацієнок. Після досягнення комплаєнсу з кожною з пацієнок проводилося **грунтовне обстеження**, що складалось з **двох блоків**:

**1. Розширеного анамнестичного інтерв'ю**, що включало в себе детальну співбесіду з хворою (по-можливості і з її родичами), опрацювання даних наявних архівних історій хвороби. В часі збору сімейного анамнезу окрім з'ясування особливостей сімейного життя та конфліктних моментів, збирались відомості про батьків і найближчих членів сім'ї пацієнта. При цьому зверталась увага на характерологічні особливості батьків та інших членів сім'ї, їх стосунки між собою та з

пацієнтом. Детально з'ясовувалось ставлення пацієнта до найближчого оточення, дитячі переживання, пов'язані зі стосунками в сім'ї та сімейними традиціями. Ця частина анамнезу була необхідною також і для з'ясування «стилю сімейних стосунків» та його порівняння з «поза сімейним стилем» (у стаціонарі, в стосунках з лікарями). Збір анамнезу полягав у з'ясуванні як біографічних даних, відомостей про перенесені захворювання, умови життя, так і раних хвилюючих спогадів пацієнтки, важливих подій в її житті, особливості реакції на них, адаптації до нових життєвих умов. Досліджувався процес становлення особистості пацієнтки, її зацікавленість, життєвих поглядів, мрій, рівень запитів, планів, тобто, досліджувалась суб'єктивна реальність особистості. Бралась до уваги специфіка стосунків пацієнтки з особистісно важливими особами в житті, та особами протилежної статі. Детально з'ясовувався вплив конфліктних, стресових, адаптаційних моментів на психологічне самопочуття пацієнтки в різні періоди життя (в тому числі, фіксувалась наявність періодів зниженого настрою, тривоги та фобій), їх зв'язок із життєвими подіями, особливості суб'єктивного емоційного та когнітивного опрацювання цих станів. Досліджувалась історія захворювання в контексті життєвих обставин, за яких виник розлад (наявність РМЗ) з уточненням присутності/відсутності симптомів актуального психічного розладу в минулому. З'ясовувався зв'язок депресивних симптомів та тривоги з іншими психотравмуючими ситуаціями і обставинами та їх відображення в клінічній картині невротичного розладу. В часі другого та третього візиту детально вивчались особливості клінічної динаміки, видозміна симптомів протягом 12-ти місяців перебігу хвороби, ефективність методів терапії, що застосовувались та їх вплив на якість життя. Особлива увага приділялась також дослідженню суб'єктивних переживань наявної у пацієнтки хвороби, власним інтерпретаціям актуальних симптомів із врахуванням усіх психопатологічних особливостей їх хворобливого стану. Окремо вивчались особливості стосунків пацієнтів з лікарями, їх здатність до терапевтичної співпраці, настанови пацієнтів, пов'язані з процесом лікування та одужання.;

## **2. Проведення тестів** для:

**а. визначення рівня особистісної та ситуативної тривоги** (за допомогою шкали реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна призначена для самооцінки тривоги. Дана методика дозволила зробити уточнення про якість інте-

## Management of psychiatric and psychotherapeutic aid in women with...

гральної самооінки особистості. Опитувальник дає можливість розрізнати два типи тривоги – тривогу, як рису особистості (особистісна тривога) і тривогу, як клінічний стан, що минуций (ситуаційна тривога). Визначається взаємозв'язок параметрів реактивності й активності особистості, її темпераменту і характеру. Шкала складається з двох підшкал, що окремо оцінюють ситуативну тривогу (пункти 1-20) і особистісну тривогу (пункти 21-40). У першій підшкалі хвора описує свій стан в даний момент часу, а у другій – свої звичні відчуття. Кожна із підшкал містить як «прямі» пункти (більш високий бал відповідає більш високому рівню тривоги), так і «зворотні» пункти (більш високий бал за цими пунктами відображає більш низький рівень тривоги). Опитувальник пацієнтки заповнювали після короткого інструктажу. Вони робили відмітку навпроти того висловлювання, яке їх найбільше влаштовувало. Відповіді «зовсім ні», «імовірно, так», «вірно», «цілком вірно» кодувалися як 1, 2, 3 та 4. Підрахунок балів проводився окремо у двох підшкалах. Інтерпретацію отриманих результатів проводили за Ханін Ю.Л.: сума балів до 30 визначала низький рівень тривоги, 31-45 балів – помірний, 46 балів та більше – високий рівень тривоги;

