

## ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КРИЗОВИХ СТАНІВ У БАТЬКІВ ОНКОХВОРИХ ДІТЕЙ

### INDIVIDUAL-PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CRISIS STATES IN PARENTS OF PEDIATRIC ONCOLOGY PATIENTS

У статті наводяться результати емпіричного дослідження індивідуально-психологічних особливостей переживання кризових станів у батьків, чії діти страждають на онкологію. Загалом батьки досить часто стикаються з гострими переживаннями кризових ситуацій, коли йдеться про онкологічну патологію. Для них характерні такі симптоми: інтенсивні афективні реакції на стресову ситуацію, підвищена тривожність, депресивний настрій та дезадаптивна поведінка (відмова від лікування дітей, конфлікти з медичним персоналом, порушення міжособистісних стосунків у родині, втрата сенсу життя). Автори аналізують наукові підходи до визначення поняття «кризові стани». Це поняття характеризується різнобічним епістемологічним та етимологічним трактуванням. Індивідуально-психологічні особливості досліджувалися на основі трикомпонентної моделі переживання кризи батьками онкохворих, що включає поведінковий, когнітивний, емоційний компоненти. У ході діагностики були визначені такі фактори: тяжкість смислотиттєвої кризи, переважаючі ціннісні орієнтири та інтенсивність переживання безнадійності, що властиві батькам, діти яких мають онкологічну патологію. Також встановлено, що досліджуваним властиві дезадаптивні копінг-стратегії, які більшою мірою спрямовані на уникнення проблеми, ніж на її раціональне вирішення. Копінг-поведінка та механізми психологічного захисту є важливими формами адаптаційних процесів і реагування індивідів на стресові ситуації. Такі стратегії виникають у відповідь на травмуючі переживання, допомагають впоратися з дистресом та подолати кризові переживання. Акцентується увага на необхідності розробки спеціалізованої програми психологічного супроводу та підтримки таких батьків. Часто у батьків, чії діти мають невиліковні захворювання, проявляються психосоматичні розлади, невротичні симптоми та ознаки реактивних психозів. З огляду на це, на нашу думку, одним з найбільш актуальних прикладних напрямів клінічної психології наразі є психокорекція деструктивних наслідків переживання кризових станів батьками онкохворих дітей.

**Ключові слова:** кризові стани, смислотиттєва криза, смислотиттєві орієнтації,

почуття безнадійності, копінг-стратегії, онкохворі діти, психокорекція кризових станів.

The article presents the results of an empirical research of individual psychological features of experiencing crisis in parents of pediatric oncology patients. In general, parents are often faced with acute experiences of crisis situations when it talks to cancer. They are characterized by the emergence of intense affective reactions to stressful situations, increased anxiety, depressed mood and maladaptive behavior (refusal to treat children, conflicts with medical staff, and disruption of interpersonal relationships in the family, loss of meaning in life). The authors analyze scientific approaches and definitions of the concept of "crisis states", which have different epistemological and etymological interpretations. Individual psychological features were studied on the basis of three component models of experiencing a crisis by parents of pediatric oncology patients: behavioral, cognitive and emotional components. During the diagnosis, were determined the severity of the meaningful life crisis, the prevailing values and the intensity of the experience of hopelessness, which are typical of parents of pediatric oncology patients. Also, it was found that the probed people are characterized by maladaptive coping strategies, which are more aimed at avoiding the problem than at its rational solution. Coping strategies with the mechanisms of psychological protection are important forms of adaptation processes and response of individuals to stressful situations. Such strategies arise in response to traumatic experiences, help to cope with distress and overcome crisis experiences. Emphasis is also placed on the need to develop a specialized program of psychological support for such parents. Often parents whose children have incurable diseases show psychosomatic disorders and neurotic symptoms and signs of reactive psychosis. Therefore, in our opinion, one of the most relevant areas of clinical psychology at present is the psycho correction of the destructive consequences of experiencing crises by parents of pediatric oncology patients.

**Key words:** crisis situations, meaningful life crisis, meaningful life orientations, feelings of hopelessness, coping strategies, pediatric oncology patients, psycho correction of crisis states.

