

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ФІЛОЛОГІЇ ТА МАСОВИХ КОМУНІКАЦІЙ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**До захисту допустити:
в.о. зав. кафедри
«__» _____ 20__ р.**

Кваліфікаційна робота
за освітнім ступенем «Магістр» на тему:

**«Особливості самоставлення жінки в ситуації мамологічного
онкологічного захворювання»**

Здобувача вищої освіти
факультету філології та
масових комунікацій
спеціальності 053 Психологія
освітнього ступеня «Магістр»
Мануїлова Олена Анатоліївна

Науковий керівник:
Варава Людмила Анатоліївна
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри практичної психології

Рецизент:
Черезова Ірина Олександрівна
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри психології
Бердянського державного педагогічного
університета

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою _____
Секретар ЕК _____
«__» _____ 2020__ р.

Маріуполь – 2020 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОСТАВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ	
1.1. Категорії визначення ставлення людини до самої себе.....	7
1.2. Компонентна структура та функції самоствавлення.....	12
1.3. Гендерні особливості формування самоствавлення особистості.....	19
Висновки до розділу 1.....	23
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ	
2.1. Психологічні механізми виникнення соматичного онкологічного захворювання.....	24
2.2. Особливості психологічного стану особистості при злоякісному новоутворенні.....	29
2.4. Психологічні особливості переживання мамологічного онкологічного захворювання.....	34
Висновки до розділу 2.....	39
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОСТАВЛЕННЯ ЖІНОК ПРИ МАМОЛОГІЧНОМУ ОНКОЛОГІЧНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ	
3.1. Вибір та обґрунтування методів дослідження.....	40
3.2. Констатуюче дослідження та аналіз отриманих результатів.....	43
3.3. Формуючий експеримент та перевірка ефективності корекційної програми.....	62
Висновки до розділу 3.....	71
ВИСНОВКИ.....	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	75
ДОДАТКИ.....	85

ВСТУП

Обґрунтування актуальності теми. Вже багато років феномен самоствавлення активно вивчається як зарубіжними так і вітчизняними науковцями. За цей час накопичено багато теоретичних та експериментальних даних, розкрито механізми формування самоствавлення та фактори, що впливають на нього, особливості його функціонування та структури, а також взаємозв'язки самоствавлення з іншими проявами особистості.

Проте й досі не існує єдиного визначення цього феномену. Так в загальному розумінні термін самоствавлення використовується для позначення специфіки відносини особистості до власного «Я». Також ставлення людини до самого себе розуміють як вираз сенсу «Я» для суб'єкта, як переживання власної цінності, що виражається в почутті самоповаги. А для опису змісту феномену самоствавлення використовують такі категорії як самоповага, самоцінність, саме самоствавлення, почуття власної гідності, узагальнена самооцінка, емоційно-ціннісне ставлення до самого себе та самоприйняття.

І хоча дослідженню ставлення людини до самої себе присвячено чимало робіт, у більшості з них розглядається здорова особистість. Але у сучасному світі існує велика кількість захворювань, переживання яких відкладає відбиток на особистість хворого, на всю сферу його життєдіяльності. Тому важливим є дослідження особливостей особистості таких людей, адже здоров'я та хвороба це дві сторони однієї медалі і не можна досліджуючи одну з них забувати про іншу.

Однією з хвороб, яка впливає на особистість є онкологічне захворювання. Адже за складністю і важкістю для людини їй немає рівних, оскільки пухлини можуть утворюватися в будь-якому віці і вражати різні верстви населення. І незважаючи на те, що ризику ракового захворювання піддається будь-який орган, частота уражень різних ділянок тіла не однакова. Так першість належить злоякісним пухлинам травної системи. Рак легенів займає перше місце в структурі онкологічної захворюваності чоловічого населення. Що ж стосується жіночого населення всього світу – перше місце належить раку молочної залози.

В розвитку даного виду захворювання велике значення має психологічний фактор. Так розглядаючи особистісні особливості хворої раком людини, її внутрішньої картини хвороби дослідники вказують на особливу роль психологічного чинника в розвитку і протягом онкозахворювання, а також відзначають наявність стресу, що передує хворобі.

При цьому, незважаючи на велику кількість робіт присвячених як дослідженню самоствалення, так і дослідженню психологічного фактору розвитку онкозахворювань, в жодній з них не акцентувалася увага на особливостях феномену самоствалення при онкології, а саме при мамологічному онкологічному захворюванні.

Метою нашого дослідження є визначити особливості самоствалення жінок при мамологічному онкологічному захворюванні та розробити корекційну програму щодо покращення їх ставлення до себе.

Об'єкт дослідження: самоствалення особистості в ситуації захворювання.

Предмет дослідження: самоствалення жінок в ситуації мамологічного онкологічного захворювання.

Припущення полягає в тому, що самоствалення є провідним фактором організації життєдіяльності жінок з мамологічним онкологічним захворюванням.

Для перевірки гіпотези і досягнення мети були сформульовані наступні **завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз з проблеми дослідження.
2. Визначити особливості самооцінки та рівня домагань у жінок при мамологічному онкологічному захворюванні.
3. Розглянути самоствалення та особливості «образу Я» жінок при мамологічному онкологічному захворюванні.
4. Систематизувати особливості самоствалення жінок при мамологічному онкологічному захворюванні.

5. Розробити корекційну програму самоствалення жінок в ситуації мамологічного онкологічного захворювання та перевірити її ефективність.

Методологічну та теоретичну основу нашого дослідження становлять: теоретичні підходи щодо визначення феномену самоствалення та структурних компонентів (І.С. Кон, К. Роджерс, С.П. Панталеєв, Н.І. Сарджвеладзе, І.І. Чеснокова, С.О. Вільдгрубе, А.В. Захаров, І.С. Ковальчук, Т.К. Терра, Л.В. Тищенко та інші); а також наукові джерела з проблеми психологічних особливостей онкологічних захворювань (А. Менегетті, Л. Лешан, Е.Ф. Бажина, А.В. Гнезділов, К. Родевідж, С.А. Москвитина та інші).

Методи дослідження. Для перевірки висунутого припущення та вирішення поставлених завдань було використано наступні теоретичні методи: вивчення та аналіз психологічної та медичної літератури з проблеми дослідження, узагальнення, систематизація; емпіричні: комплекс психодіагностичного тестування, а саме тест Куна «Хто Я?»; методика дослідження самоствалення С.Р. Панталеєва (МДС); а також методика дослідження самооцінки Дембо – Рубінштейна у модифікації А. М. Прихожан; тренінги; статичні та якісні методи обробки емпіричних даних.

Наукова новизна нашої роботи полягає у: визначенні структурних компонентів самоствалення жінок при онкологічному мамологічному захворюванні які впливають на організацію їх життєдіяльності; виокремленні чинників що безпосередньої впливають на самоствалення, яке включає до себе такі компоненти: емоційна стабільність (самооцінювання: адекватне, не адекватне), адекватність самосприйняття («Я»-образ: компенсаторний, не деформований) та адекватність поведінкових патернів (позиція у власному житті, бачення перспектив майбутнього); побудові схеми чинникової залежності самоствалення; розробці корекційної програми на покращення фону самосприйняття жінок в ситуації мамологічного онкологічного захворювання.

Практичне значення роботи полягає у розробці проблеми самоствалення при мамологічному онкологічному захворюванні, а також

розробці програми психологічної корекції самоствалення при мамологічній онкології яка може бути використана практичними й клінічними психологами в роботі надання допомоги в процесі реабілітації.

Структура магістерської роботи: робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний зміст роботи викладено на 74 сторінках. У тексті розміщено 8 рисунків та 5 таблиці. Додатки викладені на 84 сторінці .Список використаних джерел містить 96 найменувань та охоплює 9 сторінок.

Робота носить емпіричний характер.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ САМОСТАВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Категорії визначення ставлення людини до самої себе

У психології не має єдиного підходу до визначення феномену самоствавлення, хоча він активно вивчається багатьма дослідниками. Тому для опису змісту ставлення людини до самої себе використовують велику різноманітність психологічних категорій. Можна назвати такі поняття як: глобальна (узагальнена, інтегральна) самооцінка / self-esteem (У. Джеймс, Р. Берн, С. Куперсміт, М. Розенберг, І.С. Кон), самоприйняття / self-acceptance (К. Роджерс, І.С. Кон), самооцінка (М.И. Лисина), самоствавлення (В.В. Столин, С.Р. Панталеєв, Н.І. Сарджвеладзе), почуття компетентності / sense of competence (А. Бандура, Д. Роттер) та інші. Їх зміст розкривається за допомогою таких психологічних категорій як «установка» (Д.М. Узнадзе), «особистісний сенс» (О.М. Леонт'єв), «відношення» (В.М. Мясичев), «соціальна установка» (І.С. Кон, Н.І. Сарджвеладзе), «аттїтюд» (М. Розенберг, R. Wylie, С. Куперсміт), «почуття» (С.Л. Рубінштейн).

Відсутність чіткої термінології призвело до того, що значення використовуваних термінів більшістю авторів не розрізняються, вони найчастіше вживаються як синоніми. Разом з тим, аналіз тієї психологічної реальності, яка «ховається» за даними поняттями дозволяє більш досконало розібратися в феноменології відносини людини до себе.

До найбільш уживаних категорій, що розкривають сутність відношення людини до себе, можна віднести чотири: «загальна» чи «глобальна самооцінка», «самоповага», «самоствавлення» і «емоційно-ціннісне ставлення до себе» [36].

Що стосується вітчизняної психології, початок фундаментальних досліджень феномена відносини людини до себе було покладено завдяки працям О.М. Леонт'єва, С.Л. Рубінштейна, А.Г. Спіркина, Є.В. Шорохової і теоретичним роботам І.С. Кона і І.І. Чеснокової. В даний час у вітчизняній психології домінуючим є категорія «емоційно-ціннісне самоствавлення».

Най усталеним же у психології є термін «глобальна самооцінка», яка стала предметом психологічного аналізу завдяки виданим у кінці XIX століття роботам У. Джеймса, який визначив поняття самооцінки через співвідношення реальних досягнень індивіда і його домагань, тобто як результат сполучення в образі Я «Я-реального» і «Я-ідеального» [23; 84].

Глобальна самооцінка – це те як взагалі відноситься до себе людина. Вона являє собою те психологічне поняття, в якому найбільш детально відображена така сторона відношення людини до себе як його почуття на адресу «Я». Це почуття є стійким психічним утворенням і виявляє себе як особистісна риса (властивість, смислова диспозиція). Традиційно ж вона розглядається як похідна від її часних самооцінок [52; 55].

Виділяють три підходи в описі механізмів формування глобальної самооцінки з часних самооцінок:

- Глобальна самооцінка як конгломерат часних самооцінок, які пов'язані з різними аспектами Я-концепції;
- Як інтегральна самооцінка приватних аспектів, зважених за їх суб'єктивною значущістю;
- Як ієрархічна структура, що включає часні самооцінки, інтегровані за сферами особистісних проявів і в комплексі складові узагальнене «Я», яке знаходиться нагорі ієрархії. Звідси Я-концепція і узагальнена (глобальна) самооцінка - це просто одне і теж саме [15; 73].

Згідно поглядам зарубіжних вчених, самоствалення є стійким особистісним утворенням, яке практично не змінюється від ситуації до ситуації і залишається незмінним незалежно від віку людини (Р. Бернс, М. Розенберг, С. Куперсміт). Так, Р. Бернс прирівнює самоствалення до інтегральної (узагальненої / глобальної) самооцінки і визначає його як афективну складову установки на себе, яка має стійкий характер і володіє різною інтенсивністю в залежності від контексту змісту образу «Я» [9; 10].

Подібних поглядів на природу узагальненої і стійкої самооцінки (self-esteem) дотримуються й інші зарубіжні дослідники. С. Куперсміт називає

самоствалення ставленням індівіда до себе, яке складається поступово і знаходить звичний характер. Воно проявляється як почуття схвалення, ступінь якого відображає переконаність індівіда у своїй самоцінності, значущості [45].

Глобальна самооцінка, отже, є особисте судження індівіда щодо власної цінності. На думку М. Розенберга, самооцінка відображає ступінь розвитку в індівіда почуття самоповаги, відчуття власної цінності і позитивного ставлення до всього того, що входить в сферу «Я» [64]. Відповідно, висока самооцінка – основа прийняття себе, а низька самооцінка передбачає самозаперечення, негативне ставлення до своєї особистості.

Сама природа самоствалення, розглянутого як почуття прийняття, раскриветя в феноменологічній теорії особистості К. Роджерса. Він вважає, що самоствалення має афективно-мотиваційну детермінацію, що найважливіший мотив життя людини – це актуалізація, тобто збереження і розвиток себе, максимальне виявлення кращих якостей своєї особистості, закладених в ній від природи. Стверджується, що самоствалення проявляється в почутті внутрішнього благополуччя або неблагополуччя індівіда. Концепція себе, за К. Роджерсом, включає не тільки наше сприйняття того, які ми є, але також і те, якими, як ми вважаємо, повинні бути і хотіли б бути. Даний автор розглядає два аспекти самоствалення – самоприйняття і самооцінку, які розбиваються на дві підсистеми: самооцінювання і емоційну [66].

У вітчизняній психології вивченням глобальної (або узагальненої) самооцінки займався І.С. Кон. У його розумінні самооцінка «є спільним знаменником, підсумковим виміром «Я», що виражає міру прийняття чи неприйняття індівідом самого себе, позитивне чи негативне ставлення до себе, похідне від сукупності окремих самооцінок ». А, в свою чергу, самоприйняття визначається ним як «прийняття себе як унікальної індівідуальності, що володіє не тільки достоїнствами, але і слабкостями і недоліками» [37, с. 82].

У той же час необхідно відзначити, що в цілому поняття єдиної, глобальної самооцінки (самоствалення) не отримало свого широкого розвитку у вітчизняній психології: більшість досліджень присвячені приватним самооцінкам, які не дозволяють судити про сутність відношення людини до себе як токової. За кордоном же термін «глобальна самооцінка» (self-esteem) є одним з найбільш сталих в психології самоствалення [5].

«Самоповага» в західній психології найчастіше розглядається у зв'язку з вивченням уявлень особистості про себе як системі соціальних установок. Тому можна виділити два підходи до визначення змісту самоповаги як настановного за своєю природою освіти:

1. Самоповага як загальна установка особистості у відношенні своєї цінності. Під самоповагою при цьому розуміється позитивна чи негативна установка, звернена на специфічний об'єкт, званий «Я», що включає в себе пізнавальний, емоційний і практичний компоненти;
2. Самоповага як емоційний компонент установки [69].

У вітчизняній психології розуміння ставлення людини до самого себе як установчого утворення знайшло своє відображення в роботах тих дослідників, які вибудовують свої уявлення про даний феномен на базових положеннях теорії установки Д.М. Узнадзе [82]. У даній традиції концептуальна модель самоствалення як соціальної установки найбільш детально розроблена Н.І. Сарджвеладзе. Цей дослідник вперше ввів «самоствалення» в науковий обіг як спеціальне поняття, класифікуючи його як підклас соціальної установки. Самоствалення визначається як відношення суб'єкта потреби до ситуації її задоволення, яке направлено на самого себе [72].

Самоповагу як емоційний компонент особливої настановної системи – «образу Я» визначає І.С. Кон. Він вбачає в ній особисте ціннісне судження, виражене в установках індивіда до себе (схвалення чи несхвалення), які вказують якою мірою індивід вважає себе здатним, значним, процвітаючим і гідним [37; 38].

Змістовно близьким до самоповаги як установчого утворення є розроблена в рамках теорії «відносин» А.Ф. Лазурського – В.М. Мясищева категорія «самоствалення» [57]. Самоствалення особистості розуміється як складне когнітивно-афективне утворення, зрілість якого визначається якістю взаємозв'язку і ступенем узгодженості його складових. Його структура розглядається як та, що складається з двох компонентів: раціонального ставлення до себе як суб'єкту соціальної активності («образ Я» або категоріальне «Я») і емоційно-ціннісного ставлення до себе – переживання і оцінки власної значущості як суб'єкта соціальної активності, утворюють рефлексивне «Я». В результаті взаємодії зазначених компонентів з потребностно-мотиваційної сферою особистості ставлення до себе включається в процес діяльнійшої та особистісної саморегуляції, стимулює розвиток пізнавальної і особистісної суб'єктності людини [43].

У психологічній літературі самоствалення особистості визначається також як емоційний компонент самосвідомості. Теоретичні основи такого розуміння були закладені І.І. Чесноковою, яка ввела в науковий обіг поняття «емоційно-ціннісне самоствалення». Його вона визначила як специфічний вид емоційного переживання, в якому відображається власне ставлення особистості до того, що вона дізнається, розуміє, «відкриває» щодо самої себе [85; 87].

Таким чином можна говорити про існування трьох різних підходів до розгляду відносини людини до себе: розуміння самоствалення як афективного компоненту самосвідомості (самоствалення в структурі самосвідомості), як риси особистості (самоствалення в структурі особистості), як компонента саморегуляції (самоствалення в системі саморегуляції).

1.2. Компонентна структура та функції самоствавлення

До пояснення структури самоствавлення існують два протилежні підходи. У першому його розглядають як одномірне утворення, але цей підхід не знайшов свого емпіричного підтвердження в сучасній психології. Що стосується другого підходу - самоствавлення в ньому розглядається як складноструктуроване психічне утворення. Саме він найбільш повно характеризує будову самоствавлення.

Проте навіть у ньому існують різні погляди на компоненти, які входять до структури самоствавлення.

Так С.Р. Панталеєв виділяє такі підсистеми: «оцінну» і «емоційно-ціннісну». В разі оцінки самовідношення визначається як «самоповага», «почуття компетентності», «почуття ефективності». В якості емоції самоствавлення позначається як «аутосімпатія», «почуття власної гідності», «самоцінність», «самоприйняття». Обидві підсистеми перебувають у відношенні взаємного перетворення [59].

На думку І.І. Чеснокової говорить про самоствавлення яке складається з принципово різних за своїм змістом елементів - безпосередньої емоційної реакції і її «інактуальної форми», коли жива емоційна реакція відсутня і замінена оціночним судженням [86].

Про самоствавлення як сукупність двох видів оцінок: соціально-компоративну оцінку якостей (СК-оцінка) і оцінку іншого виду – задоволенність цими якостями, пише Є.Т. Соколова [76]. Такі компоненти як ціннісний та операціонально-технічний у структурі самоствавлення вбачає Б.С. Братусь [12]. Про когнітивний та афективний компоненти самоствавлення говорять А.В. Захарова і І.С. Коновальчук [27; 39].

Ставлення до себе на самооцінку (оцінку себе як носія певних властивостей і достоїнств) і самоприйняття (прийняття себе як унікальної індивідуальності, яка володіє не тільки гідністю, але і слабкостями і недоліками) підрозділяє К. Роджерс [66].

На думку Р. Бернса структурними компонентами цього феномену є тверда переконаність в імпонуванні іншим людям, впевненість в здатності до того чи іншого виду діяльності і почуття власної значущості. [8].

На трикомпонентну структуру самоствавлення вказує Н.І. Сарджвеладзе. На його думку, воно включає когнітивний, емоційний та конативний компоненти.

- Когнітивний компонент. У гностичному плані самоствавлення «обслуговується» процесами відчуття, сприйняття, уявлення, пам'яті, мислення та уяви, тобто на основі цих процесів у людини складається уявлення про самого себе. Самовідчуття пов'язане з організмичним рівнем активності людини. У самосвідомості тіло зі своїми внутрішніми станами презентується допомогою самовідчуття, і на його основі формується «схема тіла». Самосприйняття своєї зовнішності відіграє велику роль на різних етапах життя людини, а в деяких періодах розвитку особистості (наприклад, пубертатному і постпубертатному) його функція інтенсифікується і значно визначає форму і зміст життєдіяльності особистості.

Уявлення про самого себе виступає необхідною ланкою в саморегуляції і самоконтролю поведінки на особистісному рівні людської активності. Подання своїх певних станів у специфічному людському спілкуванні відіграє роль того, наскільки людина може уявити себе на місці іншого, дає інформацію одночасно про стан іншого і про самого себе, що сприяє соціальної регуляції міжособистісних відносин.

За допомогою операцій узагальнення, аналізу, синтезу, судження, умовиводів особистість виробляє стійкі концепти про саму себе, які утворюють певну консистентну структуру. Складні процеси наділення себе певними властивостями, мотивування власної поведінки, пояснення іншим і собі причин того чи іншого власного вчинку включаються в багатогранний процес самопізнання і формування узагальненого самоствавлення. Процеси уяви конституують ідеальне «Я», механізм дії якого полягає в тому, що зміст реального буття особистості і зміст самовідносини визначаються не

готівкою зовнішніми або актуальними внутрішньо властивими станами, а їх співвіднесенням і порівнянням з можливими й ідеальними проявами життєдіяльності особистості.

