

УДК 159.9:616-056.3.

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2026.27.11>

ВТРАТА СОЦІАЛЬНОГО СТАТУСУ ОНКОПАЦІЄНТОМ ЯК ПСИХОТРАВМА: ПЕРЕДУМОВИ, ПРЕДИКТОРИ І СТРАТЕГІЇ ПОДОЛАННЯ

Наталія Лапшова

Донецький національний університет імені Василя Стуса

вул. 600-річчя, 21, м. Вінниця, Україна, 21000,

<https://orcid.org/0000-0002-2326-9008>

e-mail: natalialiam@gmail.com

У статті здійснено теоретико-аналітичне осмислення феномену втрати соціального статусу онкопацієнтом як специфічної форми психотравматичного досвіду, що формується під впливом медичного діагнозу, соціальної стигматизації та вимушеної трансформації життєвих ролей. Доведено, що онкологічне захворювання порушує не лише фізичне функціонування особистості, а й її соціальну ідентичність, професійну реалізацію, економічну стабільність і систему міжособистісних зв'язків. Зниження або втрата соціального статусу супроводжується переживаннями сорому, провини, безпорадності, соціальної ізоляції, зменшенням самоцінності та формуванням стійкого психотравматичного комплексу.

Проаналізовано передумови й психологічні предиктори інтенсивного переживання статусних втрат, зокрема ригідність «Я-концепції», гіперідентифікацію з професійною роллю, зовнішній локус контролю, дефіцит соціальної підтримки та наявність попереднього травматичного досвіду. Обґрунтовано взаємозв'язок між тривалими несприятливими соціально-економічними умовами, хронічним стресом і підвищенням соматичної вразливості як можливим чинником ризику розвитку онкопатології. Акцентовано, що наслідки війни, масова втрата роботи, вимушене переселення та руйнування соціальних зв'язків посилюють кумулятивний стресовий вплив і потребують системних профілактичних рішень.

Окреслено стратегії психологічного супроводу, спрямовані на подолання самостигматизації, відновлення суб'єктності, розширення рольової ідентичності та підтримку соціальної реінтеграції після лікування. Підкреслено значення міждисциплінарного підходу та інтеграції програм відновлення соціального статусу до стандартів онкологічної допомоги.

Ключові слова: соціальний статус, реабілітація онкохворих, психологічний супровід, стигматизація, психологічна травма.

Постановка проблеми. Дослідження психотравмуючих подій як джерела виключно негативних для особистості наслідків не відповідають вимогам сучасної ситуації перманентних соціальних, економічних, геополітичних криз і конфліктів, коли потенційно травматичні ситуації є неминучою частиною життя окремих осіб і соціальних груп. Це зумовлює необхідність пошуку способів реалізації конструктивних і розвивальних потенціалів кризових і травматичних ситуацій, одним із яких є ресурсний підхід [1].

На сьогодні необхідність доповнення медичної допомоги психологічними заходами в онкологічній практиці є практично затребуваною. Поширеність психічних розладів та широкий спектр дезадаптивних психологічних реакцій серед пацієнтів з онкологією зумовлює необхідність корекції психоемоційної, когнітивної та поведінкової сфери їх життєдіяльності [2]. Фізіологічні порушення, складний процес лікування, комплекс

© Наталія Лапшова, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу (CC BY 4.0)



ISSN 2522-1876 (Print), ISSN 2663-4465 (Online)

психологічних змін, що супроводжують травмуючий досвід онкологічного захворювання серед інших наслідків призводять до втрати пацієнтом соціального статусу або до часткового руйнування статусу. Наші дослідження вказують на те, що соціальний статус великою мірою визначається кількістю та характером зв'язків особистості в рамках референтних для неї малих груп (робочий колектив, друзі за інтересами, домашні тощо) та відповідним положення і зв'язками у великих соціальних групах [1].

Огляд літератури. Враховуючи, що прогресування онкопатології знижує якість життя і фізичний ресурс хворого та може призводити до розвитку психічних порушень, дослідники відзначають зростання потреби в отриманні результативного відгуку саме з тих соціальних зв'язків, що фактично формують соціальний статус хворого, в першу чергу, потребу у підтримці родини та найближчого оточення [3]. Це оточення поряд із пацієнтом також переживає цілу низку негативних психологічних змін, які варто розглядати окремо.

Соціальний статус – об'єктивно якісний та об'єднуючий багатофункціональний показник, який демонструє можливості людини в багатьох сферах водночас. В першу чергу соціальний статус визначається мікрогрупою та поведінкою членів мікрогруп, до яких входить особа. Відсторонення, негативна реакція, соціальні міфи та упереджене ставлення до пацієнта, небажання рахуватися з його особливими потребами або частим негативним і складним емоційним станом створюють психологічні передумови для відторгнення його в мікрогрупі, розриву зв'язків, втрати соціального положення та статусу [1; 2].

Огляд досліджень останніх 15 років демонструє суттєве підвищення інтересу дослідників до проблем психічного здоров'я пацієнтів, хворих, зокрема, на рак сечового міхура та інші види раку. Це пов'язано з тим, що прогностичний показник результатів лікування демонструє зв'язок з психологічним станом пацієнтів на великих вибірках [4]. Огляд досліджень демонструє суттєві розходження в результатах щодо співвідношення впливу лікування, застосовуваних конкретних прийомів лікування та психологічним станом пацієнта, його суб'єктивним благополуччям та якістю життя. В низці досліджень психічне здоров'я онкопацієнтів відновлювалося легше при певних типах лікування раку; в інших помічалось покращення психологічного стану незалежно від реальних показників стану крові та сечі. Більшість вказують на те, що показники, пов'язані з психічним та соціальним здоров'ям пацієнтів залишалися стабільно низькими протягом року після початку лікування, навіть не зважаючи на досягнення позитивних результатів в процесі лікування [4, с. 105]. Отже, ці висновки демонструють два важливих для подальшого розгляду проблеми факти: психічний стан та оцінка власного благополуччя пацієнтом прямо відображається на результатах лікування і тісно з ними пов'язана, але не завжди і не обов'язково прямими корелятивними зв'язками. З іншого боку, втрата соціального статусу, усвідомлення соціального неблагополуччя та складний психологічний стан внаслідок тривожності, страху, депресії супроводжують онкозахворювання як стабільний фон навіть успішного лікування.