УДК 159.9.018.2(159.923.3)  
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.31.10>

#### Вакулєнко О.Л.

к.психол.н., доцент,  
доцент кафедри загальної психології  
Київський національний університет  
імені Тараса Шевченка

#### Проскурня А.С.

к.психол.н.,  
асистент кафедри психодіагностики  
та клінічної психології  
Київський національний університет  
імені Тараса Шевченка

#### Третьякова Ю.В.

к.психол.н.,  
доцент кафедри загальної психології  
Київський національний університет  
імені Тараса Шевченка

Кризові стани у сім'ї є складною і актуальною соціальною та психологічною проблемою. Суть її полягає в тому, що серйозні кризи є реальною загрозою розпаду сім'ї та тяжких психологічних наслідків для її членів (депресія, різні девіації, соматичні порушення тощо). Особливу роль у виникненні кризових станів відіграють хвороби дітей, зокрема невиліковні, до яких належать численні онкологічні захворювання. На жаль, криза вітчизняної медицини зумовила відсутність ранньої діагно-

тики таких захворювань, а низьке соціальне забезпечення громадян стає перепорою на шляху до успішного лікування. Для України проблема онкохворих дітей є особливо болючою: наслідки Чорнобильської аварії, постійні порушення екологічного законодавства, катастрофічне забруднення довкілля, неякісне або й шкідливе харчування – усе це збільшує ризики, через що навіть батьки здорових дітей відчують тривогу за здоров'я своїх нащадків. Коли ж стається справжня біда, кожна

сім'я переживає кілька етапів хвороби дитини, на кожному з яких виникають специфічні переживання. Часто трапляється деструктивне ставлення до ситуації в цілому, тобто панічне безсилля батьків, витіснення, а інколи й занурення у хворобу, яка стає захистом від інших труднощів життя. Психологам-практикам дуже важливо мати чітке уявлення про особливості індивідуально-психологічних переживань кризових станів батьками онкохворих дітей. При цьому необхідно враховувати усі три компоненти батьківських переживань, а саме: поведінковий, когнітивний та емоційний.

Відповідно до статистики Міністерства охорони здоров'я України кількість дітей, у яких діагностуються злоякісні новоутворення, продовжує збільшуватись. Окрім медичного комплексу заходів, важливе значення має ефективність лікувально-реабілітаційного процесу, залученість до нього батьків та родичів хворої дитини. Чинниками успішності такої взаємодії є психологічні установки на лікування та одужання, емоційне реагування на ситуацію, копінг-стратегії, притаманні особистості.

Нині проблема психологічної підтримки батьків онкохворих дітей залишається доволі актуальною, адже часто нівелюється її значення, включеність батьків до загального процесу лікування. Щоб цей вид допомоги був результативним, необхідне глибоке вивчення специфіки поведінки в критичних ситуаціях та індивідуально-психологічних особливостей батьків.

У сучасних вітчизняних і зарубіжних дослідженнях проблеми кризових станів мають різнобічну епістемологічну й етимологічну термінологію. Наприклад, в рамках такого напрямку, як психологія життєвого шляху (Б. Ананьєв, С. Рубінштейн), кризова ситуація життя розглядається як подія життєвого шляху, що стає для особистості поворотним етапом, внаслідок якого приймаються важливі, доленосні рішення щодо подальшого життя особистості. Крім того, в інших теоріях постають поняття «важка життєва ситуація» (Л. Анциферова), «неможлива ситуація» (К. Артемова), «духовна криза» (С. Гроф), «криза» (Е. Еріксон), «психотравмуюча ситуація» (Т. Кириленко).

Автори статті «Психологічні проблеми в онкології» В.А. Чулкова та В.М. Моїсеєнко зазначають, що конструктивне вирішення кризи, пов'язаної з онкологічними захворюваннями, як у пацієнтів, так і у їхніх близьких «можливе лише для тих, хто має мужність бути відкритим для життя, тобто приймати його таким, яким воно є» [7, с. 154]. Екстремальність та кризовість самої ситуації, у якій опиняються батьки, формується упродовж хвороби та лікування дитини. При цьому дуже важливо, щоб ситуація сприймалася саме як кризова, а не екстремальна, адже надсильні хворобливі

переживання, що руйнують уявлення людини про безпечне існування, є психологічною травмою, котра може тривати протягом багатьох років, руйнуючи психіку та здоров'я людей. Якщо людина сприймає ситуацію онкозахворювання як екстремальну, то вона фіксує увагу на хворобливих переживаннях, депресії, суїцидальних думках. Це призводить до дезадаптації. Якщо ж ситуація сприймається як криза, то у людини виникає відчуття переломності моменту. І у хворої дитини, і у її батьків виникає гостре відчуття власного «Я». Сутність переживання кризи полягає в усвідомленні того, що ситуація може змінитися, якщо зміниться сама людина.