Когнітивний компонент самоствалення включає в себе самооцінку, бо завдання «роботи» самосвідомості і самопізнання полягає не тільки в тому, щоб приймати себе в розрахунок в процесі активності і знати щось про себе, але і в тому, щоб оцінити свої властивості і можливості по певним критеріям («хороший-поганий», «придатний-непридатний» та інші). Шляхом процесів самопізнання особистість прагне зрозуміти не тільки те, хто вона є, але й яка вона є.

- Емоційний компонент виражає емоційне ставлення людини до того, що вона про себе знає, тобто ця людина не тільки знає щось про себе, але може або любити, або зневажати себе з приводу того, що вона знає.
- Конативний компонент виступає в якості внутрішніх дій на власну адресу або як готовність до таких дій. Дії або плани дій щодо самого себе по-різному здійснюються в залежності від того, як особистість ставиться до себе – як до об'єкта впливу або як до суб'єкта дії [72].

Дані компоненти представлені в двох видах самоствалення – суб'єкт-суб'єктному та суб'єкт-об'єктному. Емоційна сторона об'єктного відношення представлена як самонеприйняття, «Я» позбавляється самоцінності, тому оцінюється як об'єкт по мірі досягнення суб'єктом бажаних цілей. Власне «Я» виступає як об'єкт маніпулювання. Суб'єктне ставлення до себе будується на самоприйнятті та прагненні бути собою [71].

Також Н.І. Сарджвеладзе у своїй теорії вказує на те, що людина не тільки будує образ того, якою вона є, якою вона була і якою вона буде, але й займає певну часову позицію, яка виступає своєрідною «точкою відліку» і в перспективі якій моделюється тимчасове бачення цих образів. Аналіз того, до якого періоду свого життя прикута переважна увага суб'єкта, представляє необхідну і дуже цінну інформацію для розуміння самоствалення [70].

Змістовний аналіз структурних компонентів самоствавлення дозволяє виділити дві різні за семантичним змістом спільно функціонуючі підсистеми: «оцінну» і «емоційно-ціннісну» (концепція С.Р. Пантилєєва). У разі оцінки самоствавлення визначається як «самоповага», «почуття компетентності», «почуття ефективності». В якості емоції самоствавлення позначається як «аутосімпатія», «почуття власної гідності», «самоцінність», «самоприйняття». Обидві підсистеми різні за своїм змістом і перебувають у стані взаємного перетворення [60; 61].

Формування оцінного самоствавлення здійснюється на інтерсуб'єктивності рівні оцінки у вигляді операцій соціального порівняння або порівняння з виробленими в суспільстві нормами і еталонами. Дана підсистема будується на оцінці власної ефективності в досягненні поставлених цілей, на порівнянні власних здобутків з соціальними стандартами, успіхами й оцінками інших людей. В кінцевому підсумку вона відображає суб'єкт - суб'єктні відносини зверхності і переваги, а також тісно пов'язана з позбавленими змістотворної функції «мотивами-стимулами» (О.М. Леонт'єв) [49] і з такими характеристиками особистості, як стійкість до стресу, рівень прийняття соціальних норм, високий самоконтроль, акцентуація характеру.

Будучи похідним, принаймні, трьох джерел – самоефективності, думки оточуючих людей і самооцінки досягнення особистісно значущих цілей, оцінне самоствавлення відкрите для «самопостереження» і пронизане соціально бажаними характеристиками: успішністю в діяльності, досягненням поставлених перед собою цілей, статусним становищем особистості. Останні характеристики обумовлюють залежність оцінного самоствавлення від актуального життєвого досвіду, його високу схильність трансформації, «легкість» підтримки на відносно стійкому позитивному рівні. В цьому зв'язку Е.Т. Соколова пише, про те що можна зберегти високий рівень самоповаги, зазнавши невдачі, наприклад, у налагодженні ділових контактів, зате взявши реванш, довівши свою високу професійну

компетентність. Набагато важче продовжувати вважати себе хорошою, порядною людиною, зрадивши одного, проте проявивши турботу до своїх старих батьків [76]. Для підтримки оцінних відносин до себе на високому позитивному рівні особистістю найчастіше використовуються раціональні захисні механізми, наприклад, дискредитація іншого. Організація модальностей оцінного самоствавлення в єдину систему здійснюється у відповідності з принципом «психологічної центральності»: по-перше, за ступенем їх виразності у свідомості, по-друге, за їх важливості; по-третє, відповідно до їх послідовністю і логічної узгодженістю один з одним.

В основі емоційно-ціннісної підсистеми самоствавлення лежить життєвий досвід емоційних відносин зі значущими людьми, передусім із батьками. Ця підсистема є не стільки оцінкою, скільки стилем ставлення до себе, загальної життєвої установкою, що формується в процесі становлення особистості. Емоційне самоствавлення принципово не має зовнішніх по відношенню до особистості оціночних підстав і мало залежить від реальних успіхів і невдач людини, у зв'язку з чим безглуздо ставити питання про його адекватності. Воно є досить стабільним особистісним утворенням, відносно мало схильним до впливу актуального, поточного досвіду. Його підтримка на високому позитивному рівні частіше всього здійснюється за рахунок активної самоподачі і самоприукрашенні, виключення з образу «Я» рис, які можуть викликати навіть тінь самонепривабливості.

Підсистеми самоствавлення бімодальних за своїм змістом. Вони складаються з протилежних за своїм емоційному тону модальностей. Розділеність в феноменологічному просторі індивіда самоствавлення на позитивну і негативну складові пов'язана з необхідністю захисту «Я» від негативних емоцій і підтримкою загального самоствавлення на високому позитивному рівні.

Отже, структура самоствавлення може описуватися як що складається з трьох компонентів: позитивного оцінного самоствавлення

(самоповаги), позитивного емоційного самоствалення (аутосімпатії), негативного самоствалення (самоприниження). Разом з тим, самоповага, аутосімпатія і самоприниження є складними за своєю будовою утвореннями і включають в себе цілий ряд різних за своїм змістом модальностей. Так, за результатами дослідження С.Р. Панталеєва, самоповага складається з «відкритості», «самовпевненості», «саморуководство» і «відбитого самоствалення», аутосімпатія - з «самоцінності», «самоприйняття» і «самоприв'язанності», а самоприниження - з «самозвинувачення» і «внутрішньої конфліктності». [59]

Також самоствалення виконує ряд функцій:

- Функція «дзеркала» (відображення себе). Людина зі способом своєї життєдіяльності не тільки відбивається у свідомості оточуючих, але й це «дзеркало» переноситься усередину, відображаючи особистість як в зовнішньому (фізична самовідтворення), так і у внутрішньому плані. Роль цієї функції особливо наочна в онтогенетичному розвитку людини. Ж. Лакан, наприклад, в якості окремої виділяє «стадію дзеркала» в психічному розвитку дитини [48]. Більш того, фізичне дзеркало у багатьох дослідженнях застосовувалося в якості експериментального засобу вивчення генезу самосвідомості.
- Функція самовираження і самореалізації. Система самоствалення виконує спонукальну роль в активності особистості, спрямованої на самовираження і самореалізацію.
- Функція збереження внутрішньої стабільності і континуальності «Я». Ця функція самоствалення здійснюється по мірі і в силу тієї тенденції до внутрішньої узгодженості до конгруентності, яка властива когнітивним уявленням про себе, емоційним реакціям щодо своїх проявів і дій, адресованих собі.
- Функція саморегуляції і самоконтролю. Лише маючи сформовані уявлення про себе і певним чином ставлячись до себе, особистість здатна регулювати і контролювати свою діяльність.

- Функція психологічного захисту. При отриманні інформації, що являє загрозу сформованим уявленням про власне «Я», і при життєвій невдачі або розрізняються за ступенем інтенсивності психотравми захисні механізми особистості можуть бути спрямовані на раціоналізацію, створення образу «фальшивого Я» та інші.
- Функція інтракомунікації. Соціальна природа особистості полягає не тільки в тому, що вона включена в процес постійної взаємодії з соціальним світом, але і в тому, що для себе самої особистість виступає в ролі соціуму, взаємодіючи з самою собою і «розігруючи» комунікаційні процеси на «сцені» внутрішньої життя. Базою для таких інтракомунікаційних процесів є система самоствавлення [71].

Таким чином самоствавлення являє собою поліфункціональну систему, функціонування якої безпосередньо залежить від взаємозв'язку між її структурними компонентами.

1.3. Гендерні особливості формування самоствавлення особистості

В основі специфіки самоствавлення у жінок лежить так звана асиметрія гендерної соціалізації, на що вказує І.С. Клеціна. Автор пише, що існують гендерні стереотипи, які мають великий вплив на процес соціалізації дітей, багато в чому визначаючи його спрямованість. Гендерні стереотипи засвоюються в дитинстві завдяки інститутам соціалізації. І саме вони приводять до формування відмінностей Я-концепції дівчат від хлопців, до формування у них деяких специфічних характеристик самоствавлення [35].

У своїй статті В.В. Горбатих вказує на те, що у дошкільному віці на становлення самоствавлення як у хлопчиків так і у дівчат передусім залежить від оцінних впливів дорослих: батьків та вихователів. бо дитина може не надавати особливого значення будь-яким якостям та властивостям, до тих пір, поки, дорослі не зверн уть на них увагу і не оцінять їх. За допомогою оцінки дорослих дитина починає цінити в собі, або навпаки, соромитись того, що стало предметом оцінки. Тому одні якості дитини стають для неї особисто значимі, які безпосередньо відносяться до її образу «Я», інші – ні. Така особливість формування уявлення дитини про себе, полягає в тому, що дошкільник залежить від ставлення до нього дорослих – від їхніх думок, оцінок, уваги, доброзичливості, підтримки [19].

Розглядаючи Я-концепцію чоловіків Т.В. Андрєєва говорить про те, вона відрізняється більшою спрямованістю на самоактуалізацію в творчості, а «Я»-образ моделює і усвідомлює себе переважно в сферах: «робота», «любов», «пізнання», з деяким ігноруванням «Я»-образу, пов'язаного з сімейними ролями [79].

На особливості самоствавлення у дівчат підліткового віку вказує Е.Н. Андрєєва, відмічаючи, що дівчата володіють більш низькими значеннями відносно шкали «самовпевненість», ніж хлопчики. У дівчат фіксується більшою мірою відчуття слабкості [2]. При цьому у дівчат в більшій мірі виражена впевненість у можливості отримання позитивного ставлення інших. Дівчата схильні вважати, що їх особистість, характер і

діяльність здатні викликати в інших повагу, симпатію, схвалення і розуміння [3; 4].

У старшому підлітковому-юнацькому віці, як відзначає І.С. Кон існує специфіка в рівні заклопотаності проблемами у зв'язку зі ставленням особистості до свого «Я» в цілому. Дівчата виявляються більш сензитивні до такого роду переживань, вони схильні тривожитися з приводу своєї особистості, зовнішності, а також думки оточуючих про них [38].

У самому ж формуванні самоствавлення підлітків важливу роль відіграє соціальна ситуація їхнього розвитку, на що вказують результати дослідження Є.А. Галкіної [16].

Розглядаючи гендерні особливості формування самоствавлення у юнацькому віці О.В. Камінська, говорить про те, що у хлопців прослідковується тенденція до неадекватно позитивного самоствавлення [31]. Тобто, переважна більшість хлопців схильна виділяти у власній особистості лише позитивні характеристики, орієнтуватись лише на ті оцінки оточуючих, які підтримують позитивний «образ Я». При цьому недоліки характеру не усвідомлюються, або ж їх аналізу не приділяється достатньої уваги, що перешкоджає знаходженню шляхів самовдосконалення. Уявлення про себе в хлопців не систематизовані і не чіткі.

Вона стверджує, що неадекватно завищене самоствавлення хлопців пов'язане з впливом гендерних стереотипів, згідно з якими чоловіки повинні володіти такими якостями, як активність, сила, самостійність, агресивність, демонстративність, наполегливість; у них є потреба в домінуванні, незалежності, досягненнях. Прагнення відповідати зразкам маскулінності призводить до перебільшення власної сили, активності та домінантності. Відповідно до гендерно-рольових очікувань соціуму, до хлопця часто висуваються непомірно високі вимоги. Якщо хлопець-юнак не в змозі відповідати стереотипним уявленням про поведінку «справжнього» чоловіка, яку йому пропонують, як взірець, оточуючі, чи яка сформувалась у його власній

свідомості, то активізуються компенсаторні механізми, внаслідок дії яких його самооцінка стає завищеною, а самоствавлення - неадекватним.

Для дівчат позитивна оцінка себе пов'язана не стільки з наявністю соціально бажаних рис, скільки зі ставленням до себе позитивно в цілому. До того ж, суспільство висуває до дівчат не такі жорсткі вимоги, як до хлопців, оскільки гендерні стереотипи жіночності полягають в наявності таких рис, як експресивність, дружелюбність, слабкість, покірність, турботливість, схильність до концентрації на почуттях тощо. Також О.В. Камінською було виявлено, що самоствавлення дівчат є більш стійким і практично не залежить від впливів оточуючих, що зумовлено високим рівнем розвитку рефлексії та здатністю об'єктивно оцінити себе. Тобто самоствавлення дівчат є більш константним, ніж хлопців [31].

Слід зазначити, що до кінця юності - початку дорослості відмінності в самоствавленні дівчат та юнаків згладжуються, але, безумовно, не зникають. За даними Н.В. Корнеєвої, дівчата в цей період, як і юнаки, проявляють порівняно високу самовпевненість, що виражається у відсутності внутрішньої напруженості (у порівнянні з підлітковим віком), досить високий рівень здатності до самокерівництва, переживання свого «Я» як такого собі внутрішнього стрижня, який інтегрує їх особистість (що свідчить про формування ідентичності, за Е. Еріксоном) [41].

Якщо ж говорити про особливості самоствавлення у дівчат в цей період, то вони демонструють меншу самокритичність, дружнє ставлення до себе, згоду з собою, схвалення своїх планів і бажань, прийняття себе. Для дівчат характерна більш виражена, ніж у хлопців, зацікавленість у власному Я і любов до себе. У цілому ж до початку ранньої дорослості спостерігається більш виражена диференціація компонентів співвідношення, встановлення порівняно ясних взаємозв'язків між ними [21].

Власне в період ранньої зрілості, за даними Т.П. Шарай, значимими підставами самоствавлення стають ставлення до свого тіла, ступінь

прийняття статевої приналежності і усвідомленість емоційної складової особистості. Ці фактори формування самоствлення виражені більш явно в порівнянні з попередніми віками [88].

За даними Т.К. Терри, у жінок самоствлення будується у відповідності зі специфічними жіночими моделями «Я»-образу, пов'язаними з сім'єю, любов'ю, матеріально забезпеченої життям, що відображає завдання віку. В цілому ж для цього періоду характерно загальне позитивне самоствлення, аутосімпатія і при цьому виражена тенденція до самозвинувачення, що, на думку автора, обумовлено гендерними стереотипами. На тлі загального самоприйняття жінки демонструють схильність до того, щоб себе бачити в якості причини різних неприємних ситуацій, конфліктів, невдач. Відзначимо, що у чоловіків даного віку схильність до самозвинувачення виражена в меншій мірі, вони в разі невдачі схильні шукати причини поза своєї особистості [78].

Якщо говорити про структуру самоствлення у жінок в період ранньої зрілості, то, як зазначає Т.К. Терра, показники самоствлення пов'язані зі ставленням до життя в цілому і задоволеністю їй. При цьому найбільше значення для задоволеності життям має рівень аутосімпатії, рівень самовпевненості і саморозуміння [77].

Таким чином, важливим фактором, що детермінує самоствлення, є фактор статі. Вплив даного чинника пов'язан в основному з впливом на особистість гендерних стереотипів та очікувань. Що обумовлює різницю в самоствленні жінок та чоловіків ще з раннього віку.

Висновки до розділу 1

Таким чином самоствавлення розуміється: як сума часних самооцінок, тобто загальне відношення людини до самої себе; як загальна установка особистості у відношенні своєї цінності; як власне ставлення особистості до того, що вона дізнається, розуміє, «відкриває» щодо самої себе; а також як складне когнітивно-афективне утворення, яке складається з раціонального ставлення до себе як суб'єкту соціальної активності та переживання і оцінки власної значущості як цього суб'єкта. Бо для опису змісту цього феномена використовують багато психологічних категорій. Серед них: самоповага, узагальнена самооцінка, самоствавлення та емоційно-ціннісне ставлення до себе, які є найуживанішими.

Проте іноді за цими категоріями стоять відмінності теоретичних орієнтацій дослідників, а іноді - різні уявлення про феноменологічному змісті ставлення людини до самої себе.

До структури самоствавлення існує велика кількість підходів. Але частіше вона характеризується такими компонентами: позитивне оцінне самоствавлення (самоповага), позитивне емоційне самоствавлення (аутосімпатія) і негативне самоствавлення (самоприниження).

Також самоствавлення виконує такі функції: самовираження і самореалізації; функція дзеркала; функція збереження внутрішньої стабільності і континуальності «Я»; функція саморегуляції та самоконтролю; функція психологічного захисту; та інтракомунікаційна функція.

Що ж стосується гендерних відмінностей самоствавлення, то на їх формування впливають гендерні стереотипи, які засвоюються завдяки соціальним інститутам ще у дитинстві. І саме ці стереотипи призводять до відмінностей у Я-концепціях чоловіків та жінок.

РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРЕЖИВАННЯ ОНКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

2.1. Психологічні механізми виникнення соматичного онкозахворювання

Психосоматичні захворювання – це група захворювань, які виникають на основі взаємодії психічних і соматичних факторів, в результаті чого виникає соматична патологія [44].

Психосоматичний процес проходить три стадії розвитку. Перша – «Я» цілковито занурившись до екзистенціальної проблеми та не зумівши її вирішити, вдалося до спроби повністю забути, витіснити її. Таким чином проблема не тільки забувається але й усуваються всі факти, які б могли нагадати про неї. Все, що витісняється незбіжно приводить до емоційних та біологічних змін. Проте на цій стадії ще немає соматичного. Друга стадія носить психологічний характер та може тривати від декількох днів до десятків років. На цій стадії проблема затухає та осідає в глибинах психіки людини. У реальності ж вона продовжує свій розвиток у несвідомому. На третій стадії переміщення по несвідомому досягає соматичного та проривається назовні. Це відбувається тому, що хоча проблема й забута та виключена з зони відображаючого «Я», проте й досі вона перебуває у рамках структури, в якій суб'єкт існує. Цей факт проблеми переміщується у частину органічного та не зникає, бо людина сама несвідомо підтримує та будує цю ситуацію. Людина не відчуває провини за свою хворобу, ухиляється від відповідальності за те, що в ним відбувається та вважає, що хтось інший має йому допомогти [33; 42].

Зараз більшість захворювань вважають саме соматичними. Одним з них є онкологічне захворювання – це пухлина, яка виникла з клітин епітелія в органах та тканинах людини.

Пухлина ж являє собою патологічний процес, представлений новоствореної тканиною, в якій зміни генетичного апарату клітин призводять до порушення регуляції їх росту і диференціювання.

Всі пухлини поділяють залежно від їх потенцій до прогресії і клініко-морфологічних особливостей на дві основні групи: доброякісні пухлини, злоякісні пухлини [26; 75].

За твердженням А. Менегетті пухлини має саме психічний характер. Всередині індивіда страждаючого пухлиною у явній або поки що у скритій формі виявляється психічна роздвоєність, небажання більш пристосовуватись до ситуації, відкидання тих взаємовідносин, в яких він знаходився раніше. Сама ж пухлина виникає тоді, коли індивід при зіткненні з незручною для нього ситуацією, прагне опанувати її незважаючи ні на що, при цьому не змінюючи себе. У такому випадку існує три шляхи: адаптуватися та подолати розбіжності, перетворивши їх в особистісний ріст; піти від ситуації; або третій патологічний шлях – зовнішньо адаптуватися і розплатитися хворобою [54].

Згідно з концепцією «втрати об'єкта» («object loss»), якої дотримуються В.Д. Тополянський і М.В. Струківська, рак найчастіше проявляється протягом п'яти років після втрати незамінного об'єкта прихильності. Він вражає насамперед людей, що випробовують сильну тривогу, що знаходяться в пригніченому стані, що стримують свої емоції, що особливо яскраво проявляється у придушенні гніву [80]. «Втрати об'єкта» ж виступає як фактора, що знижує толерантність особистості до стресу і підвищує ймовірність психосоматичного захворювання

Рак, на думку К. Родевіджа, є результатом прояву втрати надії на досягнення життєвих цілей [65]. Це стосується проблем сексуальності, шлюбу, материнства та інших соціальних проблем.