**в. оцінки депресивного статусу** (варіанту і вираженості) за використанням діагностичного інструментарію PHQ-9 та PHQ-12. PHQ-9 – Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я – шкала самооінки депресії з дев'яти пунктів, що є ефективна в діагностиці великого депресивного розладу, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів (пацієнткам задавалось запитання «Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви?», з варіантами відповіді «Не турбували взагалі» – «0», «Протягом декількох днів» – «1», «Більше половини цього часу» – «2», «Майже кожного дня» – «3») та PHQ-15 (пацієнткам задавалось запитання «Наскільки сильно Вас турбували нижче перелічені проблеми впродовж останніх 4-х тижнів?», з варіантами відповіді «Не турбували взагалі» – «0», «Трохи турбували» – «1», «Сильно турбували» – «2») – для уточнення фізичних симптомів депресії. Оцінка вираженості депресії була наступною: «0-4» – «Депресія відсутня», «5-9» – «Легка («субклінічна») депресія», «10-14» – «Помірної тяжкості депресія», «15-19» – «Середньої тяжкості депресія», «20-27» – «Тяжка депресія».

Обстежені жінки були у віці від 18 до 65 років, середній вік був достатньо зрілим та складав  $57,47 \pm 0,58$  років, при середній тривалості

хвороби  $7 \pm 0,36$  років. Середній вік на час виявлення РМЗ становив  $52,22 \pm 0,46$  роки.

Таблиця 1

**Розподіл жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ у відповідності до їхнього рівня тривоги (за даними самооцінки)**

Рівень тривоги	Бали	Кількість жінок, які зараховані до даного рівня	
		Абс.	Частка, %
Низький	0-6	72	$55,38 \pm 4,36$
Високий	7 та більше	58	$44,62 \pm 4,36$

Поглиблений аналіз результатів самооцінки тривоги дозволив нам виокремити 10 найвагоміших причин, які обумовили появу тривожних станів у жінок після мастектомії внаслідок онкопатології, про що наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

**Поширеність за даними самооцінки основних тривожних станів у жінок, які перенесли мастектомію з приводу РМЗ (випадки на 130 анкетованих)**

Причини	Поширеність
Постійна турбота та переживання за своїх рідних	$66,15 \pm 4,15$
Часті тривоги через дрібниці	$42,31 \pm 4,33$
Відчуття нервозності	$36,15 \pm 4,21$
Помітно вкорочений сон	$34,62 \pm 4,17$
Часті відчуття нападу жару чи холоду	$33,08 \pm 4,13$
Підвищена пітливість	$27,69 \pm 3,92$
Поверхневий сон	$27,69 \pm 3,92$
Періодичне безпричинне серцебиття	$26,92 \pm 3,89$
Важкість у прийнятті рішення	$23,85 \pm 3,74$
Тривожні та неприємні передчуття чогось недоброго	$22,31 \pm 3,65$

Отримані результати засвідчують, що у даної категорії пацієнток найбільш вираженою психологічною проблемою є постійна турбота та переживання за своїх рідних ( $66,15 \pm 4,15$  випадків на 130 опитаних). Встановлено, що у кожній третій жінки існують проблеми зі

## Management of psychiatric and psychotherapeutic aid in women with...

сном (34,62±4,17 випадків на 130 опитаних), відчуттям нервозності (36,15±4,21 випадків на 130 опитаних) та наявні часті відчуття нападу жару чи холоду (33,08±4,13 випадків на 130 опитаних). На наш погляд окрім соматичні симптоми могли виникнути внаслідок глибоких психологічних порушень, а відтак обов'язковим компонентом у комплексному лікуванні має бути надання психологічної допомоги даним пацієнткам.