Важливо також зазначити, що західні дослідники підкреслюють відсутність достатньо довгострокових досліджень, що могли б продемонструвати стабільне повернення до психологічного здоров'я для хворих на онкопатологію пацієнтів протягом всього життя або відносно довгого періоду. У випадку більш короткострокових досліджень після підтвердження одужання пацієнта, як правило, фіксується також повернення до нормального психологічного стану. Однак, досі неможливо достовірно твердити, чи є це повернення до нормального стану справді фіксованим. Цей аспект психологічної допомоги та супроводу онкопацієнтів залишається важливим для розвитку даної сфери психотерапевтичної клінічної діяльності з багатьох причин. По-перше, він вимагає організації довгострокового

стабільного супроводу онкопацієнтів в стадії ремісії та після виліковування з метою повноцінного відтворення та повернення до соціального статусу і, відповідно, психологічного та соціального благополуччя. По-друге, необхідність пост-клінічної допомоги вказує, наскільки глибокими можуть бути психологічні зміни, пов'язані з онкологічним захворюванням, до яких змін особистості вони можуть призводити, і якої саме допомоги такі пацієнти можуть потребувати в процесі клінічного лікування. Одним з критично значимих аспектів такої допомоги є підтримка, надання можливості справитися з втратою соціального статусу, допомога в його збереженні, підтриманні та подальшій реадаптації. В цьому процесі визначальною може виявитися роль сімейних стосунків.

На психологічному рівні зміни у функціонуванні сім'ї онкохворого можуть бути пов'язані з соматичними, психічними та соціальними чинниками. До соматичних дослідники відносять чинники, зумовлені ступенем тяжкості стану онкопацієнта, зниженням його/її працездатності, спроможністю до самообслуговування та мірою автономності і рівнем потреби у догляді. Ця група чинників зумовлена клінічними симптомами з високим потенціалом дистресу, з вираженими порушеннями психічного стану (нудота, паралічі та парези, виражений біль, задишка тощо). Також вони зумовлюються ризиком та очікуваним виникненням станів, що можуть нести загрозу для життя пацієнта (судоми, кровотечі тощо). До психічних чинників належать розвиток психічних розладів та стани яскраво вираженої дезадаптації; висловлювання негачії щодо лікування, відмова від нього, некомплаєнтна поведінка; суїцидальні наміри та висловлювання; зростання напруженості в особистих стосунках, розвиток сімейних конфліктів. Важливою складовою психологічних чинників негативних змін стають неадаптивні копінг-стратегії, що можуть включати дистанціювання, самозвинувачення, уникнення рідних, повторення однотипних паттернів висловлювання та поведінки («заїжджена платівка»), вживання алкоголю та психоактивних речовин тощо. Серед соціальних чинників відзначають стигматизуючі компоненти захворювання (наприклад, характерні зміни зовнішнього вигляду тощо), зниження соціальної активності, звуження кола спілкування, обмеження доступу до звичних форм відпочинку (що може провокуватися витратами часу і фінансових ресурсів на лікування) [5; 2].

Роль і місце сім'ї як елемента соціального статусу добре підкреслюють результати дослідження Goodwin та ін. [6], яке охопило майже 28 тисяч хворих онкологією. За результатами дослідження було встановлено, що у неодружених людей, хворих на рак, загальне виживання в популяції значимо нижче, ніж у одружених. Дослідники змогли виділити два пояснення більш низького рівня виживання: відносно більш пізня діагностика захворювання на більш небезпечній стадії; неодружені люди частіше не вдавалися до лікування. Однак, навіть з врахуванням статистичної поправки на ці дві причини, загально більш низький рівень виживання неодружених зберігається, хоча дослідження попередніх років демонстрували відносно зниження рівня смертності серед неодружених від ракових захворювань. Загалом результати показують, що шанси на благополучне виживання внаслідок наявності шлюбу все-таки є вторинними, порівняно з ранньою діагностикою захворювання, правильного вибору лікування та участі пацієнта в лікуванні його захворювання [6]. Проте, вплив наявності сімейних стосунків як предиктора виживаності особливо виразний саме в розрізі підходу до сім'ї як елемента соціального статусу. Взаємна економічна та соціальна залежність членів сім'ї, що породжує певний вищий рівень контролю, піклування та, певною мірою, примусових заходів перевірки здоров'я і лікування пов'язана також з усвідомленням особою вищого рівня зобов'язань перед родиною. В даному випадку, можливо, можна говорити про те, що збереження значимих елементів і складових соціального статусу можуть бути мотивацією до адекватної поведінки, боротьби з хворобою та подальшої виживаності.

Патологічні процеси і хворобу, також можна розглядати через призму пристосувальних процесів, пов'язаних зі суб'єктивним стражданням [7]. Гольдшейдер (1926) назвав відчуття, переживання і уявлення пацієнта про свою хворобу аутопластичою картиною хвороби. Вчений виділив два рівні картини хвороби: «сенситивний», заснований на відчуттях, і «інтелектуальний» – результат роздумів хворого про свій фізичний стан [7, с. 7]. Обидві ці картини пересікаються з проблемою втрати соціального статусу як травматичним досвідом: через усвідомлення змін в поведінці оточуючих та у формі емоційного переживання наслідків цих змін. Міра реакції та її зв'язок з можливістю одужання можуть оцінюватися з точки зору доступних пацієнту психологічних ресурсів (індексу ресурсності).

