

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ПРОВИНИ ТА СОРОМУ В ОНКОПАЦІЄНТІВ У КОНТЕКСТІ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ

Каменьок Юлія Леонідівна

аспірантка кафедри психодіагностики та клінічної психології
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
ORCID ID: 0009-0007-2858-4406

Кравчук Світлана Леоніївна

доктор психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психодіагностики та клінічної психології
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
ORCID ID: 0000-0002-6951-1912

У статті здійснено теоретичний аналіз психологічних особливостей переживання провини та сорому в онкопацієнтів і окреслено основні напрями їх психокорекції. Провину і сором розглянуто як клінічно значущі складники психоонкологічного досвіду, що опосередковують психологічний стан пацієнта, адаптацію до хвороби, ставлення до лікування, міжособистісне функціонування, копінг-поведінку та готовність до звернення по психологічну допомогу. Встановлено, що провини в умовах онкологічного захворювання переважно пов'язана з переживанням відповідальності за можливі причини хвороби, несвоєчасне звернення по медичну допомогу, недостатню турботу про власне здоров'я та відчуття себе як тягаря для близьких. Сором асоціюється з глобальною негативною самооцінкою, порушенням образу тіла, втратою автономії, соціальною вразливістю та переживанням стигматизації. Показано, що провини пов'язана з оцінкою дії, бездіяльності та моральної відповідальності, тоді як сором інтегрується в цілісний образ «Я» і супроводжується переживанням дефектності, небажаності, самоізоляції та дистресу. Визначено основні мішені психокорекції: надмірне самообвинувачення, глобальну негативну самооцінку, самокритику, румінації, тілесну стигматизацію, унікальну поведінку, порушення образу тіла та дисфункційні сімейні смисли. Окреслено доцільність застосування когнітивно-поведінкового підходу, терапії, сфокусованої на співчутті, терапії прийняття та відповідальності, психоосвіти, підтримувального консультування, інтервенцій самопрощення і сімейно-орієнтованої підтримки.

Ключові слова: провини, сором, психоемоційний стан онкопацієнтів, психологічна адаптація, образ тіла, стигматизація, психокорекція, якість життя.

Kamenok Yu., Kravchuk S. PSYCHOLOGICAL FEATURES OF EXPERIENCING GUILT AND SHAME IN CANCER PATIENTS IN THE CONTEXT OF PSYCHOCORRECTIONAL WORK

The article presents a theoretical analysis of the psychological features of guilt and shame in cancer patients and outlines the main directions of psychological interventions aimed at addressing these experiences. Guilt and shame are conceptualized as clinically significant components of the psycho-oncological experience that mediate the patient's psychological state, adaptation to illness, attitude toward treatment, interpersonal functioning, coping behavior and readiness to seek psychological help. It has been established that, in the context of cancer, guilt is predominantly associated with the experience of responsibility for possible causes of the disease, delayed seeking of medical care, insufficient care for one's own health, and the feeling of being a burden to close others. Shame is associated with global negative self-evaluation, body image disturbance, loss of autonomy, social vulnerability, and the experience of stigmatization. It is shown that guilt is related to the evaluation of action, inaction, and moral responsibility, whereas shame is integrated into the overall self-concept and is accompanied by feelings of defectiveness, undesirability, self-isolation, and distress. The main targets of psychological interventions have been identified as excessive self-blame, global negative self-evaluation, self-criticism, rumination, bodily stigmatization, avoidant behavior, body image disturbance, and dysfunctional family-related meanings. The relevance of applying the cognitive-behavioral approach, compassion-focused therapy, acceptance and commitment therapy, psychoeducation, supportive counseling, self-forgiveness interventions and family-oriented support is outlined.

Key words: guilt, shame, psychoemotional state of cancer patients, psychological adaptation, body image, stigmatization, psychological interventions, quality of life.