Результати обстеження пацієток з РМЗ після мастектомії за PHQ-9 та PHQ-15 наведено у таблицях 3 та 4:

Таблиця 3

### Результати обстеження PHQ-9

№	Скарги–симптоми згідно опитувальника PHQ-9 (n=130)	Середній бал вираженості скарги ±m		
		«0» день	1 міс.	12 міс.
1	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	2,12±0,12	0,41±0,10	1,67±0,14
2	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	1,70±0,20	1,15±0,14	1,83±0,18
3	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	1,11±0,12	1,04±0,11	1,22±0,13
4	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	2,01±0,24	0,73±0,20	1,74±0,12
5	Поганий апетит чи навпаки – переїдання	1,41±0,22	1,12±0,16	1,22±0,18
6	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	1,64±0,14	1,32±0,32	1,11±0,24
7	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	2,04±0,24	1,44±0,22	1,65±0,16
8	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	2,20±0,32	1,10±0,20	1,97±0,14
9	Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	1,22±0,26	0,76±0,22	1,12±0,12
	Загальний бал	15,45±0,20	9,07±0,17	13,53±0,14

## Результати обстеження PHQ-15

№	Скарги–симптоми згідно опитувальника PHQ-15 (n=130)	Середній бал вираженості скарги $\pm m$		
		«0» день	1 міс.	12 міс.
1	Біль у шлунку	1,10 $\pm$ 0,18	0,85 $\pm$ 0,13	0,97 $\pm$ 0,14
2	Біль у спині	<b>1,27<math>\pm</math>0,22</b>	<b>0,57<math>\pm</math>0,02</b>	<b>0,88<math>\pm</math>0,11</b>
3	Біль у руках, ногах, суглобах	<b>1,73<math>\pm</math>0,24</b>	<b>1,03<math>\pm</math>0,12</b>	<b>1,44<math>\pm</math>0,08</b>
4	Менструальний біль/порушення менструального циклу	1,56 $\pm$ 0,20	1,25 $\pm$ 0,14	1,51 $\pm$ 0,12
5	Головний біль	<b>1,77<math>\pm</math>0,34</b>	<b>1,14<math>\pm</math>0,11</b>	<b>1,55<math>\pm</math>0,13</b>
6	Біль у грудях	<b>1,11<math>\pm</math>0,26</b>	<b>0,36<math>\pm</math>0,02</b>	<b>0,91<math>\pm</math>0,02</b>
7	Головокружіння	<b>0,99<math>\pm</math>0,23</b>	<b>0,34<math>\pm</math>0,02</b>	<b>1,10<math>\pm</math>0,20</b>
8	Втрата свідомості	0,45 $\pm$ 0,02	0,22 $\pm$ 0,01	0,40 $\pm$ 0,03
9	Посилене/пришвидшене серцебиття	<b>1,67<math>\pm</math>0,30</b>	<b>0,69<math>\pm</math>0,24</b>	<b>1,51<math>\pm</math>0,20</b>
10	Задишка	<b>1,44<math>\pm</math>0,12</b>	<b>0,72<math>\pm</math>0,14</b>	<b>1,32<math>\pm</math>0,16</b>
11	Біль/проблеми під час статевого акту	<b>1,88<math>\pm</math>0,18</b>	<b>1,82<math>\pm</math>0,22</b>	<b>2,02<math>\pm</math>0,18</b>
12	Закрепи/схильність до проносу, діарей	<b>1,54<math>\pm</math>0,16</b>	<b>0,93<math>\pm</math>0,15</b>	<b>1,44<math>\pm</math>0,20</b>
13	Нудота, «гази»/розлад шлунку	<b>1,11<math>\pm</math>0,24</b>	<b>0,47<math>\pm</math>0,02</b>	<b>0,96<math>\pm</math>0,10</b>
14	Відчуття втоми/слабкості	1,55 $\pm$ 0,12	1,07 $\pm$ 0,16	1,30 $\pm$ 0,12
15	Порушення сну	1,67 $\pm$ 0,16	1,15 $\pm$ 0,30	1,33 $\pm$ 0,10
	Загальний бал	<b>20,84<math>\pm</math>0,19</b>	<b>12,10<math>\pm</math>0,12</b>	<b>17,77<math>\pm</math>0,12</b>

У всіх обстежених пацієнок діагностичним інструментом PHQ-9 підтверджено наявність депресивної симптоматики. Серед найвагомійших скарг у жінок з РМЗ після мастектомії на перший план виступали скарги на ангедонію, сповільненість когнітивної діяльності, занепад сил, погані (негативні) думки про себе і лишень на п'ятому місці по вагомості є скарга на знижений настрій. Скарги, що окреслюють суїцидальні думки та наміри виявились низько амплітудними та зайняли останні позиції серед інших.