Сім'я виступає одним з елементів ресурсності пацієнта. Дослідники наголошують на визначальному значенні суми ресурсів, доступних пацієнту в якості джерела подолання стресу хвороби (резильєнтності) для його виживання. Що вищий індекс ресурсності пацієнта, то краще збалансовані життєві розчарування і досягнення в його самосприйнятті та вищий адаптаційний потенціал особистості і менша стресова вразливість. Висока ресурсність зумовлює посттравматичне зростання і резильєнтність. Дослідники вказують, що це спостереження є особливо актуальним для онкопацієнтів, які для тривалої ремісії потребують виражених фізичних і психологічних зусиль. Відзначається відсутність статистично значущих відмінностей за індексом ресурсності між досліджуваними із різними термінами тривалості ремісії, проте такі відмінності були виявлені для різних рівнів посттравматичного зростання і резильєнтності. З'ясувалося, що чим довший період ремісії, тим більше виражене посттравматичне зростання і резильєнтність. Особливо дана тенденція виявилася актуальною для жінок віком від 36 до 50 років [5].

Також наявність психологічних ресурсів певною мірою зумовлює реакцію хворого на факт хвороби, проте, не визначає її сповна. Вчені (Т. Титаренко та ін.) виділяють три головні реакції пацієнта на захворювання: стеничну, астеничну і раціональну. 1. При активній позиції хворого стосовно обстеження та лікування говорять про стеничну реакцію. 2. При астеничній реакції онкопацієнти демонструють схильність до песимізму, але відносно легше, ніж пацієнти із стеничною реакцією, психологічно пристосовуються до перебігу захворювання. 3. За раціонального типу реакції пацієнт демонструє реалістичну та раціональну оцінку ситуації, контрольовану поведінку і раціональний відхід від фрустрації [8]. Останній тип реакцій зустрічається найрідше і його можна вважати результатом правильної підтримки та психологічного супроводу.

Однією з основних особливостей становища онкопацієнтів, як зазначає Shrestha та ін. є те, що вони змушені обмінювати якість життя на подовженість життя [9]. Це складне рішення, що завжди супроводжується втратою соціального статусу в тій чи іншій мірі та ситуації. Дослідження того, як досягається складний компроміс при прийнятті таких рішень, а також які основні фактори, що змушують особу обирати якість життя, а не його кількість, показують, що більшість молодих пацієнтів вдавалися до агресивного лікування, а більш похилий вік, пов'язаний з погіршенням фізичного здоров'я, був представлений тим, що пацієнти віддавали перевагу якості життя перед збереженням його терміну. При цьому, відповідно до отриманих дослідниками результатів, на те, чому буде віддана перевага не впливали фактори ні статі, ні освіти, ні релігійності, ні наявності чи відсутності дітей, сімейний стан чи тип ракового захворювання. Пацієнти, що мали краще здоров'я більш цінували довжину життя, а ті, що мали слабше здоров'я, більш цінували збереження його якості, хоч і протягом менш тривалого часу. Очевидно, що значною мірою провідну роль при прийнятті описаного рішення має вихідний рівень якості життя та майбутні очікування. Фактично, можна твердити, що певні важливі компоненти якості життя, такі як

можливість збереження наявного соціального статусу, що вже не може бути відновлений у пізньому віці у випадку втрати, значною мірою може стимулювати онкопацієнта до відмови від лікування або обмеження лікування [9].

Великою мірою порушення соціальних зв'язків у значимих для пацієнта з онкологією мікрогрупах пов'язано із станом пацієнта, його неусвідомленою поведінкою (пригніченою) та навпаки, усвідомленням своєї слабкості і складної ситуації. Саме тому такі люди потребують фахової сторонньої допомоги та супроводу. Згадане усвідомлення слабкості та складності ситуації відображається у зниженні оцінки благополуччя та загальному зниженні якості життя. Відповідно, дослідники акцентують необхідність отримання регулярного скринінгу психологічного стану онкопацієнтів та регулярний огляд суб'єктивної оцінки ними свого стану і благополуччя тощо.

Піднята низкою досліджень проблема донозологічної діагностики також тісно пов'язана з втратою соціального статусу. Цей тип діагностики ставить завдання попереднього діагностування захворювань, спровокованих саме соціально-економічним станом пацієнта. В багатьох родинах з низьким соціально-економічним статусом, який напряду залежить від фінансового забезпечення, все частіше зустрічаються складні форми порушень здоров'я.

Адаптивний і адекватний психологічний супровід онкопацієнтів неможливий без застосування відповідних засобів скринінгу. Оцінка втрати соціальної ролі та соціального статусу повинна відобразитися в опитувальниках, що застосовуються психологами в клінічній практиці. І в цьому плані можливі різні підходи до формування шкали оцінки, формулювання запитання про втрату соціального статусу, необхідність її пояснення для пацієнта, який не знайомий з цим терміном. Необхідно з'ясувати у пацієнта усвідомлення втрати ним соціального статусу або його порушення, усвідомлення переживань та потреби повернення. В'єтнамська оцінка взагалі не передбачає вимірювання соціального статусу та ролі, не зважаючи на те, що в суспільствах Південно-Східної Азії саме вона може виступати базовою для психологічного благополуччя більшою мірою, ніж в країнах Європи [10].