Вступ. Онкологічне захворювання є потужним стресогенним чинником, що впливає не лише на соматичний стан людини, а й на її психоемоційну сферу, самосприйняття, тілесну ідентичність та систему міжособистісних взаємин. Досвід зіткнення з онкологічним діагнозом пов'язаний із необхідністю адаптації до вітальної загрози, невизначеності прогнозу, тривалого лікування, можливих функціональних обмежень і змін звичного способу життя. У зв'язку з цим у сучасній психоонкології значну увагу приділено вивченню тривоги, депресивних реакцій, страху прогресування захворювання, психологічного дистресу та інших форм емоційного неблагополуччя.

Водночас моральні переживання, зокрема провина та сором, залишаються недостатньо висвітленими у структурі психологічного реагування на онкологічне захворювання. На відміну від тривоги чи страху, які частіше вербалізуються пацієнтами та легше виявляються у клінічній практиці, провина і сором нерідко мають прихований, внутрішньо конфліктний характер, що ускладнює їх своєчасне розпізнавання та належне врахування в процесі психологічного супроводу.

Почуття провини у пацієнтів з онкологічними захворюваннями може проявлятися у формі самообвинувачення щодо ймовірних причин хвороби, несвоєчасного звернення за медичною допомогою, недостатньої уваги до власного здоров'я, а також у переживанні себе як тягаря для родини. Почуття сорому, своєю чергою, часто пов'язане зі змінами зовнішності, порушенням образу тіла, втратою автономії, залежністю від сторонньої допомоги, переживанням власної вразливості та досвідом стигматизації. Ці феномени належать до складних самосвідомісних емоцій і можуть посилювати психоемоційний дистрес, ускладнювати комунікацію з близькими та медичними працівниками, знижувати готовність звертатися за підтримкою, а також негативно впливати на якість життя й адаптацію до лікування.

Попри зростання наукового інтересу до емоційного досвіду онкохворих, провина і сором переважно розглядаються фрагментарно у контексті депресивних проявів, стигматизації, змін образу тіла, соціальної ізоляції або загального дистресу. Натомість їх роль у структурі психологічного реагування на онкологічне захворювання та в процесі адаптації до хвороби й лікування залишається недостатньо визначеною. Це зумовлює необхідність поглибленого вивчення провини та сорому як важливих компонентів внутрішнього досвіду пацієнтів з онкологічними захворюваннями та вдосконалення підходів до їх психологічного супроводу.

Мета статті полягає у теоретичному аналізі психологічних особливостей переживання провини та сорому в онкопацієнтів, уточненні їх ролі у структурі психоонкологічного досвіду та окресленні диференційованих напрямів психокорекції.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що у статті систематизовано провину і сором як психологічно не тотожні, але клінічно значущі складники психоонкологічного досвіду онкопацієнтів; уточнено їх психологічні механізми, основні прояви у структурі адаптації до хвороби та визначено диференційовані мішені психокорекції залежно від домінування переживань провини або сорому.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали вітчизняні та зарубіжні наукові публікації з проблематики самосвідомих емоцій, психоонкології, психологічної адаптації до онкологічного захворювання, образу тіла, стигматизації та психотерапевтичних інтервенцій, релевантних до переживань провини і сорому. Відбір джерел здійснювався за критеріями тематичної відповідності меті дослідження, теоретичної та клінічної значущості, а також актуальності публікацій. У роботі використано методи теоретичного аналізу, порівняння, систематизації та узагальнення, що дали змогу: уточнити психологічний зміст провини й сорому; зіставити їхні функції та механізми у структурі психоонкологічного досвіду; визначити основні мішені та напрями психокорекції.

Результати. У вітчизняному психологічному та медико-психологічному дискурсі провина і сором у контексті онкологічного захворювання ще не набули статусу самостійного предмета системного психоонкологічного аналізу. Натомість у науковій літературі представлено низку праць, у яких висвітлено ширший психоемоційний і психосоціальний контекст онкологічного захворювання: психологічне реагування на хворобу, психоемоційний стан онкопацієнтів, копінг-поведінку, сімейні ресурси, медико-психологічний супровід, страх рецидиву, адаптацію та психологічну реабілітацію [2; 3; 4; 8; 10; 12]. Безпосередньо феномен провини в українському психологічному дискурсі розглядається у зв'язку з моральною оцінкою вчинку, когнітивними механізмами усвідомлення порушення норми, а також процесами прощення і самопрощення; феномен сорому аналізується як самосвідоме переживання, пов'язане із саморегуляцією, перфекціонізмом, внутрішньою критикою та оцінкою цілісного образу «Я» [7; 11; 13].