Водночас, завдяки діагностичному інструменту PHQ-15 з'ясовано соматичний компонент депресивних скарг, який виявився неочікувано вагомим та декларувався пацієнтками у вигляді переважних больових відчуттів у спині та грудях, руках, ногах та голові.

Загальний бал PHQ-9 у «нульовий» день відповідав депресії середньої тяжкості, через місяць, на фоні лікування – мав тенденцію зни-



## Management of psychiatric and psychotherapeutic aid in women with...

ження до рівня легкої тяжкості, через рік – зростання знову до середнього, який, проте, не сягав рівня «нульового» дня.

Загальний бал PHQ-15 виявився вищим у всіх трьох діагностичних «зрізах» та відповідав у «нульовий» день і через рік середньо – наближеного до важкого ступеня, через місяць – середній, наближений до легкого. Виняткову позицію займає скарга на «Біль/проблеми під час статевого акту», яка фактично залишається високо значною та незмінною у часі огляду через місяць та навіть дещо збільшує свою вагу в часі огляду через рік.

Отже, проведене обстеження (анамнестичне інтерв'ю та анкетування у «нульовий день» першої зустрічі з дослідником) розділило пацієнток на три порівняльні групи: 1. «Вітально-депресивна» група, в якій у психічному статусі та за даними застосованої батареї тестів переважала депресивна симптоматика (n=27); 2. «Тривожно-депресивна» група (n=63); та 3. Група з переважаючими «тривожно – фобічними» станами (n=40).

Наступним етапом дослідження було призначення диференційованого лікування, що корелювало з наявним психосоматичним станом пацієнток згідно сучасних уніфікованих клінічних протоколів [], затверджених МОЗ України з подальшою оцінкою параметрів, окреслених метою дослідження в кінці першого місяця лікування та через рік часу. При цьому, медикаментозна терапія призначалася у конкордантний спосіб (згідно Протоколу), а психотерапевтична (когнітивно – поведінкового спрямування) – з використанням адгерентного методу, що передбачав активний свідомий вибір пацієнтки пройти / чи не пройти курс короткофокусної групової терапії (10 зустрічей по 60 хвилин), де у групі є 15 жінок з діагнозом «рак молочної залози, стан після проведеної мастектомії). У результаті, адгеренс було досягнуто у 30 пацієнток з 130, яких було розділено на дві порівняльні групи сліпим рандомним способом. Нас, перш за все, цікавили перспективи зміни когнітивного функціонування у досліджуваних жінок безпосередньо у контексті діагнозу «рак молочної залози», як такого, а також, можливість «перехресного ресурсного доповнення» у функціонування пацієнток з різними формами невротичного страждання у континіумі «депресія-тривога-фобія».

Оцінка ефективності короткофокусної когнітивно – поведінкової групової психотерапії здійснювалась двома шляхами – з позиції учасників групи і з позиції ведучого групи (дослідника). Зміни само-

осмислення учасників групи в часі групової психотерапії відбувалась за допомогою Опитувальника оцінки досвіду участі в групі Gruppen-Erfahrungsbogen (GEB). По завершенні першої групової зустрічі, а також 10-ї учасникам пропонувалося заповнити даний опитувальник з ввідною настановою – «Будь ласка дайте як можна більш спонтанну відповідь на наступні питання, які стосуються сьогоденного засідання групи» з градацією відповідей від «0» – «зовсім ні» до «5» – «дуже влучно» (у першій частині) та дати відповідь на додаткові 7 запитань у другій з метою конкретизації глибини емоційних вчувань у групу та слідового самопочуття, а також уточнення потенційних об'єктів чи предметів цих почуттів.