В роботі «Рак, особистість і білки», Г. Айзенк наводить дані про зв'язок особистості з виникненням або запобіганням раку. Ризик розвитку раку, на його думку, пов'язаний з такими особливостями особистості, як: емоційна лабільність; екстерналізація локусу контролю; аномальне вираження емоцій, зокрема надмірне придушення почуттів; схильність до песимістичної оцінки життєвих подій; схильність до тривалих дисфорій, депресій і почуття безнадії;

втрата інтересу в житті. Як вважає Г. Айзенк, тривога і нейротизм, сприяючи зміцненню захисних сил організму, захищають від раку. Гострий стрес, навпаки, знижує ефективність імунної системи і сприяє виникненню раку. Депресія знижує клітинний імунітет і теж сприяє розвитку раку [1; 53].

В описах Л. Лешана людина, яка може захворіти раком:

- Нездатна виражати гнів, особливо в цілях самозахисту.
- Відчуває свою неповноцінність і не подобається самій собі.
- Відчуває напруженість у відносинах з одним або обома батьками.
- Переживає важку емоційну втрату, на яку вона реагує почуттям безпорадності, безнадійності, пригніченості, прагненням до ізоляції, тобто так само, як у дитинстві, коли він опинявся позбавленим чогось важливого.

Він вважає, що при цьому типовому комплексі почуттів, рак у даної людини може з'явитися за період від 6 місяців до одного року. [50]

Також на основі аналізу психологічних аспектів життя багатьох хворих на рак Л. Лешан виділяє чотири основних моменти:

1. Юність цих людей була відзначена почуттям самотності, самотності, відчаю. Занадто велика близькість з людьми викликала у них труднощі і здавалася небезпечною.
2. У ранній період свого життя пацієнти встановили глибокі, дуже значимі відносини з якимось чоловіком, або отримували глибоке задоволення від своєї роботи. Це стало на деякий час сенсом їх існування, навколо цього будувалася вся їх життя.
3. Потім ці відносини пішли з їхнього життя. Причини можуть бути дуже різними: смерть коханої людини або розставання з ним, переїзд на нове місце проживання, догляд на пенсію, початок самостійного життя їхньої дитини і так далі. В результаті знову настало відчай, як ніби недавня подія боляче зачепили не зажившую з молодості рану.
4. Однією з основних особливостей цих хворих є те, що їх відчай не має виходу, вони переживають його в собі. Вони не здатні вилити біль, гнів або ворожість на інших [50].

Психофізіологічну модель розвитку онкологічних захворювань запропонували К. Саймонтон і С. Саймонтон, вказавши в ній на такі психологічні характеристики пацієнтів, як:

- Виражена схильність таїти образу і помітна нездатність пробачати;
- Тенденція до самоспівчуття;
- Нездатність до підтримки довгих і значущих відносин;
- Негативна самооцінка (наприклад, відчуття своєї гріховності у релігійних людей).

Вони припускають, що в основі всіх цих характеристик лежить єдина матриця - фундаментальне заперечення. Ця матриця максимально проявляється через втрату значущої людини за 16-18 місяців до діагностування захворювання [67; 68].

За даними А.В. Асєєва [6] найбільш загальними рисами людей з онкологічним захворюванням:

- Труднощі в спілкуванні та освіті тісних дружніх зв'язків;
- Нездатність розуміти причини багатьох подій, задовольняючись знанням зовнішніх, формальних проявів. Тобто, немає аналізу причинно-наслідкових зв'язків в житті;
- Нездатність сприймати підтримку у важких ситуаціях з боку;
- Труднощі в ідентифікації власних почуттів (алекситимічний радикал);
- Редукована здатність виражати агресію або чинити опір їй;
- Примітивність уявлень про засоби захисту від агресії;
- Фіксація на перешкоді, відчуття безвиході при стресі;
- Відсутність в житті таких пацієнток достатньо хороших і адекватних способів емоційної розрядки;
- Схильність до високого рівня особистісної та реактивної тривожності;
- Зниження фрустраційної толерантності;
- Наявність дискомфортних стосунків у сім'ї (36%), Розлучення (12%), вдівство (12,3%);

- Наявність не гармонійні сексуальних відносин (46,9%) - жертвне ставлення, на шкоду собі.

У своїй роботі М.Г. Івашкіна [29] вказує на те, що для онкологічних хворих характерні особливі психологічні риси, які можна назвати особистісної незрілістю, яка проявляється у:

- Наявності симптомів ідентифікації себе з дитиною (інфантилізм);
- Домінуючій дитячій позиції в комунікації;
- Тенденції до екстерналізації локусу контролю;
- Підвищеному порозі сприйняття і реагування по відношенню до негативних ситуацій;
- В труднощах усвідомлення, особливо неприємних ситуацій, у своєму житті. Тобто, простежується зовнішнє, поверхнєве сприйняття речей, явищ і подій;
- Спрямованості на збереження звичних, реальних ситуацій у своєму житті, тобто в підвищеному рівні ригідності;
- Високій нормативній цінності;
- Зниженій критиці по відношенню до хвороби (значимість хвороби або заперечується або зменшується, пацієнт як би відсторонюється від неї);
- Низька значущість цінності здоров'я в порівнянні з іншими групами соматичних хворих.

Таким чином на рак хворіють переважно люди, що володіють високою схильністю до стресу, який вони не в змозі прийняти і переробити. Вони характеризуються почуттям безпорадності, відчувають себе покинутими або бояться втратити джерело задоволення.

2.2. Особливості психічного стану особистості при злоякісному новоутворенні

Усвідомлення людиною несприятливого прогнозу онкологічного захворювання часто призводить до важкої депресії. Через страх або заперечення свого захворювання візит до лікаря нерідко відкладається до останнього моменту, і рішення звернутися за допомогою виникає зазвичай після появи загрозливих симптомів.

Людина, яка отримала інформацію про наявність у неї онкологічного захворювання, що становить реальну загрозу для життя, переживає ряд послідовних психологічних стадій.

Тривалість і ступінь вираженості цих стадій індивідуально варіюються і залежать переважно від конкретної ситуації і психологічних особливостей особистості [34; 46].

Виділяють п'ять фаз відношення до злоякісні новоутворень (Kubler-Rose):

- 1 фаза (анозогнозична) з'являється слідом за першим припущенням про наявність у пацієнта злоякісного новоутворення. Вона характеризується запереченням хворим наявності у нього онкологічної патології, применшенням тяжкості його стану, анозогнозією, переконаністю, що діагноз є помилковим.
- 2 фаза (дисфоричного) настає після підтвердження діагнозу і виявляється бурхливим протестом, дисфорією, схильністю вчиняти будь-які агресивні дії відносно оточуючих або себе (наприклад, суїцидальні).
- 3 фаза (аутосуггестивна) характеризується прийняттям фактів про наявність у пацієнта злоякісного процесу і необхідності тривалого та інтенсивного лікування в поєднанні з «веденням торгу» - «головне, щоб не було болів».
- 4 фаза (депресивна) настає після тривалого періоду терапії і проявляється поступовою втратою надії на одужання, появою песимізму, пригніченості і пасивності.
- 5 фаза (апатична) з'являється на останніх етапах захворювання і виражається «примиренням» хворого з долею, прийняттям летального

результату і супроводжується байдужістю по відношенню до зовнішніх і внутрішніх процесів [47].

Сама ж онкологічна хвороба веде до того, що перед пацієнтом постають складні психологічні проблеми. Онкологічного хворого слід розглядати як людину, яка перебуває у серйозній стресовій ситуації. Тривале важке соматичне захворювання, госпіталізація, відрив від звичного способу життя та праці, від мікросоціального та соціального оточення, складна травмуюча операція яка може привести до інвалідності, і нарешті загроза смерті руйнують звичні стереотипи поведінки, які вироблялися протягом життя, змінюється система цінностей та еталонів, суттєво перебудовується особистість пацієнта [13; 30].

Специфічна ситуація важкого захворювання актуалізує в онкологічних хворих мотив «збереження життя», який стає головним стимулом та змістовним мотивом їх діяльності. Усе інше у житті починає ставати незмістовним, неважливим, тим, що не має самостійної цінності. Хворі відчують, що все, до чого вони прагнули раніше, чого досягали з труднощами та зусиллями, важливим є лише тоді, коли немає загрози життю та більш вітальним потребам. Необхідними та усвідомленими стають форми діяльності, які пов'язані з лікуванням, та потреби, які відповідають за фізичне існування [14].

Аутизація, замкнутість, відчуження, збіднення емоційної сфери, пасивність онкологічних хворих зумовлені звуженням кола актуальних мотивацій, їх новим змістом для хворого. Домінуючий провідний мотив «збереження життя» надає особливу специфіку життю хворого, залишаючи відбиток на особливостях сприймання, мислення, перебудування схеми цінностей та цілого світосприйняття. Хворі самі акцентують на тому, що «все стало іншим», «тепер я на світ дивлюсь іншими очима», «до оточення я ставлюся інакше». Те, що раніше приваблювало, здавалося важливим, втрачає свій зміст і сенс, натомість з'являються інтереси, які ніколи не були притаманні людині, підвищується егоїстичність. Хворі стають більш

байдужими, звужується діапазон подій, які раніше мали емоційну значущість. Обмежуються контакти з оточуючими людьми. Творча активність змінюється на автоматичне виконання роботи. Як до себе, так і до оточуючих хворі стають більш вимогливими, часто спостерігається дріб'язковість, прагнення до опіки. Домінування мотиву «збереження життя» веде до формування обмеженої поведінки: інертність, зниження життєвої активності, якщо вона протирічить цьому мотиву, або до формування нового змісту звичної діяльності, якщо вона включається в структуру мотиву як цілі. Це веде до виникнення різноманітних «втеч»: у хворобу, роботу, сім'ю, громадську діяльність. Надалі подібні цілі здатні знову набувати власної стимулюючої сили, але вже за механізмом «зсув мотиву на ціль» [20].

Психологічні і психопатологічні особливості при онкологічній патології також напряму залежать від етапу основного захворювання.

1. Для діагностичного етапу характерним вважається тривожно-депресивний синдром. За даними Е.Ф. Бажина і А.В. Гнезділова, його частота становить 56% [7; 18]. При цьому типовими є наступні реакції: загальний неспокій, виражена тривога, відчуття цілковитої безнадії та безперспективності існування, думки про неминучість швидкої і болісної смерті.

Друге місце по частоті виникнення на «діагностичному» етапі належить психогенії, що виражається у розвитку дісфорічного синдрому, який проявляється в тужливо-злобного настрою. Хворі стають похмурими, дратівливими, іноді без найменшого приводу проявляють спалахи люті, гніву, злоби, які можуть супроводжуватися агресією, спрямованою на найближче оточення (сім'ю, співробітників по роботі, а також медичний персонал).

Третє місце за частотою виникнення належить тривожно-іпохондричною і астено-іпохондричній симптоматиці. Перша з цих реакцій характеризується тривожним напруженням з постійною фіксацією уваги на

самопочутті, особливо на відчуттях. Хворі весь час шукають і «знаходять» особливі «неполадки» в організмі, зазвичай посилаючись при цьому на якісь невиразні, невизначені відчуття, котрі ними інтерпретуються як катастрофічно швидке поширення пухлини по всьому тілу, безнадійна запізненість діагностики та інше.

2. На етапі «надходження в клініку» відбувається деяке зниження тяжкості (інтенсивності) переживань. Це в істотній мірі пов'язане з побудовою компенсаторної системи психологічного захисту типу: «Я хворий, можливо, у мене навіть рак, але тепер, я перебуваю в спеціальній лікарні під наглядом кваліфікованих лікарів, які зроблять все, щоб мені допомогти».

3. На передопераційному етапі спостерігається різкий підйом інтенсивності психогенних переживань. В рамках тривожно-депресивного синдрому переважаючим стає страх можливої загибелі в процесі операції. Іноді на цьому етапі спостерігаються параноїдні розлади у вигляді «нереальних ідей переслідування і відносини».

4. На четвертому, «післяопераційному» етапі знижується ступінь вираженості всіх негативних переживань хворих і відбувається своєрідне «психологічне полегшення», а переважаючим психопатологічним синдромом стає астено-іпохондричний.

5. Етап виписки зі стаціонару не має виражених спечного психопатологічних феноменів.

6. На катамнестичному етапі близько двох третин пацієнтів мають особливі порушення психічного стану. Зовні вони проявляються як прагнення до самоізоляції. Ставлення до звичним і перш улюбленим розвагам стає різко негативним. Спроби з боку близьких людей якимось "розворушити" хворого, як правило, не мають ніякого успіху [32].

Особливо негативне ставлення викликають ті ситуації, які пов'язані з сильними емоційними переживаннями. Втрачається інтерес і до внутрішньосімейних справах. У переживаннях хворого постійно звучать

депресивні ноти, пов'язані не тільки з наявністю онкологічного захворювання, але і його наслідками - інвалідизацією, втратою привабливості та ін. Особливо болісними є переживання, пов'язані з інтимною сферою, у зв'язку з чим хворому необхідна сімейна підтримка [11].

Роль сімейної підтримки зростає у випадках появи у онкологічно хворих психологічних проблем і психічних розладів. Купірування психопатологічних: симптомів і синдромів і адаптація хворих до нового для них статусу онкологічно хворого ефективніше проходить в сім'ях зі сприятливими відносинами.

Причому особи, які отримують хіміотерапію, потребують більш теплого відношенні з боку членів сім'ї, в порівнянні з пацієнтами, що перенесли оперативне втручання з приводу пухлин [68].

Таким чином психологічний стан особистості при онкологічному захворювання обумовлен частотою і вираженістю психічних реакцій на онкологічну патологію, етапом захворювання, а також індивідуально-психологічними особливостями хворого.

2.3. Психологічні особливості переживання мамологічного онкологічного захворювання

Мамологічне онкологічне захворювання є найчастішим «органним» онкологічним захворюванням серед жінок у світі. Воно пов'язане з ураженням і часто з втратою органу, що має велике значення для самооцінки жінки.

Психологічною особливістю, яка найчастіше зустрічається у хворих жінок, є алекситимія, яка виявляється у труднощах ідентифікації й вираженні власних почуттів: проблеми у спілкуванні та формуванні дружніх зв'язків, неспроможності розуміння причини події; нездатності приймати підтримку у важких ситуаціях; редукованої здатності виявляти агресію чи опиратися їй; відсутності уявлень про засоби захисту від агресії; фіксації на перешкодах. Існування цих факторів протягом багатьох років, дозволяє розглядати алекситимію як один із можливих проявів відреагування на діагноз [22; 62].

На думку С.А. Москвітіної такі риси особистості як депресивність, тривожність, надмірна чутливість до образ, емоційна лабільність, напруженість, дратівливість, невпевненість, пригніченість, властиві жінкам хворим на рак молочної залози [56].

Також в них спостерігаються ряд змін мотиваційної сфери у хворих на рак молочної залози. Перш за все це призводить до зміни життєвої позиції. На діагностичному етапі, коли переважає позиція приреченості, основним змістотворним мотивом є мотив виживання. Формуються і додаткові, що відповідають цьому мотивацію ланцюга дій і вчинків хворих («завершення справ, пристрій дітей»). На передопераційному етапі домінує мотив збереження здоров'я, виживання. Після операції мотив збереження здоров'я стає провідним [74].

Усвідомлення діагнозу та лікування онкологічного захворювання молочної залози супроводжується для жінки великими стражданнями. В першу чергу після постановки діагнозу розвивається важкий психологічний стрес. При цьому можна виділити певні прояви відреагування на нього: це раптова слабкість в тілі, прояв надмірних емоцій, відчуття нереального, заперечення по дій, що відбуваються, гостре переживання страху смерті, підвищена

тривожність, гнів, самозвину вачення або пошук винних як спроба опанувати власний страх [51; 81].

У жінки також розвивається стрес переживання зміни соціальної ситуації, формування нової системи комунікацій, пошуку нової ролі у сімейних взаємовідносинах. Подібні зміни провокують формування нової внутрішньої позиції стосовно ситуації, що склалася [58].

Після повідомлення діагнозу та переживання шоку і всього, що пов'язано з цим, більшість жінок переживають відчуття роздвоєності. З одного боку, потрібно пройти через важке лікування, перенести травмуючу операцію (видалення молочної залози), але залишитися жити, незважаючи на жодні наслідки для роботи та сімейного життя, а з іншого — неможливо змиритися з операцією, яка перетворює жінку на «нежіночну» [24].

Перед жінкою постає проблема адаптації до умов життя, що виникли внаслідок операції. Деякі лікарі-онкологи та психологи вважають, що від ставлення до своєї хвороби значною мірою залежить мікроклімат в сім'ї: чим менше жінка драматизує ситуацію, тим більше в неї шансів отримати підтримку від сім'ї та близьких.

Психологічні проблеми, з якими стикаються онкологічні хворі, пов'язані не лише з загрозою життю. Проведення лікування й травмуючої операції ставлять перед ними професійні, побутові, сімейні та інші проблеми. Їх значущість визначається суб'єктивно [25].

Дуже велику роль відіграє для жінки відновлення привабливості зовнішнього вигляду: від цього залежить її психологічний стан і активне бажання повернутися до нормального життя після мастектомії. Специфічність реагування в ситуації раку молочної залози зумовлена тим, що ця хвороба уражує молочну залозу, яка є символом жіночності.

Отож до інших страхів та психологічних проблем додається страх втрати жіночності, сексуальності, привабливості, бажаності, що, як правило, ототожнюється з втратою жіночої ідентичності та страхом втрати сім'ї, сімейного статусу. Страх залишитися без молочної залози буває настільки

сильним, що деякі жінки навіть відмовляються від лікування, піддаючи своє життя смертельній небезпеки. Їм здається, що вони більше не зможуть викликати інтерес у протилежної статі через свою нестандартність [63].

Невпевненість стає причиною того, що жінка починає боятися втратити свого чоловіка або людини, яка їй подобається, тим самим заганняючи себе в психологічну безвихідь. У хворих виникає почуття втрати жіночності і, як наслідок, неповноцінності і ущербності. Вони відчувають загрозу для життя, виникає страх перед можливою соціальною ізоляцією і розпадом сім'ї. Перед кожною хворою постає завдання пристосування до нової життєвій ситуації і формування адекватного ставлення до власної особистості і до свого здоров'я. Досить часто у таких жінок виникають думки, що тепер всі навколишні будуть їх жаліти, ставитися до них із співчуттям [28].

Такий чи інший зміст психологічного конфлікту викликає значне підвищення рівня емоційного напруження, яке проявляється в першу чергу відчуттям небезпеки, неспокою, страху, тривоги, іноді це веде до фіксації психічного порушення і повної дезорганізації поведінки. Звичні форми діяльності при збереженні свого зовнішнього вигляду змінюють внутрішній зміст, наповнюють новим, пов'язаним з хворобою [11].

Усвідомлення хвороби, операція та інші види лікування є для жінки дуже важким стресом і особистісною трагедією. При цьому постійне переживання трагедії веде до депресивного стану різного ступеню важкості і може послужити окремим фактором, який впливає на подальший розвиток хвороби (можливий навіть рецидив) [90].

Як і при інших формах онкології, існують вказівки на те, що фактори, які закладені в особистості, відіграють вирішальну роль: жінки, які вже раніше були психічно менш витривалими, мали складнощі в міжособистісних відносинах, в сексуальній та професійній сферах, що виявляється в бесідах або при психологічному тестуванні, проявляють більш виражені афективні реакції, які довго зберігаються. Якщо при карциномі у зрівнянні з доброякісними

пухлинами хворі ще до біопсії виявляють більше ознак страху або депресії, то це розцінюється як показник «ракової особистості».

В результаті перших знахідок при обстеженні, мамографії, ультразвукової діагностики, термографії, а також реакції лікаря при першому обстеженні, як і внаслідок згаданого вище самообстеження, жінки можуть і повинні набувати установку на серйозність цього захворювання. Жінки, яким пізніше на основі біопсії ставиться діагноз карциноми, частіше, ніж жінки з доброякісною пухлиною, самі підозрюють наявність у себе цього захворювання ще до біопсії [40].

Звичайно ж, далеко не кожне захворювання молочної залози супроводжується обов'язково операцією. Будучи виявленими на ранній стадії свого розвитку, переважна кількість захворювань молочної залози виліковуються досить швидко і практично без наслідків. Проте у будь-якому випадку операція являє собою психологічну травму для жінки.

Збереження або видалення молочної залози при хірургічному втручанні і радикальність останнього корелюють з вираженістю і тривалістю приєдналися згодом психічних симптомів. Ізоляція, яка настає у хворих, особливо виразна в особистісній сфері: хворі на рак молочної залози майже або зовсім не обговорюють зі своїм партнером факт свого захворювання.