У зарубіжній літературі провина і сором в онкопацієнтів концептуалізуються як клінічно значущі переживання, пов'язані не лише з емоційним станом, а й з адаптацією до хвороби, прийняттям рішень щодо лікування та якістю життя [22; 24; 29; 35; 30]. Провина пов'язується з переживанням моральної відповідальності, самокритикою, моральним перфекціонізмом і поведінкою, пов'язаною зі здоров'ям [24; 29]. Сором розглядається як переживання, тісно пов'язане з депресивною симптоматикою,

стигматизацією, порушенням образу тіла та психосоціальним функціонуванням, причому в окремих клінічних групах його зв'язок із дистресом є виразнішим, ніж у провини [30; 35]. Окремо показано, що сором і стигма можуть виступати самостійними предикторами психологічного дистресу в онкопацієнтів [22]. У сукупності ці дані дають підстави розглядати провину і сором не як периферійні емоційні реакції, а як психологічно і клінічно значущі феномени, що впливають на адаптацію до хвороби, рівень дистресу, міжособистісне функціонування та якість життя онкопацієнтів.

Теоретичне осмислення провини і сорому має тривалу історію в психології. У класичній психоаналітичній традиції З. Фрейд пов'язував переживання провини з функціонуванням Супер-Его як внутрішньої моральної інстанції; порушення його стандартів супроводжується почуттям провини, тривогою та потребою спокути [15; 38]. У межах аналітичної психології К. Юнга переживання провини і сорому пов'язуються з «тінню» – неприйнятими аспектами особистості, інтеграція яких розглядається як важлива умова психологічної цілісності та особистісного розвитку [40]. В індивідуальній психології А. Адлера ключового значення набувають почуття неповноцінності, компенсація та соціальний інтерес; психічне благополуччя пов'язується із соціальним інтересом [14, с. 21], тоді як дезадаптація з переживаннями неповноцінності та недостатністю соціального почуття [14, с. 64], що дозволяє осмислювати переживання провини в контексті соціальної відповідальності й ставлення до інших [14, с. 163–164]. У гуманістичній психології К. Роджерса центральним є поняття неконгруентності між самістю та досвідом; психологічний дистрес виникає внаслідок невідповідності між переживанням себе та уявленням про себе [32, с. 204–205]. В екзистенційній психології Р. Мей описував екзистенційну, або онтологічну, провину як переживання, пов'язане зі способом ставлення людини до власного потенціалу, відповідальності перед іншими та світом [17]. У подальшому клінічному осмисленні самосвідомих емоцій Х. Льюїс концептуалізувала сором і провину як психологічно відмінні переживання: сором стосується глобального Я, тоді як провину конкретного вчинку або його наслідків [26; 39, с. 347]. У сучасній психології Дж. Тангні системно розвинула цю лінію, показавши, що сором пов'язаний із фокусом на власному «Я», тоді як провину на конкретній поведінці; відповідно, провину частіше асоціюється з репаративними тенденціями, а сором з уникненням і самоусуненням [39, с. 349–351]. Своєю чергою, Р. Баумайстер розглядав провину як принципово соціальний і міжособистісний феномен, що виникає в міжособистісних взаємодіях і виконує функцію підтримання соціальних зв'язків, моральних зобов'язань і взаємної відповідальності [16, с. 243–244].