Досвід скринінгу підштовхнув низку дослідників до переоцінки ролі соціально-економічних факторів у розвитку онкологічних захворювань. Низкою досліджень було продемонстровано, що жінки з онкологією молочної залози схильні до психологічного стресу та страху перед прогресуванням, що і призводить до зниження якості життя. Результати китайських дослідників також підтвердили, що онкологія супроводжує переважно низький рівень життя та низький соціальний статус. Соціальна підтримка лише на 25 % корелювала з позитивним опосередковуючим ефектом між страхом перед прогресом і якістю життя. Тобто, соціальна підтримка не надто великою мірою може допомогти пацієнту позбутися глибинної причини, що спонукає його піддаватися хворобі [11]. Тому є сенс вводити до скринінгу психологічного стану онкопацієнтів елементи оцінювання тих значимих психологічних факторів, що сприяють формуванню можливостей набуття захворювання та сприяти їхньому усуненню. Дослідження клінічної підтримки пацієнтів в рамках сестринської допомоги демонструють дію численних негативних факторів, серед яких перевантаженість, брак необхідних психологічних знань та базових навичок розпізнавання і раннього діагностування психологічних станів, зокрема, суїцидальних, несвідома стигматизація пацієнтів тощо [12]. Важливими факторами, що стримують психологічну допомогу пацієнтам в ситуації клінічного лікування, є найчастіше брак часу у сестринського та лікарського персоналу і обмежений доступ до ресурсів психічного здоров'я, серед яких відсутність доступу до необхідної інформації та власних психологічних поведінкових ресурсів для адекватної допомоги пацієнтам. Тому особливо важливою є допомога онкопацієнтам з боку фахових психологів

та постійний супровід процесу лікування, ремісії та відновлення соціального статусу в процесі лікування та після нього.

Дослідженням із залученням значної вибірки представників різних соціальних верств, соціальних груп та расових та національних груп було продемонстровано, що для всіх расових та етнічних груп захворюваність, зокрема, раком молочної залози позитивно корелює з соціально-економічним статусом. При цьому, низький соціально-економічний статус тісно пов'язаний з агресивною поведінкою, з підвищеним ризиком передменопаузального раку, а також з пізньою діагностикою та нижчим рівнем виживаності пацієнтів [13]. Відзначається також вплив наявності неблагополучних сусідів, безробіття, ситуації расової чи національної дискримінації, відсутність соціальної підтримки та соціальних мереж, що могли б виступати в якості мереж підтримки. Було виявлено, що більші ризики для здоров'я в плані розвитку онкологічних захворювань тісно пов'язані з різноманітними елементами соціального статусу: неадекватне житло, відсутність продовольчої безпеки, відсутність медичних послуг поблизу місця проживання, імміграція, наявність недовіри до медиків та науки тощо. Дослідники вказують на наявність добре задокументованих розходжень у рівні виживаності при виникненні раку молочної залози в залежності від соціального статусу, раси, освіти, бідності на рівні перепису населення та оцінки доступу до медичного страхування та профілактичного догляду [13; 14].

Дослідники також формулюють низку умов оцінки якості життя, що вимагають уточнення. Зокрема, питання про те, чи існують статистично значимі крос-культурні відмінності за основними доменами якості життя в термінах середніх значень, ступені коваріації або відносної значимості критеріїв? Чи можна виділити релевантно важливі домени, що є передбачуваними і залежать від особливостей особистості, захворювання, типу лікування тощо? Серед значимих елементів оцінки якості життя онкопацієнтів дослідники визначають домінуючі фактори стосунків з родиною, стосунків з колегами (зокрема, в колишньому колективі, який особа була змушена покинути внаслідок захворювання), з надавачами допомоги тощо.

Західні дослідники відзначають, що сучасні системи надання медичної допомоги на клінічному рівні пропонують пацієнтам мало можливостей для висловлення своїх почуттів та можливості обговорити власні проблеми. Більше 80 % онкопацієнтів в одному з досліджень хотіли, щоб у них було більше можливостей обговорити свої проблеми з опікунами [15, с. 849]. Тому робимо висновок, що більшість пацієнтів вітають можливість висловитися в доволі обмежених рамках психосоціального дослідження. При цьому в довгострокових дослідженнях, що повторюють опитування через певні періоди, слід враховувати погіршення вихідного стану пацієнтів та відповідно зміну їх оцінок.

Враховуючи всі вищевказані фактори, слід зазначити, що всі вони відносяться до групи стосунків, що так чи інакше є частиною визначення соціального статусу в малій та великій групі [1]. Отже, оцінка якості життя онкопацієнтів значною мірою опирається на усвідомлюваний ними соціальний статус. Втрата соціального статусу, відповідно, усвідомлюється, як обрив соціальних зв'язків та можливостей виживання, підтримки, реалізації значимих цілей та самореалізації. Соціальний статус пов'язаний з реалізацією найбільш високих і визначальних життєвих цінностей, тому його втрата або усвідомлення можливості його руйнування в багатьох ситуаціях може усвідомлюватися онкопацієнтами більш травматично, ніж небезпека для фізичного виживання та реальність фізичного болю.

Серед українських дослідників також було відзначено значні відмінності у характерних переживань щодо власної хвороби у пацієнтів різного віку. Так, Бернадська зазначає, що в рамках дослідження хворих на рак кишечника можна було диференціювати три виразні вікові групи: 35–45 років, 46–55 років та старше 56 років. Пацієнти наймолодшої

групи найбільшою мірою хвилювалися з приводу можливої зміни зовнішнього вигляду та порушення стосунків з партнером. У групі людей 46–55 років домінували переживання щодо можливої втрати працездатності, зміни стосунків у своїх референтних групах загалом та страх перед тим, щоб не стати тягарем для близьких. Найстарша вікова група переймалася, перш за все, екзистенційними страхами смерті, самотності та страхом стати тягарем [8].

Для хворих молодших вікових груп був характерний ергопатичний тип ставлення до захворювання, тоді як для старшого віку спостерігався переважно obsesивно-фобічний тип ставлення зі значно сильнішими переживаннями та депресивними станами. Ергопатичний тип передбачав заглиблення в роботу як форму відволікання від хвороби та думок про неї, намагання ще більш сконцентруватися на роботі, ніж до хвороби і навіть лікуватися таким чином, щоб залишити собі можливість працювати. Якість життя пацієнтів переважно визначалася як середня, і в рамках дослідження вона не відзначалася пацієнтами як величина, що суттєво змінюється. Перебіг характерного ставлення до хвороби великою мірою вказує на те, що онкопацієнти в кожній з вікових груп демонстрували найбільшу чутливість саме до можливості втрати тих чи інших компонентів соціального статусу. У молодшій категорії визначалась актуальність стосунків у малій групі – родині, зовнішньому вигляді на роботі та серед знайомих тощо. В більш старших вікових групах це зв'язки у великих групах та проблема місця в соціальній ієрархії та рівня самостійності і можливості визначати власну долю («не бути тягарем для інших»). Соціальний статус онкопацієнтів є значимим показником, що може визначати їх актуальний психологічний стан та налаштування щодо боротьби з хворобою і перспектив лікування.