Переживання кризи батьками онкохворих дітей має три таких компоненти: поведінковий, когнітивний та емоційний. Кожен з них породжує низку проблем. Поведінковий компонент – це засоби психологічного захисту (витіснення, заперечення, компенсація, регресія (інфантилізація), проєкція, заміщення, раціоналізація). Автори книги «Психологічна підтримка сім'ям тяжкохворих дітей» зазначають, що вирішення проблем, пов'язаних з поведінковим компонентом батьківських переживань, – це конфронтаційний копінг, прийняття відповідальності, самоконтроль, позитивна переоцінка, пошук соціальної підтримки, дистанціювання [1, с. 21].

Когнітивний компонент переживань батьками кризових станів пов'язаний із відчуттям власного нещастя, суїцидальними думками, оцінкою допомоги з боку оточення, а також з уявленнями про цінності, про Бога та сенс життя.

Емоційний компонент пов'язаний з почуттям провини, а також з відчуттям власної ізолюваності від світу, з тривогою та депресією. Тут важливо саме подолати ізолюваність, налагодити комунікацію з людьми, що опинилися у подібній ситуації, а також нівелювати почуття провини. Найбільш складні переживання виникають у батьків на етапі стаціонарного лікування дитини. Коли батьки приймають діагноз як остаточний факт, у їхніх уявленнях про себе та власне життя відбуваються суттєві зміни. Зокрема, виникають відчуття безпорадності та безнадійності через неможливість позбавити дитину проблем зі здоров'ям, з'являються сумніви у власній компетентності в минулому, теперішньому та майбутньому. Надія покладається на допомогу лікарів, однак саме на етапі стаціонарного лікування батьків очікують сильні стресові переживання.

Мета дослідження – емпірично дослідити індивідуально-психологічні особливості батьків онкохворих дітей в умовах реагування на кризу.

Загальну вибірку дослідження склали 80 респондентів – батьків, чії діти проходять

лікування у стаціонарі дитячого відділення Київського міського клінічного онкологічного центру. До вибірки увійшли представники як жіночої (47), так і чоловічої статі (33) віком від 28 до 40 років. Загальний час перебування дітей досліджуваних у лікарні становить від трьох тижнів до 6 місяців, деякі з них зазнали хірургічного втручання, але більшість проходить лікування хіміотерапією. Діти досліджуваних перебували на різних стадіях протікання хвороби (прояв перших симптомів, хворі у стадії ремісії, тяжкі термінальні стани протікання хвороби).

Для досягнення мети дослідження ми використали такі емпіричні методи: спостереження, психодіагностичне дослідження, спрямоване на вивчення індивідуально-психологічних особливостей переживання кризових станів батьками онкохворих дітей (зокрема, «Опитувальник смисложиттєвої кризи» К.В. Карпінського, «Тест смисложиттєвих орієнтацій» Д.О. Леонтєва, «Шкала безнадійності» А. Бека та опитувальник «Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана в адаптації Н. Сироти, В. Ялтонського).

Емпіричне дослідження ознак смисложиттєвої кризи здійснювалося за допомогою методики «Смисложиттєва криза» К.В. Карпінського. Встановлено, що середньогруповий показник інтенсивності смисложиттєвої кризи знаходиться на високому рівні вираженості та дорівнює 139 (max. 157), що вказує на тяжку кризу. Високі бали вказують на те, що смисложиттєві суперечності набувають неприродної гостроти, застійності, глибини та травматичності. Це характеризує кризовий стан.

Батьки, чиї діти мають онкологічне захворювання, втрачають віру у позитивне майбутнє, усе їхнє життя зосереджується на боротьбі з хворобою. Це забирає усі сили та час. Для вибірки досліджуваних характерними є переживання кризи сенсу життя. Суб'єктивними та поведінковими ознаками кризи сенсу життя є:

- складність усвідомлення смислової саморегуляції життєвого шляху;
- викривлене сприйняття психологічного часу, ставлення до свого минулого, теперішнього та майбутнього;
- деформації в побудові суб'єктивної картини життєвого шляху;
- переживання загальної незадоволеності життям;
- порушення суб'єктивного контролю життя;
- порушення взаємин у соціумі;
- відчуття внутрішньої порожнечі, спустошеності, страху, безнадії та розпачу, пов'язаних із усвідомленням плінності людського життя.

За методикою «Тест смисложиттєвих орієнтацій» у адаптації Д. Леонтєва встановлено, що досліджувані мають низький показник осмисленості життя, що складає 1 перцентиль (max. 1,4). Це підтверджує наявність глибокої особистісної смисложиттєвої кризи у батьків онкохворих дітей.