Водночас, ведуча – дослідник, з свого боку, заповнила у кінці першої сесії та після десятої (повторно) Опитувальник оцінки психологічного клімату в групі (Group Climate Questionnaire (GCQ-S)) з 12-ти запитань, відповідь на які градуються за наступним принципом: «0» взагалі ні, «1» трохи, «2» в деякій мірі, «3» помірно, «4» достатньо, «5» значно, «6» у вищому ступені; даючи відповідь на ввідну інструкцію – запитання «Уважно прочитайте кожне твердження і спробуйте подумати про ГРУПУ ЯК ЦІЛЕ. Використовуючи оціночну шкалу як керівництво, обведіть номер того твердження, яке найвлучніше описує групу під час сьогоденної сесії. Будь ласка відмітьте тільки одну відповідь для кожного твердження».

47 пацієнток обрали або альтернативний напрямок групової психотерапевтичної допомоги, або індивідуальну психотерапію, та, в подальшому, відмовились повідомляти про особливості перебігу своєї психотерапії та будь-які отримані ефекти; ще інші 53 жінки категорично відмовились від будь-якої психотерапевтичної допомоги, зупинивши свій вибір лишень на психофармакологічному лікуванні.

Отримані дані обробляли з допомогою ліцензійного пакету програм StatisticaforWindows 6.0 (StatSoft, USA).

### **3. Результати та обговорення**

Основні дані, отримані в часі опитування учасників групи за протоколом GEB наведені у таблицях 5.1 та 5.2:

В таблиці 6 наведено дані оцінки дослідником-психотерапевтом психологічного клімату в групах один та два у часі першої десятої групової зустрічі:

**Опитувальник оцінки досвіду участі  
в групі Gruppen-Erfahrungsbogen (GEB) – частина 1**

№	Твердження учасника групи	1 зустріч – вираженість твердження M±m		10 зустріч – вираженість твердження (M±m)	
		Група 1 (n=15)	Група 2 (n=15)	Група 1 (n=15)	Група 2 (n=15)
1	2	3	4	5	6
1	Під час сесії я відчувала себе фізично розслабленою	2±0,36	3±0,44	3±0,18	4±0,24
2	Сьогодні я не наважилася висловити те, що мене дійсно зворушило	3±0,24	3±0,48	2±0,22	1±0,22
3	Сьогодні терапевт поводить надмірно стримано	4±0,22	3±0,70	2±0,36	2±0,32
4	Сьогодні я навчилася чомусь від інших	2±0,48	2±0,24	4±0,56	4±0,52
5	Сьогодні мені здавалось, що інші щось від мене приховують	4±0,72	3±0,32	2±0,18	2±0,36
6	Я вважаю, що з часом я зможу все краще сама вирішувати свої проблеми	1±0,18	2±0,22	4±0,64	4±0,70
7	Сьогодні мені не вдалося пояснити іншим, що зі мною діється	4±0,56	3±0,44	2±0,36	1±0,18
8	Сьогодні засідання групи мені дійсно сподобалось	2±0,36	2±0,48	3±0,22	4±0,42
9	Я сьогодні хотіла би отримати більше допомоги від інших учасників групи	4±0,20	4±0,24	3±0,22	2±0,44
10	Сьогодні дуже багато мовчали	4±0,60	3±0,56	2±0,22	1±0,24
11	Сьогодні я більш чітко зрозуміла яке враження справляю на інших	2±0,24	2±0,36	4±0,30	4±0,28
12	Терапевт розглядає все занадто суб'єктивно	4±0,36	4±0,70	2±0,48	2±0,32
13	Сьогодні у мене є відчуття дійсної приналежності до того, що відбувається в групі	2±0,22	2±0,30	3±0,36	4±0,34
14	Я дивлюся зараз на свої труднощі більш спокійно	2±0,32	2±0,44	4±0,44	3±0,22
15	Я вважаю, що група сьогодні не достатньо бере до уваги мої почуття	4±0,64	3±0,58	2±0,18	2±0,24