Операція яка зберігає груди краще психологічно переноситься всіма жінками а також позитивно впливає на подальший перебіг хвороби. Принаймні вже на перших стадіях після операції можливий вітальний прогноз. При відновленні молочної залози після мастектомії, якщо не враховувати косметичний ефект, частіше спостерігаються ускладнення. Звичайно, і після операції яка зберігає груди у багатьох випадках буває потрібно повторне оперативне втручання, яке призводить до нових труднощів [89].

У хворих на рак молочної залози поряд з фізичним станом заслуговує на увагу не тільки перша перед- і післяопераційна «шокова фаза», але і психічний стан в наступні роки. Так в перший час після операції преволує

позиція відкидання істини або установка типу «*carpe diem*» - «живи одним днем». Ще й через 2,5 роки після операції у більшості залишаються такі установки, як «дух боротьби», «надія» чи «покірність долі». Але приблизно третина хворих ще відчувають труднощі, вони уникають роздивлятися себе оголеними в дзеркалі або показуватися в такому вигляді своєму партнерові. Кожна третя жінка вважає, що партнер пригнічений її хворобою, але намагається бути уважним. Половина хворих були задоволені відносинами з партнером, у тому числі і сексуальними. Бажання отримати поради з соціальних питань, брати участь у спеціальних групах хворих, у яких лікарі обговорюють медичні теми, висловлюють більшість таких жінок. Половина хворих вважають необхідним створення груп, в яких би обговорювалися психічні проблеми, а також проводилися індивідуальні бесіди з психотерапевтами. Близько 10% хворих, яких можна віднести до невротично реагуючій групі ризику, борються з почуттям пригніченості і ворожості і мають показання для цілеспрямованої психотерапевтичної допомоги [83].

Таким чином можна говорити про те, що більшість жінок, які перенесли операцію вважають за необхідне створення груп взаємодопомоги та взаємопідтримки.

Висновки до розділу 2

Таким чином, онкологічне захворювання виникає коли людина, зіткнувшись з проблемною, критичною ситуацією, тільки зовнішньо пристосовується до неї. Сама ж проблема витісняється у несвідоме. Однак з часом, оскільки, сама людина несвідомо підтримувала та будувала цю проблемну ситуацію, вона досягає соматичного та проривається на зовні. Подібне відбувається тому, що хоча проблема й була забута, проте вона продовжувала знаходитись у рамках структури, в якій існує людина.

Що до відношення до свого онкозахворювання людина проходить декілька стадій: спочатку заперечує факт захворювання; потім виникають агресивні і аутоагресивні тенденції; згодом настає прийняття ситуації захворювання; потім проявляється песимізм та невілювання власних можливостей; і останнє – примирення із ситуацією та апатичний настрій.

Мамологічна онкологія ж являє собою найчастіше «органічне» захворювання серед жінок у світі. І оскільки це захворювання часто пров'язане з видаленням грудей, то саме страх втратити одну з вторинних статевих ознак настільки великий, що деякі з жінок відмовляються від лікування, бо вважають, що стануть неповноцінними та ущербними. Постійне знаходження у стресовій ситуації призводить до значних змін у психічних та соціальних сферах таких жінок.

Самі ж люди з онкологічним захворюванням ніколи не відчують провини за свою хворобу, ухиляються від відповідальності за те, що з ними відбувається і вважають, що хтось інший повинен їм допомогти.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ САМОСТАВЛЕННЯ ЖІНОК ПРИ МАМОЛОГІЧНОМУ ОНКОЛОГІЧНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ

3.1. Вибір та обґрунтування методів дослідження

Для визначення особливостей самоствавлення жінок з мамологічним онкологічним захворюванням протягом 2019-2020 років було проведено дослідження, в якому брали участь пацієнти Маріупольського міського онкологічного диспансеру. Загалом у дослідженні приймало участь 40 жінок з мамологічним онкологічним захворюванням віком від 25 до 44 років. Дослідження проводилось у три етапи:

Перший етап – підбір та обґрунтування методів, за допомогою яких можна визначити складові «образу Я», самоствавлення особистості, самооцінку та рівень домагань особистості.

Другий етап – використання підбраного блоку методик в ході дослідження в обраній групі та обробка даних, отриманих в ході дослідження, їх аналіз, побудова на основі даних таблиць та діаграм.

Третій етап – розробка корекційної програми та перевірка її ефективності.

Зважаючи на особливість вибраної проблематики, виникає необхідність використання таких методів: тест М. Куна «Хто Я?»; методика дослідження самоствавлення С.Р. Панталеєва (МДС); а також методика дослідження самооцінки Дембо – Рубінштейна у модифікації А. М. Прихожан.

Тест М Куна «Хто Я?» дозволяє дослідити змістові характеристики ідентичності людини тобто його «образ Я». Респондентам пропонується протягом відведеного часу відповісти на єдине питання: «Хто Я». Потім проводиться кількісна (кількість відповідей) та якісна оцінки (кожна відповідь оцінюється респондентом за чотиризначною системою). За цією системою оцінювання: «плюс» – якщо «образ Я» подобається; «мінус» – якщо не подобається; «плюс-мінус» – якщо «Я»-образ і подобається і не подобається одночасно; знак «питання» – якщо не знаєте як відноситеся до свого «образу Я», або поки що у респондента не існує певної оцінки розглянутої відповіді.

Також ця методика дозволяє виділити трьох типів: 1. Емоційно-полярний тип, якому властивий максималізм в оцінках, перепади у емоційному стані. У таких людей відносини з іншими сильно залежать від того, на скільки їм людина подобається чи ні. 2. Урівноважений тип. Ним властива значна стресостійкість, вони швидко вирішують конфлікти, вміють підтримувати конструктивні відносини і з тими людьми, що їм подобаються і з тими, що не подобаються. 3. Сумніваючийся тип. Люди що відносяться до цього типу переживають кризу у власному житті, а також їм характерна нерішучість як риса характеру.

Мета методики МДС (С.Р. Панталеєва) – виявлення структури самоствавлення, а також вираженості окремих її компонентів. Самоствавлення автор методики визначає у контексті уявлень на адресу власного «Я», як вираження сенсу «Я», як узагальнене почуття на адресу власного «Я». Дана методика дозволяє кількісно виміряти окремі компоненти само ставлення такі як: замкненість, самовпевненість, самокерівництво, відображене самоствавлення, самоцінність, самоприйняття, самоприв'язаність, внутрішня конфліктність та самозвинувачення. Методика МДС включає 110 тверджень, які респонденти мають оцінити згідно з властивістю або не властивістю йому самому. Всі твердження поділяються на дев'ять шкал, які відображають компоненти самоствавлення: 1. «Замкненість». Визначає переваження однієї з двох тенденцій: або конформності, вираженої мотивації соціального схвалення, або критичності, глибокого усвідомлення себе, внутрішньої чесності та відкритості. 2. «Самовпевненість». Виявляє самоповагу, відношення до себе як до впевненої, самостійної, вольової та надійної людини, який знає, що йому є за що себе поважати. 3. «Самокерівництво». Відображає уявлення особистості про основне джерело його активності, результатів та досягнень, про джерело розвитку власної особистості, підкреслює домінування або власного «Я», або зовнішніх факторів. 4. «Відображене самоствавлення». Характеризує уявлення суб'єкта про здатність визвати у інших людей повагу, симпатію. Ця шкала відображає лише суб'єктивне сприйняття відносин, які вже склалися. 5.

«Самоцінність». Передає відчуття цінності власної особистості та передбачувану цінність власного «Я» для інших. 6. «Самоприйняття». Дозволяє судити про вираженість симпатії до себе, згоди зі своїми внутрішніми спонуканнями, прийняття себе таким, який є. 7. «Самоприв'язаність». Виявляє ступінь бажання змінитися по відношенню до нинішнього стану. 8. «Внутрішня конфліктність». Визначає наявність внутрішніх конфліктів, сумнівів, не згоди із собою, вираженість тенденцій до самокопання та рефлексії. 9. «Самозвинувачення». Характеризує вираженість негативних емоцій на адресу свого «Я». усі шкали оцінюються за вираженість по трьом показникам: високому, середньому та низькому. Таким чином методика МДС дозволяє якісно оцінити компоненти само ставлення, які властиві кожній людині.

Методика дослідження самооцінки Дембо – Рубінштейна у модифікації Прихожан А.М. дозволяє визначити рівень самооцінки та рівня домагань особистості. Вона основана на безпосередньому оцінюванні (шкалуванні) респондентами ряду особистісних якостей. Нами були обрані такі шкали як: здоров'я, здатності, характер, привабливість для інших, привабливість для себе, впевненість у собі та розумові здібності. Рівень розвитку кожної якості людської особистості умовно зображають вертикальною лінією, нижня точка якої символізує найнижчий розвиток, а верхня – найвищий. Респондентам пропонується на вертикальних лініях відмітити рівень розвитку цих якостей у себе (відображає самооцінку) та рівень розвитку цих якостей, які б їх задовольнив (рівень домагань).

Таким чином обрані методики дозволяють зробити комплексний аналіз ставлення особистості до самої себе.

3.2. Констатувальне дослідження та аналіз отриманих результатів

За проведеними методиками були отримані такі дані:

1. За тестом Куна «Хто я?» були отримані данні представленні в таблиці 3.2.1, таблиці 3.2.2, таблиці 3.2.3, а також у додатку А.

У жінок з мамологічним онкологічним захворюванням мінімальна кількість «Я» – образів складає чотири , а максимальна десять «образів Я» (Додаток А). У сукупності серед них більшість займають образи – психологічні характеристики (94,61%), а функціональні ролі 5,39% (Таблиця 3.2.1.) – тобто ролевий репертуар доволі обмежений.

Таблиця 3.2.1.

**Характеристики «образів Я» жінок
з мамологічним онкологічним захворюванням**

«Я» - образи	функціональні	психологічні характеристики
Кількість усього у %	5,39	94,61

Усі жінки з мамологічною онкологією співвідносять себе з особою жіночої статі, на що вказують закінчення жіночого роду у «образах Я», проте функціональний образ «жінки» у всіх відсутній (Таблиця 3.2.2, Таблиця 3.2.3, Додаток А). Вони не сприймають себе як жінку при відсутності або деформації однієї з вторинних половых ознак. Тобто в результаті перенесеної операції – вважають, що перетворилися на не жіночну, таку, що не може привернути до себе увагу протилежної статі. Цей факт у більшості з жінок визиває лише негативні переживання, які відповідно констатуються у повному незадоволеності своїм зовнішнім виглядом, у таких образах як «потворна», «виродок», «страшна» тощо. Таким чином для них бути жінкою – це у переважній більшості зовнішньо відповідати нормі, стандарту жіночого вигляду, а особистісні якості відходять на задній план. Компенсація цього може виражатися у бажанні зовнішньо виділятися серед інших – виглядати помітною.

Образи «пацієнта» або «хворої» у сукупності було констатовано у 75% респондентів (Таблиця 3.2.2.), у 15% були констатовані обидва ці образи.

Тобто практично всі респондентки співвідносять себе з хворою людиною та у відповідності з цією роллю організують свій простір, взаємодію з оточуючими та своє життя. Усіма жінками ці ролі оцінюються негативно.

Саме ж негативне оцінювання «Я»-образів превалює над позитивним (Таблиця 3.2.2., Таблиця 3.2.3.), що вказує на негативний фон у переживаннях та перебування у депресивному стані. На цей негативний фон у переживаннях також вказують такі образи як «сумна», «несчасна», «розчарована» тощо.

Таблиця 3.2.2.

Ознаки оцінювання функціональних «образів Я»

«Я»-образи	Кол-во респондентів за ознакою оцінювання (у%)			
	+	+/-	-	?
мати	25	10	5	—
дружина	10	5	—	—
сестра	5	10	—	—
подруга	10	15	—	—
донька	5	10	—	—
співробітник	5	5	—	—
колега	15	—	—	—
пацієнт	—	—	30	—
хвора	—	—	60	—

Жінки, що змірилися зі своїм «руйнуванням» (образи «смертниця» та «позбавлена життя») складають 10 % (Таблиця 3.2.3.). Вони сподіваються на допомогу зовні, вважають що хтось повинен допомогти їм вилікуватися, що свідчить про зовнішній (екстернальний локус контролю). Ситуація онкологічного захворювання впливає на них та володіє ними, в таких умовах респонденти не діють посилаючись на зовнішню причинність ситуації. І лише 5% констатують, що навіть у таких обставинах вони спроможні діяти, і саме від них залежить їхнє подальше існування (інтернальний локус контролю) у образі «борюся за життя».

Таблиця 3.2.3.

Ознаки оцінювання «Я»-образів – психологічних характеристик

«Я»-образи	Кол-во респондентів за ознакою оцінювання (у %)				«Я»-образи	Кол-во респондентів за ознакою оцінювання (у %)			
	+	+/-	-	?		+	+/-	-	?
смертниця	–	–	–	5	незрозуміла	–	–	5	–
позбавлена життя	–	–	5	–	вередлива	–	5	10	–
виродок	–	–	5	–	всі розуміюча	–	10	–	–
потворна	–	–	10	–	дивна	–	5	–	–
страшна	–	–	5	–	розумна	5	5	–	–
одинока	–	–	5	–	товариська	5	5	–	–
зла	–	–	5	–	мрійниця	5	–	–	–
жалюгідна	–	–	5	5	сильна	10	–	–	–
страждаюча	–	–	5	–	добра	10	–	–	–
слабка	–	–	10	–	турботлива	15	–	–	–
несчасна	–	–	10	–	сподіваючись	10	–	–	–
тяраг	–	–	–	5	ласкава	5	–	–	–
нудна	–	–	20	–	відповідальна	5	–	–	–
сумна	–	–	15	–	життєрадісна	5	–	–	–
безперспективна	–	–	5	–	борюся за життя	5	–	–	–
невпевнена	–	–	5	5	щасливиця	5	–	–	–
розчорована	–	–	5	–	художниця	5	–	–	–
невдаха	–	–	5	–	сувора	5	–	–	–
разочарована у житті	–	–	5	–					

Також були констатовані образи «людина» у 15% та «особистість» у 10% жінок з мамологіною онкологією (Додаток А). Ці образи за своєю суттю безликі (особистість взагалі лише наукове, книжне поняття), тому вони не відносяться ані до функціональних ролей, ані до образів – психологічних характеристик. Вони являють собою маску та виконують компенсаторну функцію. Бо у 15% з цих жінок (Додаток А) крім ролі «хворої», більше функціональних ролей немає. І в цьому випадку, щоб не концентрувати увагу лише на єдиній ролі, вони як би виконують роль «особистості», або «людини», тим самим компенсуючи ситуацію, яка склалася. Також потрібно відмітити, що ці ролі позитивно оцінюються усіма 25% жінок, що ще раз підтверджує їхню компенсаторну роль.

Наявність лише негативних образів – психологічних характеристик і жодних функціональних ролей у 10% респондентів (Додаток А) свідчить про деперсоналізацію особистості, тобто про фіксацію на єдиному «образі Я». Фіксація виникає на фоні фрустраційної ситуації (ситуації, яка сприймається як загроза задоволенню тієї чи іншої потреби), пов'язаній з цією роллю. Таким чином, оскільки з роллю пов'язані негативні почуття, то вона завжди оцінюється негативно. В ситуації деперсоналізації всі вчинки та дії, власні здібності оцінюються лише з однієї сторони, тому частіше невілюються. Оскільки людина живе, організовує взаємодію лише з однієї ролі, то в неї поступово руйнуються взаємовідносини з оточуючими. Тому довготривала фіксація на одному образі часто призводить до суїцидальних намірів, бо відбувається на фоні негативного сприйняття самого себе, коли власне «Я» більше не має цінності для людини. Відсутність же «Я»-образів у 20% жінок з мамологіною онкологією (Таблиця 3.2.4.) свідчить про деградацію особистості. Вона відбувається, коли після фіксації на єдиному «образі Я», навіть й цей образ зникає і починається особистісний розпад.

Людина знаходиться у повній незрозумілості як поводитися, як діяти та хто вона взагалі. На цьому фоні при деградації також виникають суїцидальні наміри. І саме ці респонденти і знаходяться у групі ризику, адже при соматичних захворюваннях можна говорити про справжній суїцид. Поведінка в пресуїциді, у таких хворих, позбавлена афективної напруженості. Підготовка носить прихований характер, а метод вибирається найефективніший. При невдачі ж намір залишається. Проте можливо, що у деяких хворих відхід у хворобу і є прихована форма суїциду - несвідомо прийнята форма відходу з життя.

Таким чином жінки і при деперсоналізації і при деградації знаходяться у переживанні безумовної не любові до себе, яка виражається у безумовному неприйнятті себе, безумовній недовірі до себе та безумовній безнадії.

Таблиця 3.2.4.

**Уявлення про власну особистість жінками
при мамологічному онкологічному захворюванні**

«Я»-образи	наявні	відсутні
Кількість респондентів у %	80	20

За Рис. 3.2.1. у 50 % респондентів був виявлений емоційно - полярний тип, якому властивий максималізм у оцінках та перепади емоційного стану. Це, як правило, емоційно-виразні люди, у яких відношення з іншими залежать від того, наскільки їм людина подобається чи ні. За рахунок цього вони неспроможні підтримувати конструктивні взаємовідношення з різними людьми та терпимо відноситись до недоліків інших людей. Також ці показники можуть свідчити про юнацький максималізм у поведінці – життя за принципом «або все, або нічого». Сумніваючийся тип властивий людям, які переживають життєву кризу (33,2%). Приналежність до цього типу свідчить про нерішучість як рису характеру.

Врівноважений тип, яком притаманна стресостійкість, вміння подивитися на ситуацію з протилежних сторін та вміння конструктивно будувати взаємовідносини не був констатований у жодної з жінок.

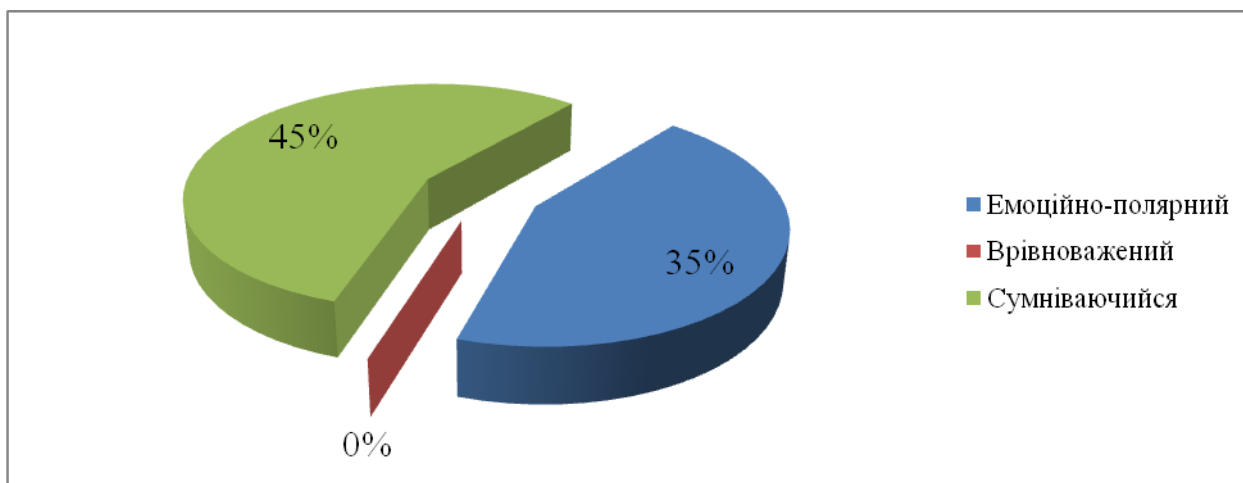


Рис. 3.2.1. Тип людини за ступінню врівноваженості

2. Методика дослідження самоствавлення С.Р. Пантилєєва (МДС). В результаті буди отриманні дані представленні в таблиці 3.2.5. та додатку А.

Згідно з таблицею 3.2.5. високе значення за шкалою замкненість було виявлене у 10% респондентів, що свідчить про виражену захисну поведінку людини. Такі жінки схильні уникати відкритих відносин із самою собою. Вони бажають відповідати загальноприйнятими нормам поведінки та взаємовідносин з оточуючими людьми. Такий показник є свідченням конформності у поведінці – життєвий принцип «бути як усі». У більшості респондентів (90%) були виявлені середні показники замкнутості, що означає виборче відношення до себе. Тобто відношення до себе залежить та прив'язане до ситуації. Особливо це стосується критичних ситуацій де активізується психологічний захист. Жодна з жінок не є внутрішньо чесною із собою, конструктивно критичною що до себе та орієнтованою на власну поведінку, на власне бачення, про що свідчить відсутність низьких показників замкнутості.

Таблиця 3.2.5.