Діагностична шкала «Цілі на майбутнє» дає змогу встановити рівень продуктивної орієнтації на майбутнє, що надає життю осмисленості, спрямованості та часової перспективи. Досліджуваним властивий низький показник за даною шкалою – 0,26 перцентилів (max. 0,42). Батьки онкохворих дітей живуть одним днем, тобто у теперішньому моменті, рідше – у минулому, де їхні діти здорові. Вони не будують планів на майбутнє, оскільки тяжка хвороба не дає можливості щось планувати наперед. Усі їхні цілі та бажання зводяться виключно до подолання захворювання.

За шкалою «Емоційна насиченість життя» вибірці також властивий низький рівень прояву даної властивості – 0,24 перцентилів (max. 0,42). Отримані результати засвідчують, що досліджувані не сприймають своє життя як цікаве та насичене позитивними переживаннями. Вони не отримують задоволення від життя, а, навпаки, відчують розчарування, втрату віри у щасливе майбутнє та сенсу життя. Батьки описують свою реальність як сіру буденність з тривожною невизначеністю та нестабільністю, де кожний наступний день наближає їх до втрати дитини.

Шкала «Результативність життя» має низький рівень вираженості – 0,19 перцентилів (max. 0,35). Бали за цією шкалою відображають загальну оцінку пройденого відрізка життя, відчуття його продуктивності та осмисленості. Низький показник свідчить про незадоволеність своїм життям, розчарування та зневіру у собі. Досліджувані відзначають власну безсилість та нездатність допомогти своїм дітям. Часом рідні звинувачують себе у невтішному діагнозі, називають себе поганими батьками, які не доглядали за дитиною.

Досліджуваним властиві низькі показники за шкалами, що визначають переважаючий рівень суб'єктивного контролю: «Локус контролю – Я» – 0,17 перцентилів (max. 0,28), «Локус контролю – життя» – 0,25 перцентилів (max. 0,42). Результати свідчать переважання екстернального локусу контролю, що вказує на уявлення особистості про себе як про пасивний та залежний об'єкт, що підкоряється обставинам і не може виступати активним суб'єктом дійсності. Досліджуваним властивий певний фаталізм та впевненість, що від них мало що залежить. Значні надії на допомогу покладаються на лікарів, Бога та надприродні сили, що є ознакою яскраво вираженої екстернальної поведінки досліджуваних.



Використовуючи методику «Шкала безнадійності» А. Бека, ми встановили, що досліджуваним властивий досить високий рівень зневіри – 16 (max. 20). Такі дані свідчать про переважання негативних очікувань на майбутнє та нездатність значимо вплинути на позитивний результат лікування. Часто гостре переживання безнадійності стає причиною виникнення тяжких психопатологічних розладів у батьків, чиї діти страждають на онкологію. За відсутності вчасної психологічної допомоги такі стани з невротичних можуть переростати у психотичні, а також набувати психосоматичного вираження. Часто у батьків, які довго перебувають поруч з дитиною в процесі лікування, з'являються скарги та фізіологічні симптоми, подібні до тих, що мають їхні діти. При цьому у них повністю відсутні будь-які об'єктивні ознаки захворювання.

Використовуючи психодіагностичну методику «Індикатор копінг-стратегій» Д. Амірхана у адаптації Н. Сироти та В. Ялтонського, ми встановили, що найбільш інтенсивне вираження у групі досліджуваних має деструктивний копінг «уникнення» (28 балів). Продуктивна копінг-стратегія «розв'язання проблем» має низький рівень вираженості (18 балів). Загалом серед 80 досліджуваних батьків для 46 переважачим виявився копінг «уникнення», 21 респондент активно використовує копінг «пошук соціальної підтримки», лише 13 батьків звертаються до стратегії «розв'язання проблем».

Для більшості батьків (58%), чиї діти страждають на онкологію, домінантною є копінг-стратегія «уникнення». Це пасивна поведінкова реакція на стрес, за якої людина намагається зменшити кількість контактів з оточуючим світом, тікає від вирішення проблем, відгороджується від соціуму, вважаючи його ворожим або небезпечним. Життя досліджуваних на даний момент часу зосереджене тільки на самопочутті їх дитини, вони докладають усіх можливих зусиль, аби чимось зарадити. У разі переважання такої реакції людина закривається у собі, вона схильна «тікати» від стресу, тобто заїдати переживання, зловживати алкоголем або психоактивними наркотичними речовинами, щоб уникнути постійної емоційної напруги. Така поведінкова стратегія є повністю деструктивною для психічного здоров'я батьків, вона вимагає психокорекційної роботи або психотерапії.