Закінчення таблиці 5.1

1	2	3	4	5	6
16	Сьогодні я душею (внутрішньо) приймала участь у темах, що обговорювалися в групі	4±0,72	4±0,56	4±0,36	4±0,70
17	Сьогодні в групі панував ворожий напружений настрій	3±0,36	2±0,32	1±0,48	1±0,30
18	Після сьогоднішньої сесії я більше довіряю собі	3±0,44	3±0,20	2±0,44	2±0,22
19	Сьогодні у мене часто виникало відчуття, що те що терапевт говорить групі, також відноситься до мене	4±0,56	4±0,64	4±0,30	4±0,24
20	Зміст сьогоднішнього засідання групи був мені неприємним	3±0,24	3±0,44	2±0,48	2±0,32
21	Сьогодні я побачила свої почуття і відчуття зовсім по іншому	3±0,48	3±0,18	4±0,36	4±0,24
22	Сьогодні я побачила, що інші мають схожі на мої проблеми	2±0,22	2±0,36	4±0,44	4±0,56
23	Сьогодні я була сердита на терапевта	4±0,30	4±0,48	2±0,18	2±0,32
24	Те, що я сьогодні пережила в групі нагадало мені ситуації з мого минулого	3±0,36	3±0,56	4±0,72	4±0,64
25	Сьогодні я не можу сказати як відноситься до мене кожен з учасників групи	4±0,50	4±0,64	2±0,22	2±0,12
26	Сьогодні в мене склалося враження, що я допомогла іншій учасниці групи	3±0,22	3±0,44	4±0,56	4±0,48
27	Сьогодні для мене стали більш яснішими зв'язки в моєму житті, які я раніше не бачила	2±0,48	3±0,18	4±0,56	4±0,36
28	Сьогодні мені хотілось би, щоб деякі учасники не були присутніми	4±0,64	4±0,36	2±0,30	2±0,48
29	Зміни, які я помітила сьогодні в інших підбадьорили мене	3±0,24	3±0,64	2±0,22	2±0,56
30	Сьогодні я відчувала, що інші приймають мене	2±0,48	2±0,24	3±0,44	4±0,24
31	Я вважаю, що сьогодні деякі учасники групи намагались занадто звернути на себе увагу	4±0,44	4±0,56	3±0,18	2±0,16
32	Сьогодні я би с задоволенням поспілкувалася з іншими поза рамками терапії	2±0,24	2±0,22	3±0,44	4±0,36

Таблиця 5.2

**Опитувальник оцінки досвіду участі  
в групі Gruppen-Erfahrungsbogen (GEB) (продовження)**

№	Твердження учасника групи	1 зустріч – вираженість твердження M±m		10 зустріч – вираженість твердження (M±m)	
		Група 1 (n=15)	Група 2 (n=15)	Група 1 (n=15)	Група 2 (n=15)
1	Сьогоднішня сесія зворушила мене сильно 5 4 3 2 1 зовсім ні	2±0,24	3±0,65	4±0,36	4±0,22
2	Я відчуваю себе дуже задоволеною 5 4 3 2 1 дискомфорт	2±0,32	2±0,28	4±0,66	4±0,34
<b>Додатково задані запитання учасникам групи (наведені ті відповіді, що були у більше 75% учасників групи)</b>					
1	Хто більш за все (переважно) спливав на хід сесії? (терапевт/учасники)	Терапевт	Терапевт/ учасники	Учасники	Учасники
2	Хто з учасників на Вашу думку більш за все дотримується реальності? (я/інші)	я	я	я/інші	я/інші
3	Чия поведінка більш за все Вам заважала? (ведучого групи/моя/інших)	Інших	Інших	Ведучого групи	Ведучого групи
4	З ким більш за все Ви хотіли би спілкуватися після цієї сесії?	Ні з ким	Терапевтом	Іншими учасниками/ терапевтом	Іншими учасниками/ терапевтом
5	З ким Ви по можливості в загалі не хотіли би бути у контакті після цієї сесії?	Терапевтом	Іншими учасниками	Почуваюся вільніше, з онкологом	Почуваюся вільніше, з онкологом

Аналізуючи вищенаведені у таблицях 5.1, 5.2 та 6 дані необхідно відмітити декілька важливих, на нашу думку, моментів:

по перше – адгерентне, активне і свідоме залучення пацієнток до прийняття рішення участі / чи не участі в психотерапевтичній групі відразу позитивно вплинуло на працю в групі (як цілісної групи, як і кожної з

**Опитувальник оцінки психологічного клімату  
в групі Group Climate Questionnaire (GCQ-S)**

№	Твердження терапевта	1 зустріч – вираженість твердження M±m		10 зустріч – вираженість твердження (M±m)	
		Група 1 (n=15)	Група 2 (n=15)	Група 1 (n=15)	Група 2 (n=15)
1	Учасники подобаються один одному і турбуються один про одного	1	2	5	5
2	Учасники намагались зрозуміти чому вони роблять те що вони роблять, знайти причину цього.	3	3	4	4
3	Учасники уникають обговорення важливих речей, що відбуваються між ними в процесі спілкування.	2	2	4	5
4	Учасники розуміють, що те що відбулось було важливим і що мало сенс брати участь в сесії	2	3	5	6
5	Учасники розраховують отримати від керівника (-ів) групи певний напрямок	5	5	3	3
6	Між учасниками мале місце суперечності і почуття гніву	5	5	3	3
7	Учасники поводитись стримано та відсторонено один від одного	6	4	3	2
8	Учасники кидали виклик і конфронтували один з одним намагаючись розібратися в тому, що відбувається	5	4	2	2
9	Учасники намагалися поводитися в такий спосіб, який на їх думку є допустимим для групи	3	4	5	6
10	Учасники відкидали один одного і недовіряли один одному	3	3	2	1
11	Учасники поділилися потаємною особистою інформацією або почуттями	2	2	4	5
12	Учасники здавалися напруженими і стривоженими	5	4	3	2

## Management of psychiatric and psychotherapeutic aid in women with...

учасниць, зокрема), що відзначалось пацієнтками як на «вхідному» анкетуванні у день проведення першої групи, так після останньої десятої планової зустрічі (див. пп. 1,2, 16 табл. 5.1, пп. 1,2 та додаткові запитання №№ табл. 5.2, та пп. 2,5 табл. 6), проявилось і у подальшій замотивованості частини пацієнток до продовження психотерапевтичної роботи після завершення планових 10-ти зустрічей (13 пацієнток з 30-ти);

по друге – використання діагностичного інструментарію (шкали Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, РНQ-9 та РНQ-15) є мінімально достатнім для оцінки спектру та насиченості невротичною симптоматикою пацієнток для включення у психотерапевтичну рамку, а різноплановість невротичної симптоматики не є протипоказом до ведення цих пацієнтів у одній психотерапевтичній групі, а навпаки – є можливим ресурсом у подоланні симптоматики. Так, наприклад, в часі психотерапевтичної роботи такі три вагомні кластери ментальних конструктів, які, на думку хворих жінок на РМЗ після мастектомії, впливають на формування їх хворобливих симптомів у площині «депресія-тривога-фобія» («свій образ в очах партнера», що асоціюється з пригніченим настроєм; «фатальності хвороби», що описується переживанням больового синдрому та задишки (як еквівалент і тривоги); «почуття власної цінності та гідності», який, на думку досліджуваних жінок сприяв втраті насолоди від життя та постійній втомі) відійшли у фоновий стан, а на перше місце вийшло бажання до активного планування соціально – трудового та сімейного життя, тобто, з'явилась проєкція майбутнього та власної відповідальності за власне життя, а не перекладання відповідальності за нього на оточення, як було звичло у них раніше (див. пп. 4, 6, 9, 14, 19 табл. 5.1, додаткові запитання №№ 1, 2, 4 табл. 5.2, та пп. 1, 4, 11 табл. 6);

по третє – порівнюючи дві групи помітно, що «початковий» результат опитування «буття у групі» є якісно кращим у часі проведення другої групи, що можна частково пояснити і феноменом набуття досвіду, зменшенням тривожності дослідника-психотерапевта та з'яви у дослідника – психотерапевта внутрішніх інтерналізованих «схем» поведінки за різних обставин у роботі з групою з онкопатологією грудей; можна зробити власне припущення, що ефективність короткофокусної когнітивно – поведінкової психотерапії залежить і від готовності, досвідченості та харизми самого психотерапевта (див. пп. 11, 19, 26 табл. 5.1, пп. 7, 8, 9, 10 табл. 6).