Постановка завдання. Враховуючи виклики, що ставить перед пацієнтом онкологічне захворювання та визначальну роль психотравми, пов'язаної з втратою соціального статусу для формування негативного психологічного стану з перспективою майбутніх суттєвих порушень, виникає необхідність визначити, яка роль і місце психологічної фахової підтримки пацієнтів в процесі подолання негативних психологічних змін, пов'язаних з переживанням досвіду онкологічного захворювання та втрати соціального статусу, та яке переважне спрямування повинна мати така підтримка.

Результати. Аналіз закордонних та вітчизняних досліджень психологічного стану онкопацієнтів в різних його аспектах та досвід власних клінічних спостережень автора вказує на значимий аспект даної проблеми – це втрата картини майбутнього, руйнування планів та власної мотивації. Сене підтримання соціальних зв'язків, постановки цілей та їх досягнення великою мірою розмивається або втрачається. З іншого боку, прагнення досягнення якоїсь мети може породжувати неврівноважені стани, забирає багато енергії, супроводжується поганим самопочуттям, відсутністю необхідних сил та часу. Це, своєю чергою, призводить до подальшого психоемоційного занепаду та усвідомлення власної нікчемності та втрати орієнтації в житті. Для того, щоб адаптуватися до свого нового стану та статусу і діяти в цьому статусі ефективно та продовжувати плідне і насичене життя, необхідна специфічна фахова підтримка, регулярний скринінг та орієнтування пацієнта.

Проблема регулярного психологічного скринінгу, створення теоретичних моделей психологічної допомоги онкопацієнтам та оцінки якості їх життя є проблемою не лише в Україні. Aaronson, Alcaraz та деякі інші західні дослідники вказують, що до останнього часу оцінки якості життя пацієнтів використовувалися щодо онкопацієнтів в описових та оціночних дослідженнях, але не в клінічних. Реалізації такого підходу завадила низка обставин, зокрема: відсутність необхідної теоретичної моделі для розробки показників якості життя для даного випадку; надмірна залежність від підходів до оцінки якості життя та недостатня увага до практичних обмежень, що присутні в умовах клінічних досліджень [16; 17]. Зауважуємо,

що першочергове значення в даному випадку має розробка багатовимірною інструменту вимірювання якості життя, він має бути достатньо лаконічним, зручним для багаторазового використання при проведенні повторюваних і регулярних вимірювань та психометрично надійним і стійким. Досліджуються діагностичні модулі для опитувальника, що охоплює сфери якості життя, пов'язані із здоров'ям. Досі вважається загальноприйнятим погляд на те, що сам пацієнт є найбільш надійним першоджерелом для визначення його якості життя та отримання відповідних даних. Проте, пропонується звернути більшу увагу на підвищення достовірності таких даних завдяки отриманню адекватної медичної оцінки стану здоров'я та спроможності пацієнта у різних сферах, зокрема, фізичної та ментальної активності, а також питання про доцільність залучення членів родини та близьких з ширшого кола в якості довірених осіб, що можуть оцінювати психологічний та соціальний стан здоров'я онкопацієнтів, особливо у випадках, коли ті не можуть чи не бажають надавати таку інформацію. При цьому, в ході психологічних досліджень, необхідно враховувати витрати на логістичне забезпечення та прагнути до мінімізації навантаження на самих пацієнтів, медичний персонал та медичний заклад в цілому [15].

Один з підходів до визначення концепції якості життя у випадку онкопацієнтів полягає в тому, щоб розглядати цю категорію як різновид гештальту, який найкраще вимірювати в глобальних характеристиках. Глобальний підхід до оцінки засновується на простих формулюваннях, подібних до питань: «Як би ви оцінили якість свого життя сьогодні?» з використанням тих чи інших порядкових шкал на зразок шкали Лайкерта для уточнення такої оцінки. Проте, в умовах клінічних досліджень вимагається більш конкретна та деталізована інформація. Тому більш широко розповсюдженим підходом є багатоаспектний, що вимагає отримання оцінки багатьох окремих параметрів якості життя онкопацієнтів.

Психологічні порушення, як до, так і після виявлення онкологічного захворювання, можуть відігравати значну роль у результатах лікування онкохворих [11]. Їх значення зараз оцінюється так само високо, як і рівень фізичного здоров'я та імунного статусу організму до захворювання як предиктор виліковування та можливої виживаності. Процеси діагностики та лікування онкологічних захворювань, за даними Pham та інших (2019) суттєво впливають на психологічне здоров'я при різних хворобливих станах. Негативний прогноз у випадку раку сечового міхура та пов'язаних з ним типів захворювання мають значно підвищений ризик суїциду, особливо у літніх людей та у чоловіків. Важливим статистично значимим предиктором психічних порушень виступає наявність більш виражених больових станів. Погіршення психологічного здоров'я гарантовано відображається на частоті післяопераційних ускладнень та на результатах, що пов'язані з рівнем виживання. Вчені зазначають необхідність таких втручань як когнітивно-поведінкова терапія та інші види психотерапевтичного втручання для досягнення повноцінного виліковування від раку та збереження життя пацієнта. Покращення та підтримка психічного здоров'я та благополуччя виявляється критично важливим фактором для підвищення шансів на виживання та досягнення результатів успішного лікування від раку [9; 11].