26% досліджуваних активно використовують копінг «пошук соціальної підтримки». Такий тип реагування на стрес вважається адаптивною поведінковою стратегією, за якої людина для ефективного вирішення проблеми схильна шукати допомогу та підтримку у своєму близькому оточенні – у родині, серед друзів, колег. Така стратегія орієнтована на

активну взаємодію з іншими людьми. Ідеться як про інформаційну (бажання почути фахову думку спеціаліста, пошук нових знань), так і про емоційну взаємодію (бажання бути почутим, пошук уваги та емпатійної підтримки, прагнення поділитися своїми проблемами та побоюваннями).

Такі батьки потребують уваги не лише родини, але і кваліфікованих фахівців-психологів, які допоможуть знайти адаптаційний ресурс у таких складних життєвих умовах. Особи з переважанням копінг-стратегії «пошук соціальної підтримки» легше йдуть на контакт з медичним персоналом, більш схильні до групових видів роботи та активніше включаються у психотерапевтичну взаємодію.

Лише для 16% досліджуваних переважаючою виявилася копінг-стратегія «розв'язання проблем». Це найбільш активна поведінкова стратегія, за якої людина намагається використовувати усі доступні їй ресурси для пошуку способів ефективного вирішення проблеми. Даний копінг переважно властивий батькам, чиї діти уперше потрапили до стаціонару та перебувають там короткий термін або не мають чіткого диференційованого діагнозу.

Копінг-поведінка разом та механізми психологічного захисту є важливими формами адаптаційних процесів та реагування індивідів на стресові ситуації. Такі стратегії виникають у відповідь на травмуючі переживання, допомагають впоратися з дистресом та подолати кризові переживання.

Таким чином, у ході емпіричного дослідження встановлено, що досліджувані перебувають у інтенсивній смисложиттєвій кризі через втрату сенсу життя, відсутність цілей та перспектив на майбутнє. Увесь їх інтерес зводиться до здоров'я їхніх тяжкохворих дітей. Батьки демонструють низьку емоційну насиченість життя, низьку результативність та осмисленість існування. Вони мають екстернальний локус контролю, пов'язаний з пасивністю та фаталістичним очікуванням неминучого майбутнього. У групі досліджуваних спостерігається високий показник переживання безнадійності та переважання деструктивних копінг-стратегій.

Виявлені індивідуально-психологічні особливості досліджуваних вказують на переживання батьками онкохворих дітей глибокої особистісної кризи, що породжує дезадаптивну поведінку, пасивні копінг-стратегії, негативні емоційні переживання, втрату віри в одужання та безнадійність.

У контексті подальших розвідок, на нашу думку, необхідним є створення технік психологічної інтервенції та підтримки для батьків, чиї діти страждають на онкологію. Терапевтична робота з психологом сприятиме зниженню

деструктивних наслідків переживання кризових станів, усунуть деструктивні патерни поведінки, а також формуватиме функціональні форми реагування у тяжких життєвих ситуаціях.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Александрова О.В., Кушнарєва И.В., Ткаченко А.Е. Психологическая поддержка семьям тяжело болеющих детей. Санкт-Петербург : Типография Михаила Фурсова, 2018. 66 с.
2. Балабанова Е.С. Гендерные различия стратегий совладания с жизненными трудностями. *Социологические исследования*. 2002. № 1. С. 26–32.
3. Создание системы паллиативной помощи детям с онкологическими заболеваниями / М.А. Бялик, А.Ф. Бухны, С.А. Волох, Г.Я. Цейтлин. *Вопросы гематологии / онкологии и иммунопатологии в педиатрии*. 2004. № 3 (3). С. 61–69.
4. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1984. 200 с.
5. Вирт У., Цобели Й. Жажда смысла: человек в экстремальных ситуациях: пределы психотерапии / пер. с нем. Москва : Когито-Центр, 2011. 328 с.
6. Ермакова Е.Н. Психологическое консультирование родителей детей с хроническими заболеваниями. *Психотерапия и клиническая психология*. 2005. № 1. С. 30–34.
7. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии. *Практическая онкология*. 2009. № 10 (3). С. 151–157.
8. Hoven E. The Influence of Pediatric Cancer Diagnosis and Illness Complication Factor on Parental Distress. *Journal of Pediatric Hematology. Oncology*. 2008. № 30 (11). P. 807–814.