Вираженість за шкалами самоствавлення у жінок при мамологічному онкологічному захворюванні (у %)

Шкали	Висока вираженість	Середня вираженість	Низька вираженість
замкненість	10	90	0
самовпевненість	15	65	20
самокерівництво	10	65	25
відображене самоствавлення	10	80	10
самоцінність	15	70	15
самоприйняття	10	80	10
самоприв'язаність	5	70	25
внутрішня конфліктність	10	90	0
самозвинувачення	10	70	20

За шкалою самовпевненість високі показники отримали 15%. У таких людей виражена самовпевненість. Вони поважають себе, задоволені собою, своїми досягненнями, відчувають свою компетентність та здатність вирішати велику кількість життєвих питань. Перепони на дорозі до досягнення мети сприймаються як здоланні, а проблеми не довгий час мають свою значимість. 65% респондентів з середньою самовпевненістю властиво у звичних ситуаціях зберігати працездатність, впевненість у собі. Проте у несподіваних ситуаціях впевненість у собі стрімко зменшується, зростає тривога та занепокоєння. Жінки з низькою самоповагою (20%) не впевненні у своїх можливостях та сумніваються у своїх здатностях. Їм властива недовіра своїм рішенням, сумнів у здатності долати перепони та труднощі, досягати наміченої мети. Можливе глибоке занурення у свої труднощі та уникання людей.

Високу вираженість за шкалою самокерівництва мають 10%. Такі показники характерні тим, хто вважає самого себе регулятором своїх досягнень та успіхів. Ці люди переживають своє «Я» як внутрішній стрижень, який координує та спрямовує усю активність, організує поведінку та відношення з людьми. Вони відчують себе здатними надати опір зовнішнім впливам, оточуючим. Їм властивий контроль над емоційними реакціями та переживаннями пов'язаними із самим собою. Середній рівень самоконтролю був констатований у 65% жінок з мамологічною онкологією. Вони здатні до особистісного контролю тільки у звичних для себе ситуаціях, у незвичних же посилюється схильність до підпорядкування середовищ ним впливам. 25% респондентів мають низький показник самоконтролю. У них послабленні механізми саморегуляції. Вони вірять у підвласність свого «Я» зовнішнім обставинам та подіям і як результат – основним джерелом того, що відбувається з цими жінками є зовнішні обставини. Тобто вони не самі створюють ситуацію, а завжди тільки потрапляють до неї. Такі показники свідчать про екстернальний локус контролю жінок з низьким самоконтролем, а також можуть являти собою фактор втрати керівничої позиції у власному житті.

За шкалою відображення самоствавлення 10% респондентів було виявлено високий показник, що відповідає людям, які сприймають себе прийнятими оточуючими. Вони відчують любов оточуючих та розуміють, що їх цінують за особистісні якості та вчинки. А також відчують у собі емоційну відкритість для взаємодії з оточуючими людьми, легкість у встановленні ділових та особистісних контактів. У більшості жінок (80%) – середні показники, що означає вибіркоче сприйняття відношення оточуючих до себе. Тобто за точкою зору таких людей, позитивне ставлення оточуючих поширюється тільки на певні якості, а інші здатні визвати

лише роздратування. У 10% було констатовано низький рівень за вищезазначеною шкалою. Ці жінки вважають, що не здатні визвати повагу у оточуючих, та впевнені, що визивають лише засудження та осуд. Вони не чикають підтримки та схвалення від інших.

Жінки, які відчують цінність своєї особистості та припускають цінність власного «Я» для інших складають 15%, і мають високе значення за шкалою самоцінності. Вони високо оцінюють свій духовний потенціал, багатство свого внутрішнього світу, схильні сприймати себе як індивідуальність та високо цінувати власну неповторність. 70% мають середнє значення, яке відображає вибіркове ставлення до себе. Такі люди схильні оцінювати ряд власних якостей високо, визнавати їх унікальність. Інші ж якості недооцінюються, тому зауваження на свою адресу можуть визивати відчуття малоцінності, особистісної неспроможності. Низьке ж значення мають 15 %, і це говорить о глибоких сумнівах людини що до своєї унікальності. Такі люди не впевненні у собі, що послаблює опір середовищним впливам. У них підвищена чутливість до зауважень та критики і це робить їх образливими та ранимими, схильними недовіряти власній індивідуальності.

Високий показник за шкалою самоприйняття, який свідчить про схильність сприймати всі сторони свого «Я» та приймати себе у всіх поведінкових проявах був констатований у 10% жінок з мамологічним онкологічним захворюванням. Вони позитивно сприймають себе, часто відчують симпатію до себе, до всіх якостей своєї особистості, а свої недоліки вважають продовженням переваг. Негаразди ж не дають їм підстав вважати себе поганою людиною. Середнє значення було зафіксовано у 80% респондентів і свідчить про доволі вибіркове та прив'язане до ситуації само прийняття, а також схильність людини приймати не всі свої переваги та критикувати не всі свої недоліки. У 10% був констатований загальний негативний фон

сприйняття себе та схильність сприймати себе занадто критично. Цим жінкам не подобається у собі все: від зовнішності до якостей характеру. Такі показники співвідносяться з низьким показником за шкалою самоприйняття.

Жінки, які прагнуть зберегти у незмінності власні якості, вимоги до себе, а головне – бачення та оцінку самої себе мають високе значення за шкалою самоприв'язанність (5%). Таким жінкам відчуття самодостатності та досягнення ідеалу заважає здатності саморозвитку та самовдосконаленню. Це свідчить про високу ригідність (не здатність до змін) «Я»-концепції. 70% жінок з мамологічною онкологією прагнуть змінити тільки деякі свої якості при збереженні інших (середні показники за шкалою). А 25%, які мають низькі показники - відчинені до нового досвіду самопізнання, до пошуку відповідності реального та ідеального «Я». Яскраво виражене бажання вдосконалення власного «Я».

У 10% жінок високий рівень за шкалою внутрішня конфліктність. У них переважає негативний фон відношення до себе. Такі жінки знаходяться у постійному стані контролю власного «Я». Вони прагнуть глибокої оцінки свого внутрішнього світу, що призводить до переходу розвиненої рефлексії у самокопання. Ці жінки відрізняються високими вимогами до себе, що нерідко призводить до конфліктів між «Я»-реальним та «Я»-ідеальним, між рівнем домагань та фактичними досягненнями, до визнання власної малоцінності. 90% (середній показник) - у звичайних для себе обставинах мають позитивний фон ставлення до себе. Проте критичні ситуації, несподівані труднощі здатні сприяти посиленню недооцінки власних досягнень. Жінок з цілковитим позитивним ставленням до себе не було констатовано.

За шкалою самозвинувачення у 10% респондентів було констатовано високий показник, який характерний тим, хто на сам перед бачить

свої недоліки, хто вважає себе винним за свої невдачі. Установка на самозвинувачення супроводжується розвитком внутрішнього напруження, відчуттям нездатності задоволення базових потреб. Домінуюча захисна реакція у них проявляється у виді осудження самого себе, самозвинувачення. У жінок з середнім значенням за шкалою (70%) звинувачення себе за ті або інші вчинки та дії поєднується з виразом гніву, обурення на адресу оточуючих. 20% респондентів з низьким показником за шкалою самозвинувачення схильні до заперечення своєї провини у конфліктних ситуаціях. Захист власного «Я» відбувається цілковито за рахунок звинувачення інших, за рахунок перенесення на оточуючих відповідальності за усунення бар'єрів на шляху до мети. Відчуття задоволеності собою, таких жінок, поєднується з осудженням інших, пошуками в них джерела усіх негараздів.

Таким чином більшість респондентів мають завищені показники за усіма шкалами самоствавлення (Таблиця 3.2.6., Додаток А), що свідчить про те, що захворювання для респондентів сприймається як соціально прийнятне, та являє тобою норму їхнього життя. Також такі показники вказують на компенсаторну реакцію жінок з мамологіною онкологією. Оскільки в них переважає негативний емоційний фон сприйняття самих себе – привалювання негативного оцінювання «образів Я» (Таблиця 3.2.3.), а як наслідок й негативна самоповага, то вони прагнуть здаватися для оточуючих краще ніж вони є – демонструвати лише благополуччя. Тим саме, хоча б за рахунок ставлення оточуючих, самоствердиться - компенсувати власне негативне самоствавлення. Проте, демонструючи благополуччя та позитивний настрій вони стають не здатними поділитися своїми переживаннями, негативними почуттями, попросити допомоги, бо тим самим, на їх погляд, порушать позитивне сприйняття оточуючими власної персони, та отримують лише співчуття та жалість,

що ними сприймається вкрай негативно. І своєю нездатністю конструктивно виражати переживання вони призводять до деструктивних змін у своєму фізичному та психологічному стані.

Наявність же у більшості середніх показників вказують на залежність їхнього самоствалення від умов та ситуацій, у яких знаходиться респондент. У такому випадку можна говорити про умовне прийняття себе, умовну довіру до себе та умовну надію, коли вони прагнуть чогось якщо тільки в них є перспектива та можливості, щоб її досягти, інакше вони нічого не прагнуть.

3. За методикою дослідження самооцінки Дембо – Рубінштейна (у модифікації Прихожан А.М.) були отриманні данні представленні в рис. 3.2.2.

Низький рівень самооцінки було констатовано у 40% жінок з мамологічним онкологічним захворюванням (Рис. 3.2.7.). Це свідчить про недооцінку себе самого та власних досягнень, невіру у власні можливості, нездатність реалізувати свої здібності або повне їх невілювання, знецінення. Такі люди не ставлять перед собою важкодосяжних цілей, обмежуються рішенням повсякденних завдань. Вони дуже вимогливі до себе, постійно себе критикують. Також постійно обмірковують те, як та що про них думають оточуючі. Де б на вулиці не засміялись, ці люди завжди вважають, що сміються над ними. За такою самооцінкою, згідно з Дембо – Рубінштейном, можуть ховатися два різні психологічні явища: справжня невпевненість у собі та «захисна», коли декларування власної нездатності, відсутності здібностей дає змогу не докладати зусиль.

Середній (40%) та високий (10%) рівні складають адекватну самооцінку. Ці жінки адекватно співвідносять свої можливості і здібності, досить критично ставляться до себе, прагнуть реально дивитися на свої невдачі й успіхи, намагаються ставити перед собою досяжні цілі, які можна здійснити на ділі. До оцінки досягнутого вони підходять не

тільки зі своїми мірками, але й намагаються передбачати, як до цього поставляться інші люди: товариші по роботі і близькі. Така самооцінка є найкращою для конкретних умов і ситуацій. Проте ті у кого висока самооцінка – заслужено цінують, поважають себе та задоволені собою, а з середньою самооцінкою – поважають себе але знають свою недоліки та прагнуть до самовдосконалення, саморозвитку.

У 10% було констатовано дуже високий рівень самооцінки, що може свідчити про особистісну незрілість, неспроможність адекватно оцінити свою діяльність, нечутливість до власних помилок, зауважень та оцінок оточуючих. У такої у людини виникає неправильне уявлення про себе, ідеалізований образ своєї особистості і можливостей, своєї цінності для оточуючих, для загальної справи. У таких випадках людина йде на ігнорування невдач заради збереження звичної високої оцінки самого себе, своїх вчинків, дій, ідей тощо. Відбувається гостре емоційне «відштовхування» всього, що порушує уявлення про себе. Сприйняття реальної дійсності спотворюється, ставлення до неї стає неадекватним - чисто емоційним. Раціональне зерно оцінки випадає повністю. Тому справедливе зауваження починає сприйматися як причіпка, а об'єктивна оцінка результатів роботи - як несправедливо занижена. Неуспіх постає як наслідок сторонніх підступів або несприятливо сформованих обставин, ні в якій мірі не залежать від дій самої особистості. Навпроти вагу всі виграші та досягнення – це заслуга тільки їх самих, навіть у тих випадках, коли вона відбувається за рахунок іншого. Така самооцінка, також як і низька, може бути захисною реакцією, яка виникає внаслідок травмуючої ситуації задля збереження власного «Я». Внаслідок чого людина постійно живе в ілюзорному світі.

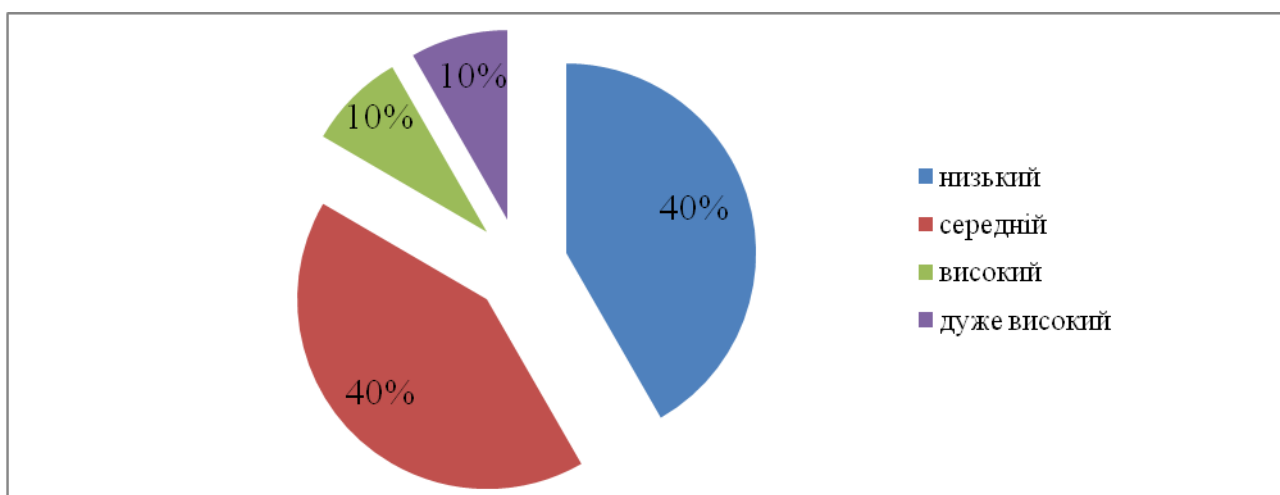


Рис. 3.2.2. Рівень самооцінки жінок з мамологічним онкологічним захворюванням

Що стосується рівню домагань – у жодної з респондентів він не був констатований. Тобто можна припустити, що жінки з мамологічним онкологічним захворюванням не вірять у свої можливості, вважають себе не здатними досягнути мети, тай можливо взагалі не можуть поставити собі мету.

Згідно з рис. 3.2.3. та Додатком А, хворі на мамологічну онкологію жінки з адекватною самооцінкою (50%) практично за усіма шкалами самоствавлення мають середні показники, які констатують вибіркоче ставлення до себе та оточуючих. Зокрема всі респонденти мають середне значення за шкалами «замкненість», «відображене самоствавлення», «самоприйняття» та «внутрішня конфліктність». Таким чином незважаючи на адекватне оцінювання себе та своїх вмінь все ж таки вони вибірково відносяться до себе – їхнє самоствавлення повністю прив'язане до ситуації. В таких випадках констатують занижену самооцінку у критичних ситуаціях – в даній актуальній для них ситуації захворювання, вони недооцінюють свої можливості та здатності. Ці жінки вважають, що інші відносяться добре лише до деяких їх якостей, а не в цілому оцінюють їх позитивно. Теж саме вони роблять з собою, даючи гарну оцінку та визначаючи значимість деяким своїм якостям, вмінням та вчинкам, невілюючи при цьому інші. В такому випадку можна говорити про

проекцію – вбачають відношення інших таким, як вони самі до себе відносяться. За шкалами «самоцінність», «самоприв'язаність» та «самозвинувачення» 40% респондентів мають середні показники. За шкалою «самовпевненість» – 30%, і 30% за шкалою «самокерівництво», що також характеризує смоставлення залежне від обставин у яких знаходиться людина.

За шкалою «самовпевненість» 20% жінок мають низькі показники, а за шкалою «самокерівництво» 10%. З них 5 % мають низьке значення за обома шкалами, тобто вони повністю невілюють свої можливості, зневажають себе та вірять у свою підвладність обставинам, і тільки ці обставини вирішують, зумовлюють все та винні у всіх негараздах життя цих жінок. Низькі показники за шкалою «самоприв'язаність» у 10 % вказують відкритість до нового досвіду, бажання пізнати та вдосконалити себе. Джерелом же цього є невпевненість та незадоволеність собою, про що також свідчать низькі показники «самовпевненості» у цих жінок. 10% респондентів вбачають в інших причинність усіх негараздів, при цьому маючи повну задоволеність собою - низький показник «самозвинувачення», що 5% з них і констатують у своєму образі «Я»: всі соціальні ролі мають амбівалентну ознаку, а роль «борюся за життя» - позитивна. Таким чином вони не беруть на себе відповідальність за ту ситуацію в якій знаходяться, проте в ній вони адекватно оцінюють свої можливості та прагнуть до життя.

Високі показники за шкалами «самокерівництво» та «самоцінність» мають 10% жінок, що свідчить про вбачання у собі самому джерела свого розвитку, високе цінування власних якостей та взятю на себе відповідальність за всі події свого життя. У сукупності ці показники, незважаючи на ситуативну невпевненість та незадоволеність собою, пов'язаними з середніми значеннями за іншими шкалами, при адекватній самооцінці є сприятливими для подальшого одужання.

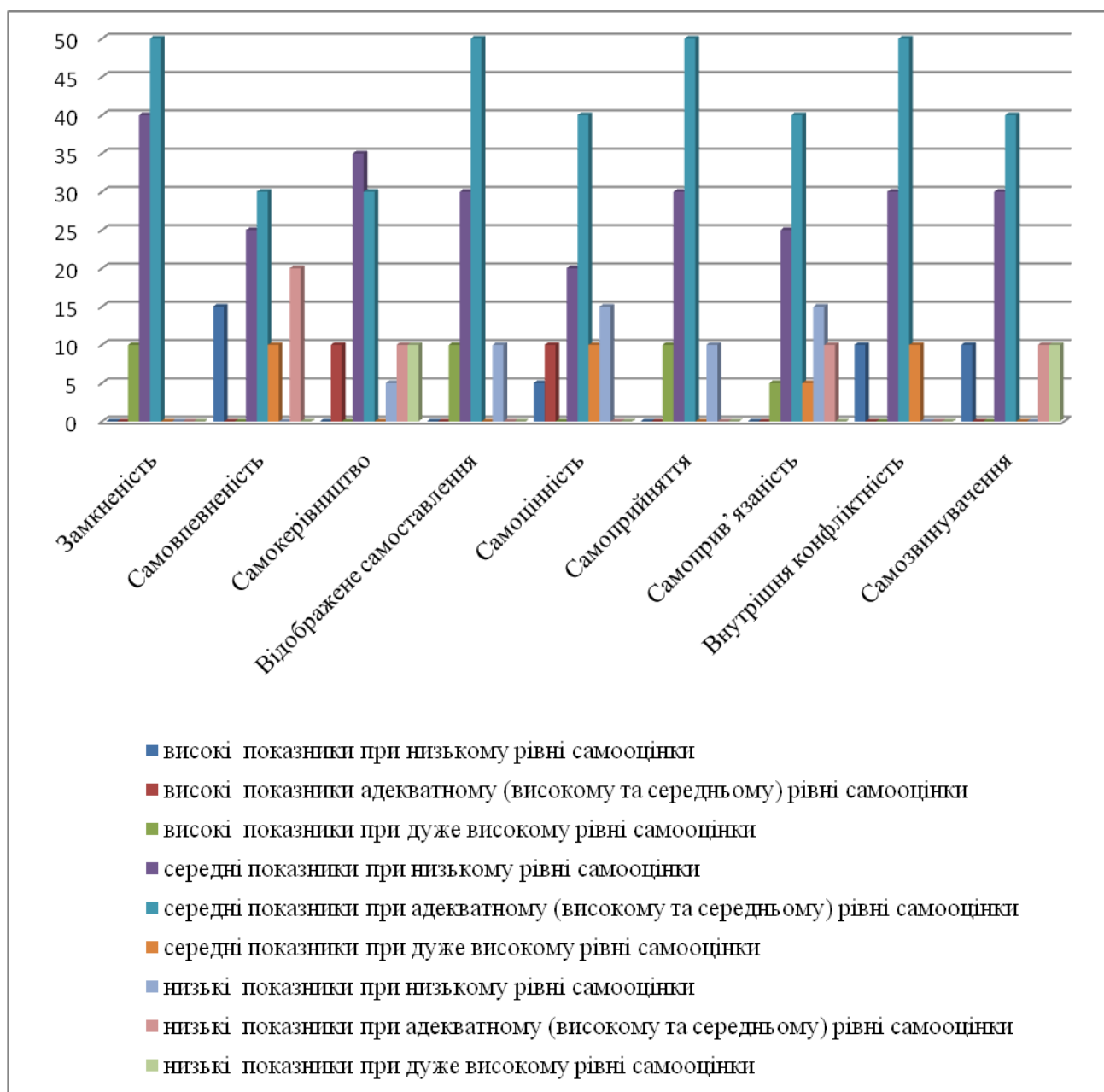


Рис. 3.2.3. Співвідношення вираженості шкал самоствавлення та рівня самооцінки (у %)

Жінки з низькою самооцінкою складають 40%, згідно з рис 3.2.3, у більшості своїй мають середні показники за шкалами само ставлення, тобто незважаючи на недооцінку себе самої та власних досягнень, вимогливість до себе і постійна критика на свою адресу, показники самоствавлення в них мають завищений характер, що свідчить про компенсаторне самоствавлення. При цьому 15% респондентів мають високе значення «самовпевненості» яке констатує задоволеність собою, своїми досягненнями, домінацію мотивації успіху та здатність сприйняття перепон на шляху до мети, як

переборних. У 10% з них можна говорити про високу самовпевненість як захисний механізм, оскільки у них високі показники також за шкалою «внутрішня конфліктність», яка характеризується негативним сприйняттям себе та сприйняттям себе як джерела досягнень та невдач, та повністю відсутні образи «Я», що являє собою показником до психологічної допомоги. 5% мають високі показники «самозвинувачення» – бачення власної провини за всі невдачі у житті, також у цих же жінок низький показник «самоцінності», яка характеризує невпевненість у собі та підвладність зовнішнім обставинам. У 10 % жінок з низькою самооцінкою констатовано лише негативні «образи Я» – образи, які характеризують якусь функціональну роль. У 5% ця функціональна роль вказана - «хвора», також у цих 5% низка «самоприв'язаність», що вказує на високе прагнення до змін у собі. Показники ж інших шкал самоствавлення середні. Останні 5% мають низькі показники «самокерівництва», «самоцінності» та «самоприйняття», які у сукупності характеризують невпевненість у собі, загальний негативний фон сприйняття себе, аж до самознищення, а джерелом життєвих подій у житті таких людей визнаються зовнішні фактори. Низьке самоприйняття та негативні образи «Я» являють собою показники до надання термінової психологічної допомоги, адже надалі це може призвести до суїцидальних намірів цих жінок.