В умовах сучасної України саме явище соціального статусу стає більш складним і переживає трансформацію, оскільки низка його значимих компонентів руйнується або втрачає значимість, а взаємодія в рамках малих і великих груп також кардинально змінюється, як і значимість оцінок, що отримує людина в межах своєї групи при набутті того чи іншого статусу. Втрата майна та роботи на сьогоднішній день не є жорстким фактором, що витискає людину зі звичного для неї соціального оточення і може не впливати на оцінку її особистості та статусу в очах оточуючих, оскільки такі втрати стали дуже поширеними і трактуються суспільною думкою як причина для підтримки та співчуття. Такі фактори більше не оцінюються як маркери «невдалості», «недолугості», «неадекватності»

особи, що підпала під їх вплив, тому що до цих втрат призвели дії жорстокого агресора, який продовжує складати смертельну екзистенційну небезпеку для всього суспільства. Тому і відповідні втрати онкопацієнтів також можуть оцінюватися в малих і великих соціальних групах, до яких вони входять, дещо відмінно від того, як вони оцінювалися до моменту широкомасштабного вторгнення. Втрата соціального статусу може бути значно більш болючою на рівні руйнування, або деакцентування людських стосунків, підтримки, взаємодії зі звичною групою або зміною оцінки та поведінки з боку цієї звичної групи. Також вплив може мати зміна очікувань від майбутнього та загальна інтегральна оцінка пацієнтом свого хабітусу як місця в загальному суспільному порядку. В цю оцінку може входити в якості певної інтегральної частини і уявлення про можливість подальшого розвитку, самореалізації, реалізації планів щодо дітей та інших родичів тощо. Руйнування стабільного уявлення про майбутнє включає в себе появу категоріальної невизначеності майбутнього статусу, що для онкопацієнта має подвійний характер: втрата визначеності через термінальну хворобу та втрата визначеності через агресивну війну і руйнування всіх звичних соціально-економічних взаємодій.

Не можна недооцінювати фінансову складову процесу втрати соціального статусу онкопацієнтом. Вони можуть виступати фінансово токсичними особами для власної родини та оточення, оскільки лікування пов'язане з великими витратами і постійною потребою у фінансовій допомозі [16]. На наших теренах відносно мало людей, які можуть дозволити собі нести тягар фінансування агресивного лікування онкологічних захворювань без сторонньої допомоги та додаткового фінансування. Для західних досліджень характерне виявлення відсутності медичного страхування, відносно менший вік виявлення захворюваності (молодість та відсутність відповідних напрацьованих коштів та «фінансової подушки») та низький дохід в якості предикторів психологічного та фінансового тягаря для онкопацієнтів. В умовах України цей підхід не може бути застосований внаслідок відсутності загальнопоширеного механізму медичного страхування поряд з фактичною відсутністю безкоштовної медичної допомоги, особливо у випадках, коли необхідні значні витрати на лікування. Навіть у західних дослідженнях підтверджується підвищення вдвічі ризиків неперодовження лікування та порушення режиму лікування онкопацієнтів у випадку погіршення якості життя та збільшення фінансового тягаря [16; 17]. Фінансове обтяження може впливати на рівень смертності, однак межі такого впливу достовірно в доступних академічних роботах не встановлено.

Тобто, фінансовий статус, як важлива складова соціального статусу, може визначати саму можливість лікування чи порятунку для онкопацієнта. Тому втрата соціального статусу викликає особливо сильний ефект пригнічення, що пов'язується з втратою не лише звичного ставлення з боку оточуючих та соціальних зв'язків, але й самої можливості зберегти власне життя чи боротися з хворобою.

Дослідження демонструють, що соціальна підтримка тісно пов'язана з покращенням психологічного стану та зниженням рівня стресу у онкопацієнтів [17]. Роль опосередкованого стресу та стилю подолання стресу виступає опосередкованим фактором. Сильний психологічний дистрес у дослідженні був частіше опосередкований такими стилями подолання як конфронтація та прийняття стресу. Ці стратегії намагання пацієнтів справитися з ситуацією не призводили до реального подолання стресу, а посилювали його. Соціальна підтримка, навпаки, посилювала протистояння хворобі та готовність терпіти біль та незручності, пов'язані з лікуванням та переживанням симптомів, що супроводжують хворобу. Рівень стресу, що готова була сприйняти і пережити особа за умови соціальної підтримки суттєво підвищувався. Китайські та американські дослідники незалежно один від одного підкреслюють, що існує потреба у розробці програм

психологічного втручання для підсилення спостережуваного буферного ефекту соціальної підтримки онкопацієнтів [16, 17].

На жаль, на сьогоднішній день онкопацієнти в Україні цілком підпадають під визначення учасників стигматизованих меншин [18]. Гофман 1963 р. виділив три типи стигм: стигму тілесних вад, що пов'язані з певними захворюваннями та їх непоборними наслідками; недоліки індивідуального характеру, що можуть бути пов'язані з нездатністю контролювати власні дії тощо; та родові стигми, що передаються між поколіннями або пов'язані з ознаками, що часто не можуть бути обрані людиною – расою, національністю, релігією, статтю, сексуальною орієнтацією тощо. Стигматизація не обов'язково має характер переслідування або прямої конфліктності. Вона може набирати форми відсторонення, політики «відмови», ексклюзії, ігнорування, приниження або відмови від контакту із стигматизованою особою (остракізм) [18]. Відомо, що зворотнім до стигматизації процесом є відновлення соціального статусу, тобто сама стигматизація є синонімом втрати соціального статусу, його руйнування або часткового порушення. Онкопацієнт належить до ситуативної соціальної групи, що відрізняється низкою поведінкових маркерів та характеризується специфічними обмеженнями. Захворювання супроводжується болями, втратою рухливості, тривожністю тощо; проведення хіміотерапії супроводжується суттєвими змінами у зовнішньому вигляді (втрата ваги, волосся, зміна кольору шкіри тощо). Симптоми, що супроводжують хворобу можуть призводити до втрати працездатності в звичних межах, складності у спілкуванні, пригніченості, депресії, підвищеної тривожності та конфліктності. Потреба у значних коштах при втраті можливості заробляти їх звичним шляхом і необхідність значних додаткових зусиль для організації лікування та обтяження рідних хворобою можуть зробити онкопацієнта токсичним і небажаним для певної частини оточення. Наявність негативних анімістичних та магічних уявлень в суспільстві можуть відштовхувати від спілкування та підтримки особи з онкопатологією. Всі ці елементи ситуації захворювання призводять до втрати соціального статусу, часто у формі саме відвертої стигматизації. Це явище все ж не настільки жорстко виражене, як стигматизація хворих на ВІЛ/СНІД або венеричні захворювання, однак, воно є достатньо поширеним.