#### 4. Висновки

1. Адгерентний метод (активного залучення та обговорення планованого лікування лікаря з пацієнтом) є ефективним у формуванні психологічної прихильності до строгого дотримання призначень лікаря, що призводить до максимального позитивного ефекту від терапії.

2. Використання діагностичного інструментарію (шкали Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, PHQ-2, PHQ-9 та PHQ-15) є мінімально достатнім для оцінки спектру та насиченості невротичною симптоматикою пацієнток для включення у психотерапевтичну рамку, а різноплановість невротичної симптоматики не є протипоказом до ведення цих пацієнтів у одній психотерапевтичній групі, а навпаки – є можливим ресурсом у подоланні симптоматики.

3. Опитувальники Оцінки досвіду участі в групі Gruppen-Erfahrungsbogen (GEB) та Оцінки психологічного клімату в групі (Group Climate Questionnaire (GCQ-S) можна використовувати для визначення ефективності короткофокусної групової психотерапії.

4. Когнітивно – поведінковий метод у курації невротичних розладів у жінок з раком молочної залози після мастектомії є ефективним та може бути рекомендованим до використання для лікування цієї групи пацієнтів.

5. Впевненість, досвід та харизма практикуючого психотерапевта є вагомим чинником у кращому кінцевому груповому лікувальному ефекті короткофокусної групової психотерапії.

#### Список літератури:

1. Смулевич А.Б. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «СИНТЕЗ» / А.Б. Смулевич, А.В. Андрищенко, Д.А. Бескова // Психические расстройства в общей медицине. – М. : Медиа Медика, 2009. – № 1. – С. 4-11.

2. Рак в Україні 2013-2014 [Електронний ресурс] / З.П. Федоренко, Л.О. Гулак, Ю.Й. Михайлович [та ін.] ; ред. О. О. Колеснік. Київ : Національний інститут раку, 2015. Доступний URL: [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_16/index.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm) (07.03.2018)

3. Особливості психоемоційного стану онкологічних хворих на етапі первинного лікування / І.Р. Мухаровська // Науково-практичний медичний журнал Український вісник психоневрології. – 2016. Том 24, випуск 4 (89). – С. 69-71.

4. Новітній глосарій з клінічної фармації / Під заг. редакцією проф. А.Б. Зіменковського. – Львів, Кварт – 2013. – 517 с. – С. 185.



**References:**

1. Smulevich A.B., Andryuschenko A.V., Beskova D.A. (2009) Psihicheskie rasstroystva v onkologii (rezultaty multitsentrovoy programmy "SINTEZ") [Mental disorders in oncology (results of the multicenter program "SYNTHESIS")] Psihicheskie rasstroystva v obschey meditsine [Mental disorders in general medicine]. Moscow: Media Medika, # 1, pp. 4-11.
2. Kolesnik O.O. (ed.), Fedorenko Z.P., Hulak L.O., Mykhaylovykh Yu.Y. (2015) Rak v Ukraini 2013 – 2014 [Cancer in Ukraine] (electronic journal). Natsional'nyy instytut raku [National Institute of Cancer] Kyiv. Available at: [http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL\\_16/index.htm](http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_16/index.htm) (accessed 07.03.2018).
3. Mukharovs'ka I.R. (2016) Osoblyvosti psykhoemotsiynoho stanu onkologichnykh khvorykh na etapi pervynnoho likuvannya [Specific of psychosocial status on oncologic patients on the initial practice] Naukovo-praktychnyy medychnyy zhurnal Ukrayins'kyy visnyk psyhonevrolohiyi [Scientific and practical medical journal Ukrainian Bulletin of Psychoneurology], vol. 24, no. 4 (89), pp. 69-71.
4. Zimenkovs'kyy A.B. (ed.) (2013) Novitniy hlosariy z klinichnoyi farmatsiyi [The latest glossary of clinical pharmacy], L'viv: Kvant, p. 185.