При дуже високому рівні самооцінки жінки з мамологічною онкологією (10%), відчувають себе, як відкриті до спілкування особистість, позитивно сприймають власне «Я», прагнуть за будь яку ціну зберегти бачення та оцінку себе, та це позитивне сприйняття самого себе. Також вони прагнуть бути прийнятим суспільством, у більшості, завдяки прихильності до групових правил та норм, тож за будь-яку ціну прагнуть відповідати нормі, про це свідчать високі показники «замкнутості», «відображеної самооцінки», «самоприйняття» та «самоприв'язаності». Проте в цьому прагненні до

відповідності суспільній нормі – неадекватно оцінюють себе, ідеалізуючи власний образ – образ хворої (Рис. 3.2.3.).

У цих жінок повністю відсутні «образи Я» і за наявності такого показника, хоча вони й позитивно сприймають себе та мають дуже високу самооцінку, але не зрозуміло кого саме «себе» вони сприймають та оцінюють. А низькі показники за шкалами «самокерівництво» та «самозвинувачення» свідчать про зовнішній локус контролю цих жінок, адже вони вважають себе підвладними зовнішнім обставинам і як результат заперечують свою провину стосовно до всього, що відбувається з ними. Тобто хтось винен у всіх негараздах у їхньому житті. Таким чином респонденти ховають свої внутрішні негаразди за маскою зовнішньої задоволеності ситуацією, що не дає оточуючим розгледіти істинність ситуації і вчасно надати допомогу. У сукупності такі ознаки являють собою показник до надання термінової психологічної допомоги.

Таким чином для кожного рівня самооцінки існують свої особливості. Так жінкам з адекватною самооцінкою характерне повністю вибіркове ставлення до себе, а їхній емоційний фон повністю залежить від домінуючої ситуації – це свідчить про ситуативно-занижену самооцінку. Ставлення до себе жінок з низькою самооцінкою також вибіркове, проте емоційний фон в них переважно негативний. Що ж стосується жінок з дуже високою самооцінкою, то вони повністю позбавлені адекватності у самоставленні та самоприйнятті. Тобто за переважною більшістю шкал самоставлення жінки з мамологічним онкологічним захворюванням мають завищені показники, що свідчить про компенсаторний характер їхнього самоставлення.

Одже саме самоставлення залежить від ряду чинників: емоційної стабільності, адекватності самоприйняття та адекватності поведінкових патернів (Рис. 3.2.4.).

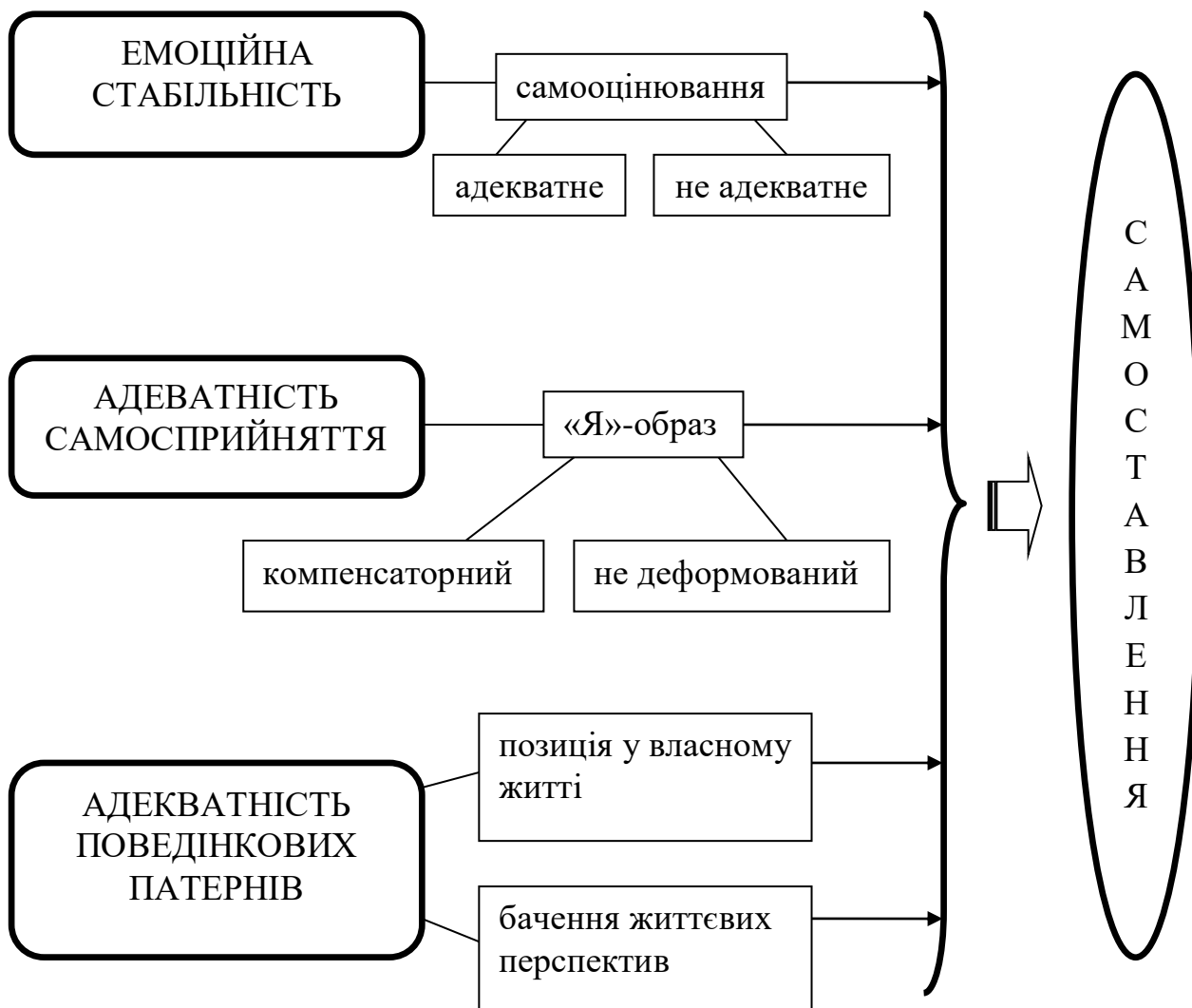


Рис. 3.2.4 Схема чинникової залежності самоствавлення

3.3. Формувальний експеримент та перевірка ефективності корекційної програми

Метою нашої корекційної програми є формування не компенсаторного відношення до себе у жінок з мамологічним онкологічним захворюванням.

Відповідно для досягнення мети були сформовані такі завдання:

1. Формування порушеного образу «Я»;
2. Доведення до усвідомлення керівної ролі хвороби в їх життєдіяльності;
3. Побудова життєвих перспектив.

Корекційна програма розрахована на три заняття.

У формуючому експерименті приймали участь 20 жінок (за власним бажанням) з мамологічним онкологічним захворюванням репродуктивного віку (25-44 років).

Під час його проведення, на першому занятті у жінок з мамологічним онкологічним захворюванням простежувалися песимістичні тенденції. Вже перша вправа, «знайомство», викликала в них труднощі. На третьому етапі вправи, коли потрібно було кинути м'яч тому, кому хочеться й назвати почуття, які викликає ця людина, вони не тільки не змогли ідентифікувати свої почуття, ай довго вагалися кому ж саме передати м'яча. Ці вагання пояснювали тим, що дуже концентрувалися на власних почуттях і врешті віддавали м'яча тій учасниці, яка на їхню думку більш схожа на них самих або на когось з оточення, хто викликає позитивні відчуття. Самі ж свої емоції або почуття вони одразу називали. Що є ознакою алекситимії, яка виражається у труднощах ідентифікації й вираженні власних почуттів.

З проблемами у вираженні зіткнулися у вправі «Крокодил». Жінкам помірно просто було відгадувати емоції, які показують, а от показувати самим було дуже складно. Особливістю було те, що негативні переживання показувалися одноманітно, без розрізнення їх. Таке ж саме відбувалося й при демонстрації позитивних емоцій.

Їм було важко встановлювати взаємовідносини один з одним. У роботі у підгрупах, якщо хтось брав на себе ініціативу, інші вибирали позицію

відстороненості, не включення до дискусії та погодження зі всіма словами ініціативного учасника, що свідчить про виражену конформність у поведінці та діях.

У більшості однією з негативних якостей була – «хвора». Ця характеристика увійшла до загально групових списків у всіх підгрупах. І коли дійшло до трансформації негативного переживання що до цієї характеристики у позитивне, у жінок настав ступор. Жодна з хворих на мамологіну онкологію не змогла трансформувати своє негативне переживання. У їхньому уявленні ця характеристика була максимально глобальною та всеохоплюючою – пов'язаною з чимось невиліковним. Але коли таке глобальне негативне переживання зменшили до такого захворювання як ангіна (за пропозицією однієї з жінок), то одразу знайшлося позитивне, у багатьох пов'язане з дитинством, переживання.

У всіх «хвороба» являє собою частину їхнього життя. У «соціальному атомі» ця характеристика хоча й знаходилась на самому останньому місті, проте була над «Я» самої жінки, що свідчить про чільну позицію «хвороби» у житті жінок з мамологіною онкологією. І під час програвання взаємодії між частинами життя кожної з хворих факт, що саме «хвороба» зумовлює всі взаємодії з оточуючими у житті цих жінок - займає керівничу позицію, підтвердився. Це зумовило бурхливі емоції: від сліз до повного нерозуміння того, що відбувається та ступору. Тільки декілька з цих жінок одразу захотіли спробувати щось змінити, щоб самим зайняти позицію керівника власного життя.

Якщо характеристику «хворої», знизивши глобальність хвороби, вдалось трансформувати, то у образі своєї «хвороби» вони не бажали та й не бачили нічного раціонально, функціонального – того, що можна використати позитивно. Проте в цій ситуації на допомогу прийшли інші учасниці колекційної програми – тобто жінкам з мамологічним онкологічним захворюванням легше побачити позитивне у чужому образі «хвороби». Ніж у власному.

Найскладніше було цим жінкам зайняти час свого життя чимось іншим, ніж хворобою, але усім це вдалось, хоча більшість вирішила зайняти себе буденними справами на кшталт: «більше часу приділяти близьким», проте були й такі, що вирішили виконати давню мрію, на втілення якої раніше постійно не вистачало часу.

Що стосується побудови перспектив, то жінкам з мамо логічною онкологією легко будувати ближні перспективи, що ж стосується дальніх, то довше ніж на рік максимум на два роки свого майбутнього вони не бачуть.

В емоційному ж настрої простежується динаміка, якщо на початку переважали негативні тенденції, то наприкінці, як помітили самі жінки, їх настроїв був більш піднятий та позитивний.

В результаті проведення корекційної програми в усіх жінок з мамологічним онкологічним захворюванням були констатовані «образи Я». Мінімальна кількість цих образів складає п'ять, а максимальна сімнадцять. Як і при констатуючому експерименті (Таблиця 3.2.2.) більшість образів – психологічні характеристики, проте практично всі ці характеристики оцінюються або позитивно, або амбівалентно – респонденткам вони і подобаються і не подобаються одночасно. Однак у всіх жінок залишилась функціональна роль «пацієнтки», а образ «хворої» був констатований у 45% респонденток. 15% хворих почали не тільки співвідносити себе з особою жіночої статі, а й в них з'явився образ «жінки», хоча й оцінюють вони його амбівалентно.

У 10% жінок у яких попередньо було констатовано деперсоналізацію – фіксацію на одному образі, та всі ті образи були негативними – з'явилися позитивні «образи Я». А у 20% респондентом з деградацією – відсутністю «Я»-образів було констатовані образи-психологічні характеристики. Проте все ж таки їм й досі потрібна тривала психологічно допомога.

Здебільшого динаміка «образів Я» позитивна, у ній також простежуються надії на майбутнє – образи «борюся за життя», «борюся за майбутнє», а також «та що йде до майбутнього».

Що ж стосується змін у типах особистості (Рис. 3.3.1.), після проведення корекційної програми у 45% жінок з мамологічною онкологією був констатований врівноважений тип, якому характерно вміння дивитися на все з різних кутів зору та вміння конструктивно будувати взаємодію. Емоційно-полярний тип був констатований у 25%, а сумніваючийся у 30% респондентом.

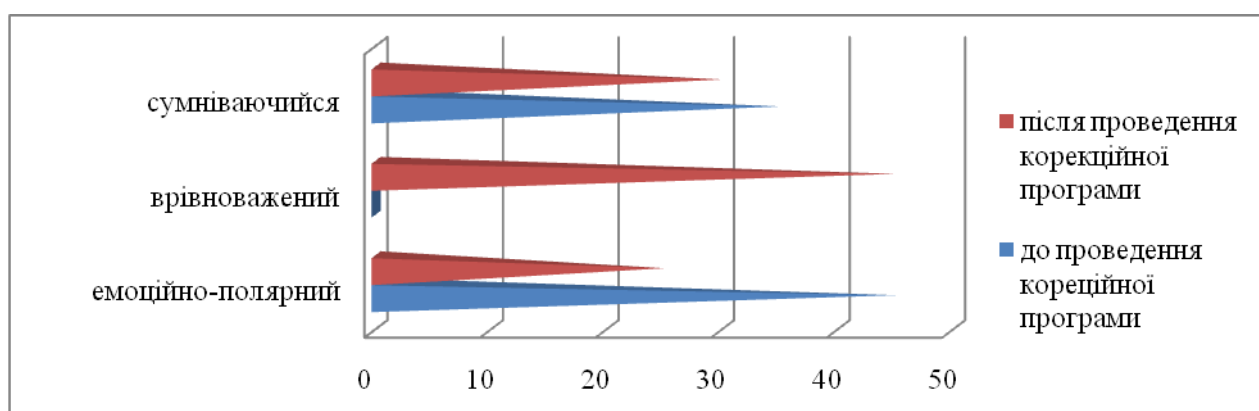


Рис. 3.3.1. Динаміка зміни типу особистості за ступенню врівноваженості

За шкалами самоствалення (Рис. 3.3.2.) у порівнянні з констатуючим експериментом лише у 5% респондентів було виявлену захисну поведінку, яка виражається у бажанні відповідати загально прийнятним нормам, що свідчить про конформність особистості – не бажання виділятися із соціальної маси (високий показник замкненості). А у 25% було констатовано низьку замкненість, яка виражається у критичності до себе та глибинному розумінні себе самого, а також у присутності власної думки у взаємовідносинах з оточуючими.

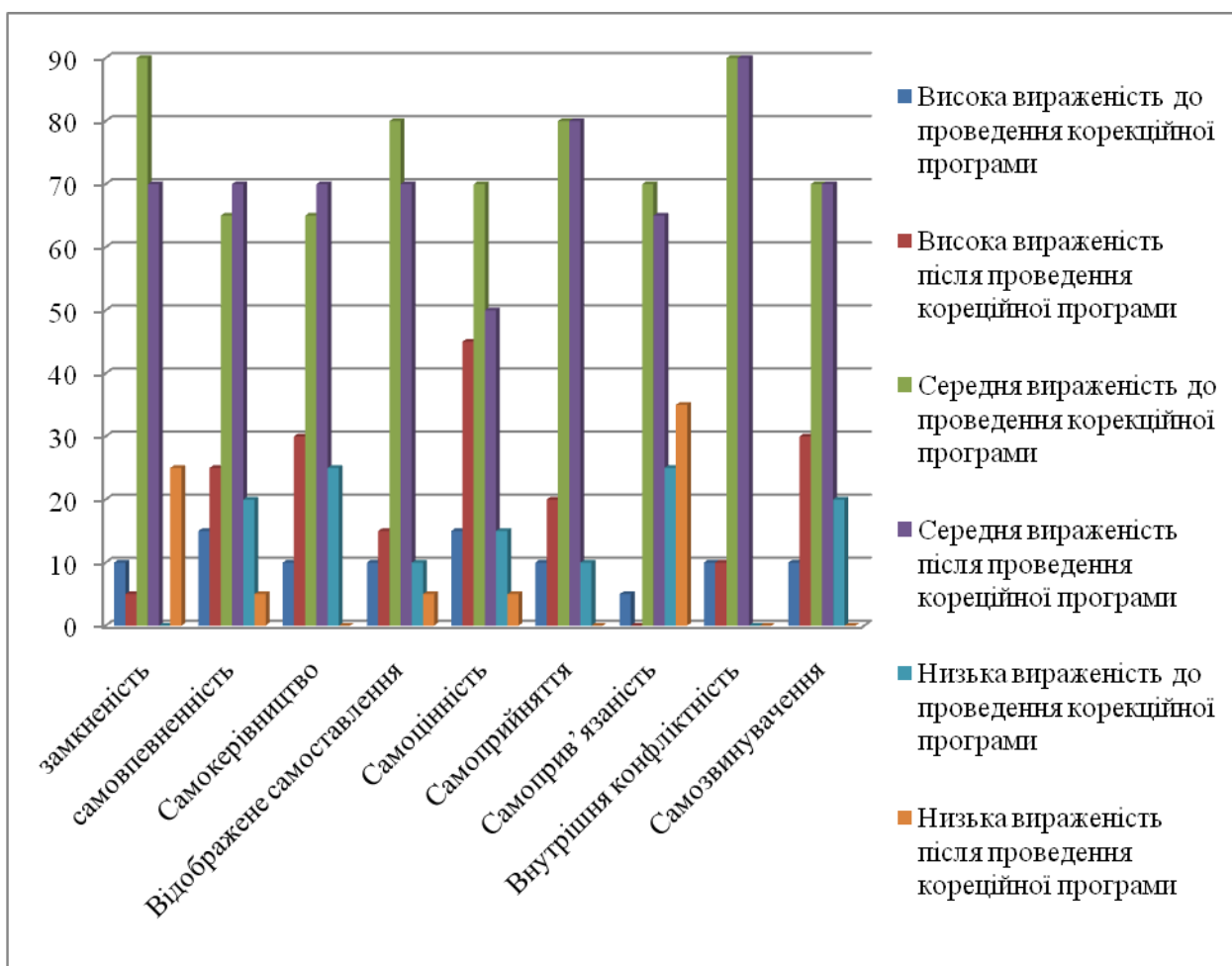


Рис. 3.3.2. Динаміка змін за шкалами самоствавлення жінок з мамологічною онологією

Респонденти стали більш впевненими у своїх силах: 25% мають високий показник самовпевненості, якому характерна мотивація успіху у досягненні мети і тільки 5% залишились невпевненими у собі та своїх можливостях (низька самовпевненість). Проте жодна з респонденток більше повністю не вірять у підвладність власного «Я» зовнішнім обставинам: 70% вважають що тільки у нових для себе ситуаціях та умовах вони схильні підкорятися середовому впливу (середній показник самокерівництва), а 30%, маючи високий показник за цією шкалою, вважають себе здатним чинити опір зовнішньому впливу, та бачать у собі сили до саморозвитку.