Існує проблема психосоціальних факторів, що можуть провокувати ракові захворювання. Серед них дослідники виділяють драматичні події, пережиті в дитинстві, зокрема, втрата або зрада близьких; наступна втрата близьких вже в дорослому віці; канцерофобія (часто може спостерігатися у людей, що значний час знаходилися у контакті з людиною, хворою на рак) [21]. Не лише захворювання може призводити до втрати соціального статусу, але і втрата життєвої концепції чи руйнування цінностей і соціального положення, пов'язаного з подібними ситуаціями і переживаннями може виступати фактором, що провокує онкологічні захворювання. Дослідники називають серед таких факторів розчарування в дітях та втрату ілюзій, пов'язаних зі шлюбом тощо [8, с. 37]. Фінансові труднощі, що супроводжуються надмірним фізичним та психічним перевантаженням у спробах їх подолати також можуть виступати психосоціальним фактором захворювання, як і небажання розв'язувати актуальні життєві проблеми та втома від них. Дехто з дослідників відзначає, що зазначені фактори можуть спровокувати онкологічні захворювання лише у випадку, коли людина вибирає неадекватний шлях реагування на ситуацію. Для онкопацієнтів типовою реакцією на емоційний стрес є пасивність, прояви безпорадності та відчуття безнадії. Поява онкологічного захворювання може бути пов'язана з неадекватним реагуванням на стресові ситуації, що пов'язано з інфантильністю особистості, яка під час хвороби може поглиблюватися і викликати продовження хвороби і погіршення стану [8, с. 38; 22].

Очевидно, що екстремальна стресова ситуація, в якій заходиться практично все населення України в ході повномасштабної війни, є потужним провокативним фактором

для розвитку не лише психосоматичних розладів, але й поширення онкологічних захворювань. Виходячи з вище зазначеного, слід вдаватися до якомога більш широкої профілактики захворювань такого типу через заходи виховання відповідальності, проактивних форм поведінки, соціальної активної позиції, рішучості та віри в себе у більших верств начелення з різних соціальних груп. Заходи психологічної підтримки та психологічних тренінгів відповідного спрямування можуть розглядатися в даному контексті як попередження поширення онкологічних захворювань стресової етіології. Інфантилізм поведінки є достатньо поширеним серед українського населення та в практиці соціології та політології визначається як результат існування в Україні патерналістичної держави, ідеологічним складником якої було перекладання відповідальності за власний соціальний рівень, спосіб життя, рівень статків на державу, її керівництво, політичні партії тощо [5; 2]. В даному випадку підходи соціально-політичних наук, клінічної медицини та психології значною мірою збігаються в рамках боротьби із даним явищем, що має складну психосоціальну природу.

Значні масиви накопичених доказів свідчать на користь того, що існує психологічна «підготовленість ґрунту» для розвитку онкологічного захворювання. Часто воно виступає формою пасивного самогубства в результаті відчуття депресії чи провини, придушення емоцій або проявів статевих інстинктів. Часто виникненню онкології передують довгі депресії та дисфорії. За даними низки дослідників, за короткий час до початку захворювання багато з хворих втратили надзвичайно значущі для них емоційні зв'язки [8]. Онкологія часто стає зовнішнім симптомом наявності в житті людини нерозв'язних, з її точки зору, проблем. Відповідно, втрата, страх або загроза втрати соціального статусу сама по собі може бути фактором, що готує ґрунт для майбутнього онкологічного захворювання, якщо людина розглядає цю ситуацію як таку, що не може бути вирішена. Відповідно, реальна втрата соціального статусу в процесі захворювання чи в результаті переживання захворювання стає підтвердженням негативних очікувань, що може суттєво зашкодити процесу боротьби з хворобою. Для онкопацієнта надзвичайно важливо усвідомлювати наявність виходу, можливості перемоги, «світла в кінці тунелю», до якого він може вийти. Інший значимий фактор – це наявність людей і сил, що його підтримують, свідомо відмова від відчуття себе ізольованим, покинутим, нікчемним, позбавленим підтримки та стигматизованим. Готовність знайти допомогу, отримати її та скористатися підтримкою рідних, лікарів та інших людей фактично вирівнюють сприйняття особистого соціального статусу в самопрезентації людини для себе [1; 2].

Висновки. Слід відзначити, що всі вищепераховані елементи соціального статусу мають об'єктивний характер і створюють ситуацію, за якої ймовірність розвитку хвороби підвищується, а ймовірність її подолання знижується. Проте, значна частина факторів неблагополуччя, зафіксованих зарубіжними дослідниками, є характерною для жителів багатьох регіонів та міст різних областей України і можуть мати такий же значимий вплив на формування онкологічних захворювань. Відповідно, не лише втрата соціального статусу, але і його неналежне набуття або ненабуття достойного соціального статусу можуть бути фактором, що спричиняє появу онкологічних захворювань або створює передумови для їх розвитку.

Фаховий психологічний супровід пацієнтів з онкопатологією на фоні регулярного скринінгу їх психологічного стану дозволяє проводити послідовну та контрольовану психотерапію, спрямовану на досягнення конкретних результатів. Одним з найбільш значимих результатів психотерапевтичної підтримки має стати збереження, відновлення та набуття соціального статусу онкопацієнтом, як в процесі лікування, так і після нього. Такий підхід передбачає активне залучення до процесу психологічної підтримки та реабілітації пацієнтів референтних для них малих соціальних груп. Дана стратегія може виступати в якості

потужного фактору подолання існуючих та попередження ймовірних проблем зростання онкологічної захворюваності в Україні внаслідок соціально-економічного та психологічного неблагополуччя населення в результаті військових дій.