За шкалою «відображене самоствавлення» 5% мають низькі показники – ці респонденти вважають, що визивають у оточуючих лише осуд та не чекають від них підтримки. 15%, які мають високі показники за шкалою,

сприймають себе прийнятим оточуючими, та відчувають їх любов та підтримку. А також вважають, що їх цінують за внутрішні якості та вчинки. 70% же вважають, що оточуючі тільки деякі якості та вчинки сприймають позитивно, інші ж, на їхню думку, сприймаються негативно.

Лише 5% сумніваються в унікальності своєї особистості та характеризуються чутливістю до критики на свою адресу і мають низький показник самоцінності. Збільшилась кількість респондентів, які високо оцінюють свої можливості та раціонально сприймають критику що до себе (висока самоцінність) – 45% у порівнянні з 15% за констатуючим експериментом.

Не було констатовано жодного з респондентів у котрих був би загальний негативний фон сприйняття себе. У 80% жінок з мамоонкологією був зафіксований середній показник за шкалою «самоприйняття» - схильність приймати не всі свої гідності, в залежності від ситуації, а 20% сприймають себе у всьому спектрі – знають всі свої достоїнства та недоліки, та позитивно сприймають самого себе (високе самоприйняття). Також жодна з жінок не приймає оточуючий світ, як той, що загрожує самооцінці – що характерно високому рівню за шкалою «самоприв'язаність». Більшість (65%) схильні до зміни лише деяких своїх якостей (середній рівень), а 35% респондентом фіксують високу готовність до зміни уявлень про себе: свою самооцінку, «образи Я», та готовність до пізнання себе самого (низька самоприв'язаність).

У переважної більшості респонденток (90%) був констатований середній показник внутрішньої конфліктності, що свідчить про прив'язаність до ситуації фона самовідношення, сумнівів у собі, незгоди із самим собою: у звичних обставинах спостерігається висока оцінка себе та позитивне само відношення, але у незвичних, несподіваних ситуаціях самооцінка стрімко знижується. 10% же у цілому негативно оцінюють себе та ті обставини у яких знаходяться, мають високі вимоги до себе, а істинним джерелом своїх досягнень

та невдач вважають себе самих (високі показники внутрішньої конфліктності). Такі ж показники за цією шкалою було зафіксовано і на констатуючому експерименті. Що ж стосується показників за шкалою «самозвинувачення»: 70% респондентом, звинувачуючи себе за ті чи інші вчинки та дії, також звинувачують у їх причинності оточуючих (середній показник), а 30% звинувачують тільки себе за свої невдачі, для них характерна установка на самозвинувачення (високі показники за шкалою).

Стосовно динаміки рівня самооцінки (Рис. 3.3.3.), після проведення корекційної програми ми отримали такі данні: 5% респонденток мають дуже високу самооцінку, що може свідчити про неспроможність адекватно оцінювати себе самого, у зв'язку з чим виникає неправильне уявлення про себе, ідеалізований образ своєї особистості і можливостей, а також їм характерне заперечення всього, що може порушити цю самооцінку; адекватну самооцінку (високу та середню), яка характерна впевненим у собі людям, які знають про всі свої достоїнства та недоліки, прагнуть реально дивитися на свої невдачі й успіхи, а також адекватно, раціонально оцінюють свої можливості, та намагаються ставити перед собою досяжні цілі, які можна здійснити на ділі, було констатовано у 65% жінок з мамологічною онкологією; а низьку, яка властива, як правило, не впевненим в собі людям, які не вірять у власні можливості, нездатні реалізувати свої здібності або повністю їх невілюють, знецінюють, часто відчують труднощі під час спілкування, а також не ставлять перед собою важкодосяжних цілей, обмежуються рішенням повсякденних завдань. – у 30% респонденток.

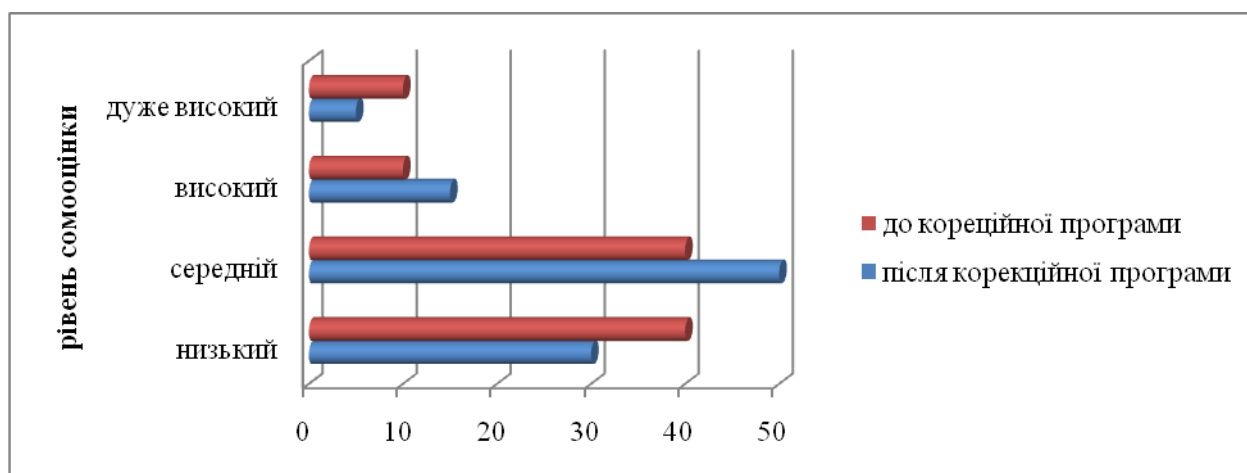


Рис. 3.3.3. Динаміка змін самооцінки жінок з мамологічним онкологічним захворюванням

І хоча у 5 % жінок й залишився не адекватний дуже високий рівень самооцінки, проте якщо до корекційної програми в них не було образів «Я», тобто вони високо оцінювали себе, проте було невідомо кого себе вони оцінюють, то зараз в них було констатовано декілька образів-психологічних характеристик.

Також після проведення формуючого експерименту онкологічно хворих жінок був констатований рівень домагань (Рис. 3.3.4.). 55% респонденток схильні недооцінювати свої можливості та ставити перед собою мету, яка менша за їх можливості – вони мають низький рівень домагань.

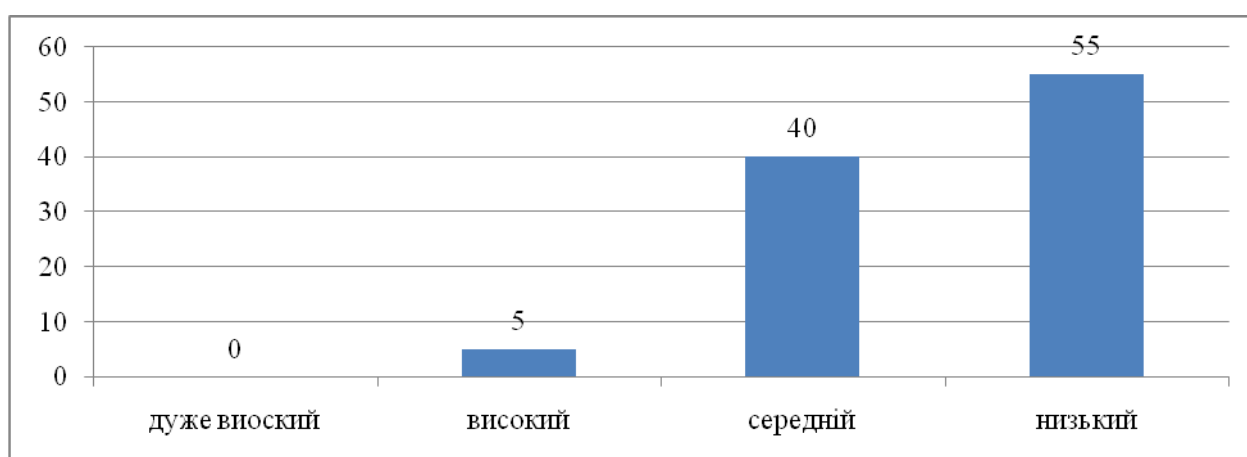


Рис. 3.3.4. Рівень домагань у жінок з мамоонкологією після проведення корекційної програми (у процентному співвідношенні)

У 40% був виявлений середній рівень домагань, що свідчить про реалістичну оцінку своїх можливостей, та встановлення перед

собою адекватної мети. 5% же мають порівняно високий рівень домагань, якому характерна оптимальна оцінка здібностей та можливостей, встановлення мети трішки перевищує здібності за для можливості прагнення до більшого.

У сукупності ж середній та високий рівні складають адекватний рівень домагань, при наявності якого люди відрізняються упевненістю в своїх силах, наполегливістю в досягненні мети, більшою продуктивністю, критичністю в оцінці досягнутого. Дуже високий рівень, якому властива переоцінка власних можливостей не був констатований. Таким чином жінкам з мамологічним онкологічним захворювання все ж таки більше властива недооцінка власних можливостей, про що і свідчить низький рівень домагань у 55% з них.

Висновки до розділу 3

Таким чином жінки з мамологічним онкологічним захворюванням схильні недооцінювати власні здібності та невілювати власні досягнення, а їхнє відношення до себе всеціло прийязане до домінуючої життєвої ситуації.

В цій домінуючій ситуації вони співвідносять себе з хворою. А сама ситуація захворювання стала для них соціально прийнятною – нормою їхнього життя.

«Хвороба» зумовлює весь процес життєтворення хворих жінок. Вона диктує як взаємодіяти з оточуючими, як відноситися до них і до себе, тим саме займаючи керівну позицію у процесі життя.

Самі жінки втратили керівну позицію у своєму житті та вбачають у собі підвладність зовнішнім обставинам, і з такої ролі «підвладності хворобі» організують свою життєдіяльність.

У них привалуючий фон самосприйняття негативний, та оскільки вони не можуть й не бажають говорити про свої негативні переживання, то це призводить до компенсаторного самоствавлення – зовнішнього ставлення до себе краще ніж є насправді за для відсутності жалю та співчуття від оточуючих. Такі жінки стають схильними до конформізму у крайньому його вираженні – схильності бути як усі, не виділятися з маси.

Після проведення корекційної програми у жінок з мамологічним онкологічним захворюванням розширився діапазон самосприйняття – збільшилась кількість «образів Я», самооцінювання змістилось у бік адекватності, з'явилося прагнення до досягнення мети за рахунок активізації можливості бачення життєвих перспектив, й загалом самоствавлення стало позитивнішим.

ВИСНОВКИ

1. Самоставлення є комплексною категорією, бо для опису його змісту використовується багато психологічних понять, найуживанішими з яких є: узагальнена самооцінка, самоставлення та емоційно-ціннісне ставлення до себе.

Найчастіше структура самоставлення характеризується як та, що складається з таких компонентів: позитивне оцінне самоставлення (самоповага), позитивне емоційне самоставлення (аутосимпатія) та негативне само ставлення (сомоприниження).

Серед функцій самоставлення виділяють: самовираження і самореалізації; функція дзеркала; функція збереження внутрішньої стабільності і континуальності «Я»; функція саморегуляції та самоконтролю; функція психологічного захисту; та інтракомунікаційна функція.

Формування гендерних відмінностей самоставлення зумовлено впливом гендерних стереотипів, які засвоюються завдяки соціальним інститутам ще у дитинстві. Таким чином у жінок, порівняно з чоловіками, формуються специфічні характеристики самоставлення, провідний характер яких змінюється з віком.

2. Мамологічне онкологічне захворювання є найчастішим «органічним» захворювання серед жінок у світі. Й по відношенню до свого онкозахворювання вони проходить декілька стадій (які характерні до онкозахворювання будь-якої локалізації): спочатку заперечують факт захворювання; потім виникають агресивні і аутоагресивні тенденції; згодом настає прийняття ситуації захворювання; потім проявляється песимізм та невілювання власних можливостей; і останнє – примирення із ситуацією та апатичний настрій.

Однією з реакцій на діагноз є алекситимія, яка виражається у труднощах ідентифікації й вираженні власних почуттів: проблеми у спілкуванні та формуванні дружніх зв'язків, неспроможності

розуміння причини події; нездатності приймати підтримку у важких ситуаціях; редукованої здатності виявляти агресію чи опиратися їй; відсутності уявлень про засоби захисту від агресії; фіксації на перешкодах.

3. В ситуації мамологічного онкологічного захворювання жінки переживають відчуття роздвоєності. З одного боку, потрібно пройти через важке лікування, але залишитися жити, незважаючи на жодні наслідки для роботи та сімейного життя, а з іншого — неможливо змиритися з операцією, яка перетворює жінку на «нежіночну». Тому саме страх втратити одну з вторинних статевих ознак настільки великий, що деякі з жінок відмовляються від лікування, бо вважають, що стануть неповноцінними та ущербними. А постійне їхнє знаходження у стресовій ситуації незмінно призводить до значних змін у психічних та соціальних сферах таких жінок.

4. Жінки з мамологічним онкологічним захворюванням мають невеликі за обсягом уявлення про себе, про свої ролі, якості та характеристики. А оцінювання наявних «образів Я» переважно негативне, що свідчить про негативний фон самоприйняття, на фоні якого відбувається невілювання можливостей, здобутків та вмінь.

5. Вони сприймають себе як не жіночну, не здатну привернути увагу протилежної статі. Для них бути жінкою – це лише відповідати образу жінки зовнішньо й невілювання внутрішніх якостей. Як результат – відсутність «Я»-образу жінки у всіх жінок з мамологічною онкологією.

6. Усі жінки співвідносять себе з «хворою». Сама ж хвороба займає в їхньому житті керівничу позицію, обумовлюючи взаємовідносини у всіх сферах життя цих жінок. Тобто, якщо посилатися на функціональну модель «Я живу своє життя в цьому світі», «хвороба живе» жінок з мамологічною онкологією. Також в ситуації мамологічного онкологічного захворювання жінки вважають себе підвладними зовнішнім обставинам таким чином не беручи на себе відповідальність за власне життя. Такі

данні в сукупності свідчить про повну втрату ними керівничої позиції у власному житті.

7. Ставлення до самого себе у цих жінок зумовлене домінуючою ситуацією життя. Також воно має вибірковий характер, тобто якості, характеристик та вчинки які описують позитивні «образи Я» є прийнятними для них, а ті, що описують негативні образи є не прийнятними й часто невілюються. Вони схильні лише зовнішньо демонструвати благополуччя задля відсутності співчуття та жалю від оточуючи, яке сприймається ними негативно. Самі ж показники за шкалами самоствавлення були констатовані завищенні, що свідчить про його компенсаторний характер й про те, що ситуація захворювання являє собою норму життя жінок з мамологічним онкологічним захворюванням та є соціально прийнятною.

8. За результатами дослідження була сформована схема чинникової залежності самоствавлення, яка включає до себе такі чинники: емоційна стабільність (самооцінювання: адекватне, не адекватне), адекватність самосприйняття («Я»-образ: компенсаторний, не деформований) та адекватність поведінкових патернів (позиція у власному житті, бачення перспектив майбутнього). На корекції цих чинників була побудована наша корекційна програма. В результаті проведення фон самосприйняття жінок в ситуації мамологічного онкологічного захворювання став більш позитивним, розширився діапазон «Я»-образів, жінки стали більш впевненими у собі, спрямованими на зміни, почали ставити перед собою короткострокові цілі, що свідчить про ефективність корекційної програми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айзенк Г. Рак, личность и белки: пер. с англ. / Г. Айзенк – М.: Когито-центр, 1994. – 210с.
2. Андреева Е.Н. Самоотношение как структурно-динамическая система / Е.Н. Андреева // Психология XXI века: Тезисы Международной межвузовской научно-практической конференции студентов и аспирантов. / Под ред. А.А. Крылова. – СПб.: СПбГУ, 2002 (апрель). – С. 122-124.
3. Андреева Е.Н. Самоотношение и проблемные переживания в подростковом возрасте / Е.Н. Андреева // Материалы 13-й Международной конференции молодых ученых «Человек. Природа. Общество. Актуальные проблемы». – СПб.: СПбГУ, 2002. – С. 282-286.
4. Андреева Е.Н. Функционирование самоотношения подростков в режиме Эго-защиты. / Е.Н. Андреева // Психология XXI века: Материалы Международной межвузовской научно-практической конференции студентов и аспирантов. / Под ред. В.Б. Чеснокова. – СПб.: СПбГУ, 2003. – С. 119-121.
5. Андреева Е.Н. Противоречия в самоотношении как фактор проблемной нагруженности / Е.Н. Андреева // Вестник Российского психологического общества. Материалы III Всероссийского съезда психологов. – СПб.: СПбГУ, 2003. – С. 134-138.
6. Асеев А.В. Качество жизни женщин, больных раком молочной железы и меланомой кожи: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук. / А.В. Асеев – СПб., 1998. – 30 с.
7. Бажин Е.Ф. Медико-психологические проблемы онкологической клиники / Е.Ф. Бажин // Психология и медицина. – М.: Медицина, 1978. – С. 219-225.
8. Бернс Р. Психология самосознания. Хрестоматия / Р. Бернс – Самара: Бахрах-М, 2003. – С. 174-207.
9. Бернс Р. Развитие «Я-концепции» и воспитание / Р. Бернс – М.: Прогресс, 1986. – 340 с.
10. Бернс Р. Я-концепция и Я-образы. Самосознание и защитные механизмы личности / Р. Бернс / Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара.: ИДА, 2000. – 420 с.

11. Бехер О. А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук. / О.А. Бехер – Томск, 2007. – 24 с.
12. Братусь Б.С. Соотношение структуры самооценки и целевой регуляции деятельности в норме и при аномалии развития / Б.С. Братусь, В.Н. Павленко // Вопросы психологии. – 1986. – № 4. – С. 146 – 154.
13. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: пер. с нем. / Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 376 с.
14. Былкина Н.Д. Соотношение самооценки и уровня притязаний в норме и при психосоматической патологии: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. псих. наук. / Н.Д. Былкина – М., 1995. – 34 с.
15. Гайфулин А.В. Различные теоретические подходы в определении понятия самооценки / А.В. Гайфулина // Журнал: Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2009. – №1. – С. 67-71.
16. Галкина Е.А. Особенности самоотношения и иррациональные убеждения подростков: автореф. диплома на соискание науч. степени магистра псих. наук. / Е.А. Галкина – СПб., 2011. – 10 с.
17. Гатько Є. Захворювання молочної залози, профілактика та рання діагностика / Є. Гатько – Ужгород: Медицина, 2000 – 129с.
18. Гнездилов А. В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой / А.В. Гнездилов – СПб.: Речь, 2002. – 162 с.
19. Горбатих В.В. Індивідуальні особливості самоставлення дітей старшого дошкільного віку / В.В. Горбатих // Проблеми сучасної психології. – 2011. – №13. – С. 39-48.
20. Гройсман А.Л. Клиническая психология, психосоматика и психопрофилактика. Монография / А.Л. Гройсман – М.: Наука, 2002. – 462 с.
21. Гущина Т.Ю. Особенности становления самоотношения в студенческом возрасте / Т.Ю. Гущина // Вопросы психологии. – 2009. – №3. – С. 53-59.

22. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель – М.: Медицина, 2005. – 268 с.
23. Джеймс У. Научные основы психологии / У. Джеймс – Минск.: «Харвест», 2003. – 329 с.
24. Досталова О. Как сопротивляться раку: пер. с англ. / О. Досталова – СПб.: Питер, 1994. – 176 с.
25. Демин А.Н. Особенности переживания личностью кризисов своей занятости / А.Н. Демина // Вопросы психологии. – 2006. – № 3. – С. 87-96.
26. Елисеев Ю.Ю. Психосоматические заболевания. Справочник / Ю.Ю. Елисеев – М.: Наука, 2005. – 340 с.
27. Захарова А.В. Психология формирования самооценки / А.В. Захарова – Минск: Ураджай, 1993. – 40 с.
28. Запорожан В. М. Комплексне лікування хворих на рак молочної залози з психосо матичними розладами / В.М. Запорожан, С.Г. Бугайцев // Клінічна практика. – 1999. – № 5 (55). – С. 244-249.
29. Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. психол. наук. / М.Г. Ивашкина – М., 1998. – 28 с.
30. Исханов Р.Ф. Психолог в здравоохранении: вопросы диагностики, коррекции и супервизии. / Исханов Р.Ф., Исаева О.С., Мельченко Н.И. – Самара: Изд-во СамГПУ, 1999. – 189 с.
31. Камінська О.В. Гендерні особливості формування само ставлення в юнацькому віці: автореф. дис. на здобуття науч. ступеню канд. псих. наук. / О.В. Камінська – К., 2008. – 32 с.
32. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский – СПб.: Питер, 2010. – 864 с.
33. Кацero А.А. Основные направления и подходы в исследовании сомоотношения как личностного образования / А.А. Кацero // Вопросы психологии. – 2008. – № 5. – С. 102-108.

34. Кельнер М.С. Психосоматика: Истоки и эволюция концепций. Методология и теоретические проблемы медицины / М.С. Кельнер – М.: Наука, 1987. – 408 с.
35. Клецина И.С. Гендерная социализация / И.С. Клецина – СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена, 1998. – 92 с.
36. Колышко А.М. Психология самоотношения / А.М. Колышко – Гродно: ГрГУ, 2004. – 102 с.
37. Кон И.С. Открытие «Я» / И.С. Кон – М.: Политиздат, 1978. – 367 с.
38. Кон И.С. В поисках себя: Личность и её самосознание / И.С. Кон – М.: Политиздат, 1984. – 335 с.
39. Коновальчук И.С. Развитие отношения к себе как субъекту учебной деятельности в младшем школьном возрасте / И.С. Коновальчук: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. псих. наук. / И.С. Коновальчук – К., 1992. – 25с.
40. Константинова М.М. Адьювантная терапия рака молочной железы: оценка экономической эффективности применения летрозолола (Фемара) в ранней адьювантной терапии в Российской Федерации / Константинова М.М., Белоусов Ю.Б., Белоусов Д.Ю. // Независимое издание для практикующих врачей. – 2001. – № 2. – С 88-105.
41. Корнеева Е.В. Гендерные особенности самоотношения в юношеском возрасте / Е.В. Корнеева, О.В. Сысоева // Психология телесности: теоретические и практические исследования. – 2011. – № 4. – С. 243-246.
42. Косырев В.Н. Клиническая психология: Учеб.-метод, комплекс для преподавателей и студентов факультетов психологии / В.Н. Косырев –Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г. Р. Державина, 2003. – 451 с.
43. Кочеткова Т.Н. Специфика видов самоотношения личности в зависимости от выраженности эмоциональных и когнитивных компонентов: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. психол. наук. / Т.Н. Кочеткова – Хабаровск, 2007. – 20 с.
44. Кулаков С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.

45. Куперсмит С. Предпосылки самооценки / С. Куперсмит – М.: Наука, 1999. – 120 с.
46. Курцин И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины / И.Т. Курцин – М.: Политиздат, 1973. – 334 с.
47. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании: пер. с англ. / Э. Кюблер-Росс –К.: София, 2001. – 320 с.
48. Лакан Ж. Стадия зеркала как образующая функцию Я / Ж. Лакан – М.: ЧеРо, 2000. – 110 с.
49. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы и эмоции / А.Н.Леонтьев – М.: ЧеРо, 2002. – 60с.
50. Лешан Л. Рак и путь к выздоровлению: пер. с англ. / Л Лешан // Альманах «Искусство побеждать». – 1996. - № 3. – С. 43-53.
51. Марилов В.В. Клиническая психопатология / В. В. Марилов, Т. Ю. Марилова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. – 608 с.
52. Мельник С.Н. Психология личности / С.Н. Мельник – Владивосток: ТИДОТ ДВГУ, 2004. – 96 с.
53. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич – СПб.: МЕДпресс, 2001. – 592 с.
54. Менегетти А. Психосоматика. Практическое пособие / А. Менегетти – М.: Наука, 2004. – 420 с.
55. Молчанова О.Н. Самооценка: Теоретические проблемы и эмпирические исследования / О.Н. Молчанова – М.: Флинта, 2010. – 460 с.
56. Москвитина С.А. Особенности личности больных раком молочной железы / С.А. Москвитина // Журнал «Alma mater» (Вестник высшей школы). – 2012. – Специальный выпуск «Премия Менегетти – 2012». – С. 32-41.
57. Мясищев В.Н. Психология отношений: Избранные психологические труды / В.Н. Мясищев / Под ред. А.А. Бодалева. – Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 356 с.

58. Николаева В.В. О роли трудовой установки в реабилитации больных раком молочной железы / Николаева В.В., Шубин Б.М., Кошуг Н.Г. // Вопросы онкологии. – 1985. – № 1. – С. 97–101.
59. Пантилеев С. Р. Самоотношение как эмоционально-оценочная система / С.Р. Пантилеев – М.: Наука, 1991. – 100 с.
60. Пантилеев С.Р. Самоотношение / С.Р. Пантилеев // Психология самосознания. Хрестоматия / Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: БАХРАХ - М, 2000. – С. 208-242.
61. Пантилеев С. Р. Структура самоотношения как эмоционально-оценочной системы: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. психол. наук. / С.Р. Пантилеев – М., 1988. – 18 с.
62. Петролюк З.Б. Психологічні особливості жінок хворих на рак молочної залози / З.Б. Петролюк // Онкологія. – 2007. – № 7. – С.108-112
63. Реабилитация онкологических больных / Под ред. В. Н. Герасименко. – М.: Медицина, 1988. – 270 с.
64. Розенберг М. Общество и образ-Я в юношеском возрасте / М. Розенберг – М.: Наука, 1985. – 240 с.
65. Родевидж К. Психосоматические аспекты гипертиреоза с особым акцентом на Базедовой болезни / К. Родевидж // Проблемы эндокринологии. – 1993. - № 4. – С. 71-73.
66. Роджерс К. Клиенто-центрированная терапия / К. Роджерс – К.: Ваклер, 1997. – 320 с.
67. Саймонто К. Возвращение к здоровью: Новый взгляд на тяжелые болезни: пер. с англ. / К. Саймонто, С. Саймонто – СПб.: Питер, 2000. – 300 с.
68. Саймонто К. Психотерапия рака / К. Саймонто, С. Саймонто – СПб.: Питер, 2011. – 260с.
69. Самосознание и защитные механизмы личности / Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: БАХРАХ - М, 2000. – 656 с.
70. Сарджвеладзе Н.И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой / Н.И. Сарджвеладзе – Тбилиси: «Мецниереба», 1989. – 206 с.

71. Сарджвеладзе Н.И. Самоотношение личности / Н.И. Сарджвеладзе // Психология самосознания. Хрестоматия / Под ред. Д.Я. Райгородского. – Самара: БАХРАХ - М, 2000. – С.174-208.
72. Сарджвеладзе Н.И. Структура самоотношения личности и социогенные потребности. Проблемы формирования социогенных потребностей / Н.И. Сарджвеладзе – Тбилиси: «Мицниереба», 1974. – 176 с.
73. Семиченко В.А. Психология личности / В.А Семиченко – К.: Магистр, 2000. – 426 с.
74. Симаева И.Н. Особенности психологической поддержки женщин, перенесших операцию по поводу рака молочной железы, в условиях малого города / И.Н.Симаева, И.Г. Ецина // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. – 2010. – № 5. – С. 34-38.
75. Скачко Б.Г. Рак / Б.Г. Скачко – К.: Медицина, 2006. – 160 с.
76. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова – М.: МГУ, 1989. – 215 с.
77. Терра Т.К., Динамика удовлетворенности жизнью, самоотношения и самоактуализации / Т.К. Терра // Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения – 2008» / Под ред. Л.А. Цветковой, Н.С. Хрусталёвой. – СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 2008. – С.740-742
78. Терра Т.К. Самоотношение и мотивация мужчин в период ранней взрослости / Т.К. Терра // Материалы международной межвузовской научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых специалистов «Психология XXI века» 19-21 апреля 2007 года, Санкт-Петербург / Под ред. В.Б.Чеснокова. – СПб.: Изд-во С.-Петербургского университета, 2007. – С.306-308.
79. Терра Т.К. Самоотношение и удовлетворённость жизнью у мужчин в период ранней взрослости: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. псих. наук. / Т.К. Терра. – Санкт-Петербург, 2010. – 25 с.
80. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская – М.: Наука, 1996. – 384 с.

81. Торчинская Е.Е. Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу / Е.Е. Торчинская // Психологический журнал. – 2001. – № 2. – С. 27-35.
82. Узнадзе Д.М. Психология установки / Д.М. Узнадзе – СПб.: Питер, 2001. – 416 с.
83. Франц А. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение : пер. с англ. / А. Франц / Под. ред. С.Ф. Могилевского. – М.: Эксмо-Пресс, 2002. – 352 с.
84. Фрейджер Р. Уильям Джеймс и психология сознания / Р. Фрейджер, Дж. Фрейдимен – СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. – 123 с.
85. Чеснокова И.И. Психологическое исследование самосознания / И.И. Чеснокова // Вопросы психологии. 1984. - №5. – С. 30-35.
86. Чеснокова И.И. Проблемы самосознания в психологии / И.И. Чеснокова – М.: Наука, 1977. –144 с.
87. Чеснокова И.И. Особенности развития самосознания в онтогенезе / И.И. Чеснокова – М.: Наука, 1978. – 335 с.
88. Шарай Т.П. Изменение самоотношения личности у женщин в результате многомерного психологического воздействия: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. псих. наук. / Т.П. Шарай – Казань, 2005. – 35с.
89. Шарова О.Н. Особенности психических расстройств у женщин после радикального лечения рака молочной железы и формирование при них механизмов психологической защиты: автореф. дис. на соискание науч. степени канд. мед. наук. / О.Н. Шарова. – Челябинск, 2000. – 23 с.
90. Яворська Т.П. Особливості психоемоційного стану онкологічних пацієнтів, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми / Т.П. Яворська // Медична психологія, 2012. – №2. – С. 88-94.
91. Crooke P.J., Winner M.G. I'm Doing Social Thinking - But Where Is The Evidence? [Електронний ресурс] / P.J. Crooke, M.G. Winner. – Режим доступу: <https://www.socialthinking.com/Articles?name=Im%20Doing%20Social%20Thinking%20but%20Where%20is%20the%20Evidence>

92. Boszormenyi-Nagy I. Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy / I. Boszormenyi-Nagy, G. Spark. – New York, 1984. – 408 p.
93. Bruner, J. S. (1991). The narrative construction of reality II *Critical Inquiry*, 18(1), 1-21
94. Cattell R. The Inheritance of Personality and Ability Research. Methods and Findings. NY. London: Academic Press. 1982.
95. Csikszentmihalyi, Mihaly (1996). Creativity : Flow and the Psychology of Discovery and Invention. New York: Harper Perennial
96. Dattilio F. (2001) Cognitivebehavior family therapy: contemporary myths and misconceptions II *Contemporary Family Therapy* , 23(1)

ДОДАТКИ

Корекційна програма

Заняття 1.

Мета: Формування не деформованого образу «Я»

Завдання:

1. Зняття труднощів в ідентифікації і вираження власних почуттів та емоційних переживань;
2. Доведення до усвідомлення залежності оцінки особистісної характеристики від ситуації.

Загальний час проведення: 180 хвилин або 3 години.

Знайомство (15 хвилин).

Мета: Зняття психологічних бар'єрів, що виникають під час спілкування.

Використовуваний матеріал: м'яч.

Завдання: Сісти в коло. Одному з учасників дається м'яч, за допомогою якого він може «познайомитися» з будь-яким з кола. На першому етапі учасники передають один одному м'яч, називаючи своє ім'я. На другому етапі учасники, передаючи м'яч, називають ім'я того, кому потрапляє м'яч. На третьому етапі учасник, кидаючи м'яч кому йому хочеться, говорить про те, які відчуття викликає у нього ця людина. Дана гра проводиться на початку формування групи, і дозволяє долати "дистанцію" між учасниками тренінгу, допомагаючи їм швидше дізнатися один одного, вступити в спілкування.

Вправа 1. «Крокодил»(25 хвилин).

Мета: Навчитися ідентифікувати і розрізняти почуття та емоції.

Використовуваний матеріал: карточки з назвами почуттів та емоцій.

Завдання: Один з учасників бере карточку та показує вказану на ній емоцію. Група повинна відгадати демонстровану емоцію. Хто вгадав – той демонструє наступний. Головне, щоб кожний учасник побував у ролі демонструючого.

Вправа 2. «Карти» (30 хвилин).

Мета: Навчитися ідентифікувати власні емоційні переживання.

Використовуваний матеріал: проєктивні карти.

Завдання: Кожен з учасників з колоди вибирає карту, яка йому подобається. А потім кожен відповідає на запитання: чому сам ця карта; які позитивні переживання вона викликає саме у вас ; чи є місце цим переживанням у вашому житті.

Вправа 3. «Зміна декорацій» (60 хвилин).

Мета: Навчитися трансформувати власні переживання.

Завдання: Кожен з учасників повинен написати п'ять своїх позитивних і п'ять негативних якостей. Потім учасники розділяються на підгрупи по п'ять чоловік та створюють загально груповий список позитивних та негативних якостей, при умові, що усіма учасниками групи будуть прийняті характеристики зі списків. Після виконання цього завдання учасникам у підгрупах пропонується до кожної характеристики, якості прописати у якій ситуації ця позитивна характеристика може бути негативною, а негативна характеристика – позитивною. Бо в залежності від ситуації переживання стосовно тієї чи іншої характеристики можуть бути різними. Після виконання підгрупи оголошують свої списки та трансформації характеристик у залежності від ситуації, також оголошують ті характеристики з якими було най складніше. Якщо знайшлись характеристики, які підгрупа не змогла трансформувати, то вся група допомагає у цьому процесі.

Вправа 4. «Екскурс в минуле» (30 хвилин).

Мета: Закріплення на основі власного досвіду трансформування емоційних переживань.

Завдання: У форму групового обговорення, учасникам пропонується згадати з власного минулого ситуації емоційне переживання до котрих з часом змінилося, і на фоні чого відбулася ця трансформація.

Рефлексія (20 хвилин): що відчували, коли виконували завдання; з якими труднощами зіткнулися; що на вашу думку у вправах у вас вийшло добре.

Домашнє завдання – трансформувати позитивні та негативні якості з власних списків.

Заняття 2.

Мета: Доведення до усвідомлення хворих керівної ролі хвороби в їх життєтворенні.

Завдання:

1. Розкриття власної позиції у житті;
2. Доведення до усвідомлення позицій тих, хто являє собою частину життя.

Загальний час проведення: 190 хвилин або 3 години 10 хвилин.

Збір домашнього завдання (20 хвилин) – учасникам пропонується прочитати те, я вони трансформували свої якості; розповісти про труднощі, якщо з такими зіткнулися, та про почуття які супроводжували виконання завдання.

Вправа 1. «Соціальний атом №1» (30 хвилин).

Мета: Визначення розстановки пріоритетів у власному житті.

Завдання: Учасникам повинні продумати та прописати перелік тих, хто входить до їхнього життя – являє собою частину цього життя. Потім на аркуші паперу намалювати кілька концентричних кіл із загальним центром. Центр - це людина, яка малює. На інших окружностях потрібно розмістити в порядку пріоритетності «частину власного життя». Потім учасникам пропонується знайти собі партнера і розкати, про свій соціальний атом. Партнери задають уточнюючі питання один одному. У процесі роботи над своїм соціальним атомом вони мають можливість подивитися як би «зі сторони» на структуру свого соціального атома. Рекомендації: Зверніть увагу на те, як жінки розташовують інших людей щодо себе. Якщо їх «Я» знаходиться під усіма іншими, значить, вона ставить себе на останнє місце у відносинах. Якщо ж всі інші нижче, значить, навпаки, її інтереси для неї понад усе.

Вправа 2. «Соціальний атом №2» (30 хвилин).

Мета: Визначення позиційності частин власного життя

Використовуваний матеріал: планшети, камінці.

Завдання: Кожен на основі асоціативного принципу повинен підбирати предмети (камінці), які символічно могли представити його самого і та кожного з частин його життя в соціальному атомі з. Кожна з фігур (камінців)

розташовувалася ближче або далі по відношенню до фігури (камінця), що символізує саму учасника в залежності від позиції фігури у житті. Потім кожному з учасників пропонується побудувати власною картиною і розповісти про свої почуття; як давно у цієї картини ці почуття; як так сталося, що ці почуття з'явилися. А потім зі своєї власної ролі пропонується розповісти, що він відчуває що до свого соціального атому.

Вправа 3. «Розстановки» (60 хвилин).

Мета: Розкриття взаємовідносин між частинами життя людини.

Завдання: Учасникам пропонується методом розстановки програти взаємовідносини між частинами власного.

Вправа 4. «Бажана перспектива» (30 хвилин).

Мета: Побудова перспективи взаємовідносин.

Використовуваний матеріал: планшети, камінці.

Завдання. Учасникам на основі соціального атому пропонується побудувати модель бажаних взаємовідносин. Потім продемонструвати групі та відповісти на питання: що саме ви будете робити, щоб досягти бажаного (відповідь записати).

Рефлексія (20 хвилин): що відчували протягом заняття; що для себе і про себе стало зрозуміло.

Домашнє завдання: виконати хоча б один з пунктів досягнення бажаного.

Заняття 3.

Мета: Побудова життєвих перспектив.

Завдання:

1. Розкриття ресурсів;
2. Доведення до усвідомлення наявності перспективи майбутнього.

Загальний час проведення: 200 хвилин або 3 години 20 хвилин.

Вправа 1. «Нове кодування» (40 хвилин).

Мета: Перефункціоналізація образу хвороби у ресурс.

Використовуваний матеріал: листи паперу, олівці, фломастери.

Завдання: Учасникам пропонується намалювати образ власної «хвороби» та «себе з цією хворобою». Потім кожному пропонується прописати позитивні сторони образу хвороби – тобто як цей образ можливо позитивно використовувати. Після виконання малюнки та способи використання оголошуються. Якщо хтось не зміг придумати, то група йому допомагає.

Вправа 2. «Зайняті руки» (60 хвилин).

Мета: Трансформація звичного способу дії.

Завдання: Кожному з учасників пропонується уявити що у їхніх руках той образ їхньої хвороби, цей образ заміняє предмет (наприклад руча чи олівець). Цей предмет тримається кінчиками пальців. Руки знаходяться перед собою. Учасники повинні концентруватися із закритими очами на образі у долонях. Потім за командою тренера учасники повинні випустити предмет із рук. В цей момент учасники відчують порожнечу у долонях. І ім. дається завдання: чим ви можете, хочете зайняти долоні, якщо не хворобою?; та що особисто ви зробите, щоб досягти бажаного? Відповідь потрібно прописати, а потім оголосити групі.

Вправа 3. «План мого майбутнього» (40 хвилин).

Мета: Створення дальніх та ближніх перспектив.

Завдання: Давайте спробуємо побудувати картину майбутнього. Зараз кожен повинен визначити свою мету на 2 роки вперед. Запишіть цю мету у себе в зошитах. Запитання алгоритму можуть бути питання про ваші досягнення, про перспективи і т. п. Головне, щоб ви змогли намалювати дійсно бажану для вас картину майбутнього через 2 років. Запишіть це в зошиті.

Тепер визначте, що ви повинні зробити протягом кожного з цих 2 років, щоб досягти цієї мети. Тепер вирішите, що повинно бути зроблено протягом найближчого 1-ого місяця для того, щоб ви могли просунутися до мети - я роздам вам ці чудові картки для того, щоб ви написали на них свій девіз. Тепер ті, хто може показати свій девіз всім іншим, вставлять його в свій бейдж. Якщо девіз дуже особистий, його, звичайно, можна нікому не показувати. Давайте встанемо, походимо по кімнаті, вчитаємось в девізи інших.

Сподіваюся, ці девізи допоможуть нам мотивувати себе протягом найближчих 3 місяців. Картку найкраще носити з собою в кишені. Діставайте її всякий раз, коли будете почувати себе розгубленим, збентеженим, які втратили мету. Через місяць потрібно буде сформулювати новий девіз, і потім повторювати це через кожний місяць. В кінці року зіставте отриманий результат з вашою метою на рік. Якщо мета буде досягнута, заохотите себе. Подаруйте себе чимось, що ви цінуєте, у чому давно відмовляєте собі, те, що ви любите. Потім уточніть мета на наступний рік і дійте і далі. Якщо мета не досягнута, все одно заохотите себе, бо ви боролися, але поки у вас не вийшло. Після цього уточніть свою мету на наступний рік і прийміть на себе певні зобов'язання, що передбачають деякі позбавлення в тому випадку, якщо мета не буде досягнута і в наступному році. Перше, що ви можете зробити, - це повідомити якомога більшій кількості людей про свій намір домогтися поставленої мети. На карту буде поставлено ваше ім'я. Якщо самолюбство не є однією з ваших головних рис, ви можете вибрати інший шлях. Складіть контракт, який передбачав би визначення матеріальні позбавлення у разі, якщо поставлена ціль не буде вами досягнута.

Вправа 4. «Образ себе» (40 хвилин).

Мета: Наочно продемонструвати особистісний розвиток.

Завдання: Кожному з учасників із фольги пропонується зробити образи: яким я був на початку занять та який я тепер, та представити їх групі.

Рефлексія (20 хвилин) – які висновки для себе зробили; з яким настроєм закінчуєте роботу.