Список використаної літератури

1. Лапишова Н. С. Соціально-психологічні кореляції соціометричного статусу студентів у групі : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.05. / Київський національний ун-тет імені Тараса Шевченка. Київ, 2021. 241 с.
2. Пономарьова В. Психологічна реабілітація онкогінекологічних хворих. *Scientific bases of solving of the modern tasks* : The 19 th International scientific and practical conference (1–2 June, 2020). Frankfurt am Main, Germany, 2020. 416 p. 2020. P. 292.
3. Тереник С. А., Старусева В. В. Актуальність профілактики та донозологічної діагностики соціально значущих захворювань у період нестабільності економіки. *ЛОГОС*. 2020. С. 25.
4. Pham H., Torres H., Sharma P. Mental health implications in bladder cancer patients: a review. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*. Elsevier. 2019. Т. 37. No. 2. P. 97–107.
5. Лукомська С. О. Ресурсний підхід до подолання особистістю кризових ситуацій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2020. №. 1. С. 190–195.
6. Goodwin J. S. et al. The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *Jama*. 1987. Т. 258. No. 21. P. 3125–3130.
7. Yedjou C. G. et al. Health and racial disparity in breast cancer. *Breast cancer metastasis and drug resistance: Challenges and progress*. 2019. P. 31–49.
8. Бернацька І. Я. Психологічні чинники конструктивної зміни ставлення онкохворого до власної хвороби. 2020.
9. Shrestha A. et al. Quality of life versus length of life considerations in cancer patients: a systematic literature review. *Psycho-oncology*. 2019. Т. 28. No. 7. P. 1367–1380.
10. Мураховська І. Р., Маркова М. В., Кривоніс Т. Г., Жулькевич І. В. Алгоритм оцінки сімейного статусу родини з онкологічним пацієнтом. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. №. 1. С. 18–23.
11. Vodermaier, A., Linden, W., & Siu, C. Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *Journal of the National Cancer Institute*. 2009. Vol. 101. No. 21. P. 1464–1488.
12. Ban Y. et al. The effect of fear of progression on quality of life among breast cancer patients: the mediating role of social support. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2021. Т. 19. No. 1. P. 1–9.
13. Ariad S., Shapira S., Ben-David M. Strategies and barriers in addressing mental health and suicidality in patients with cancer. *Oncology nursing forum. – Oncology Nursing Society*. 2019. Т. 46. No. 5. P. 561–571.
14. Coughlin S. S. Social determinants of breast cancer risk, stage, and survival. *Breast cancer research and treatment*. 2019. Т. 177. P. 537–548.
15. Ciężyńska M. et al. Quality of life of cancer patients during coronavirus disease (COVID-19) pandemic. *Psycho-oncology*. 2020. Т. 29. No. 9. P. 1377.
16. Alcaraz, K. I., Wiedt, T. L., Daniels, E. C., Yabroff, K. R., Guerra, C. E., & Wender, R. C. Understanding and addressing social determinants to advance cancer health equity in the United States: a blueprint for practice, research, and policy. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2020. Vol. 70. No. 1. P. 31–46.
17. Aaronson N. K. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer*. 1991. Т. 67. No. S3. P. 844–850.

18. Smith G. L. et al. Financial burdens of cancer treatment: a systematic review of risk factors and outcomes. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2019. Т. 17. No. 10. P. 1184–1192.
19. Tian X. et al. Relationships among social support, coping style, perceived stress, and psychological distress in Chinese lung cancer patients. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*. 2021. Т. 8. No. 2. P. 172–179.
20. Vinkov V. Роль громадських організацій в соціально-психологічній підтримці стигматизованих меншин. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*. 2019. Vol. 44. No. 47. P. 88–95.
21. Шевченко Є. О. Захворювання шийки матки у жінок репродуктивного віку та соціально-психологічна дезадаптація як фактор їх розвитку / Досягнення сучасної психологічної науки та практики. 2020. С. 117–120.
22. Usta Y. Y. Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012.

LOSS OF SOCIAL STATUS IN CANCER PATIENTS AS PSYCHOLOGICAL TRAUMA: PRECONDITIONS, PREDICTORS, AND COPING STRATEGIES

Natalia Lapshova

*Donetsk National University named after Vasyl Stus
21, 600-richchia Street, Vinnytsia, Ukraine, 21000
<https://orcid.org/0000-0002-2326-9008>
e-mail: natalialame@gmail.com*

The article offers a theoretical and analytical interpretation of the loss of social status in cancer patients as a specific form of psychotraumatic experience shaped by medical diagnosis, social stigmatization, and the forced transformation of life roles. It is argued that oncological disease disrupts not only the individual's physical functioning but also social identity, professional realization, economic stability, and interpersonal relationships. The reduction or loss of social status is accompanied by feelings of shame, guilt, helplessness, social isolation, decreased self-worth, and the formation of a persistent psychotraumatic complex.

The study examines the preconditions and psychological predictors of intense experiences of status loss, including rigidity of self-concept, over identification with professional roles, an external locus of control, insufficient social support, and prior traumatic experience. The relationship between prolonged adverse socio-economic conditions, chronic stress, and increased somatic vulnerability as a potential risk factor for the development of oncological diseases is substantiated. Particular emphasis is placed on the consequences of war, mass unemployment, forced displacement, and the disruption of social ties, which intensify cumulative stress effects and necessitate systemic preventive responses.

Strategies of psychological support aimed at overcoming self-stigmatization, restoring agency, expanding role identity, and facilitating social reintegration after treatment are outlined. The importance of an interdisciplinary approach and the integration of social status restoration programs into standards of oncological care are emphasized.

Key words: social status, cancer patient rehabilitation, psychological support, stigmatization, psychological trauma.

*Дата першого надходження статті до видання: 17.02.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 18.03.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 29.05.2026*