Почуття провини належить до складних самосвідомих емоцій, що формуються в процесі соціалізації та пов'язані з інтеріоризацією моральних норм. Воно виникає як результат оцінювання людиною власних дій, намірів або бездіяльності відповідно до внутрішніх і соціальних стандартів та передбачає самоусвідомлення, саморефлексію і співвіднесення себе із соціальними очікуваннями [36]. Провина ґрунтується на оцінці наслідків власних учинків, моральних критеріях особистості та когнітивних процесах усвідомлення порушення норми [13]. У психологічному значенні її тлумачать як переживання відповідальності за реальне або уявне порушення моральної норми, заподіяну шкоду чи невиконання значущого обов'язку. На відміну від сорому, провину пов'язана з негативною оцінкою не особистості загалом, а конкретного вчинку або його наслідків, унаслідок чого частіше супроводжується прагненням до виправлення ситуації, компенсації шкоди, вибачення або зміни поведінки [7; 33].

Водночас провину не завжди є наслідком реального проступку. Вона може актуалізуватися в ситуаціях травми, втрати, безсилля або неможливості вплинути на перебіг подій, а в умовах онкологічного захворювання набувати також екзистенційного змісту [42]. У цьому контексті показовим є феномен провини вцілілого, який, як наголошує Ю. Бойко-Бузиль, виявляється в переживанні моральної відповідальності навіть за відсутності об'єктивної вини [1]. Подібним чином, за умов травматичного досвіду провину посилюється через внутрішнє самозвинувачення, контрфактичні міркування та болісне переживання того, що людина «мала б» діяти інакше [34].

Не менш значущим самосвідомим переживанням є сором. У психології його визначають як емоцію, що виникає внаслідок переживання власної невідповідності значущим нормам, очікуванням або уявленням про прийнятне «Я». Якщо провину зосереджується переважно на вчинку, то сором охоплює особистість загалом і супроводжується болісним відчуттям недосконалості, дефектності, приниженості або небажаності для інших. Сором займає важливе місце серед самосвідомих емоцій, оскільки стосується соціального функціонування, ідентичності, моральної саморегуляції та оцінювання себе крізь уявний або реальний погляд іншого [36]. На відміну від провини, яка частіше спонукає до дії та виправлення, сором супроводжується прагненням сховатися, уникнути контакту або припинити саморозкриття. Він стосується оцінки цілісного образу «Я», виявляється в переживанні дефектності, внутрішній критиці та уникненні осуду, а за умов хронізації може ставати чинником тривожності, внутрішніх конфліктів і психологічної дезадаптації [6; 11]. Як засвідчує узагальнювальний огляд К. Гарофало, сором також супроводжується стратегіями уникнення, приховуванням себе та підвищеною чутливістю до соціальної загрози [23].

Водночас, як показано в новітніх дослідженнях, провина і сором мають різні когнітивні та поведінкові профілі: провина частіше спрямовує людину до виправлення наслідків і відновлення стосунків, тоді як сором поєднується з глобальнішою негативною самооцінкою, самоусуненням і ризиком дезадаптивного дистресу [33; 34]. Дослідження інтеграції цих емоцій у самоконцепцію додатково свідчать, що обидва переживання включаються в уявлення людини про себе, однак саме сором більшою мірою загрожує цілісному образу «Я» [20].

Одним із ключових механізмів виникнення провини є приписування собі причинного зв'язку з небажаною подією, порушенням норми або заподіяною шкодою. Її інтенсивність посилюється за наявності високих внутрішніх стандартів, схильності до самокритики, персоналізації та контрфактичного мислення [13; 34].

Сором актуалізується тоді, коли негативній оцінці піддається не окремий учинок, а цілісний образ «Я». Істотну роль у формуванні сорому відіграють досвід соціалізації, стиль міжособистісного оцінювання, жорсткі культурні очікування та особливості Я-концепції, внаслідок чого сором частіше супроводжується уникненням, приховуванням себе, самоізоляцією та труднощами вербалізації переживань [6; 23; 36].

Сучасні нейрофізіологічні дослідження уточнюють, що провина і сором мають не лише різний психологічний зміст, а й відмінні нейрокогнітивні та поведінкові профілі [31]. За даними метааналізу функціональних нейровізуалізаційних досліджень, обидві емоції пов'язані з активацією лівої передньої інсули, що залучена до емоційного усвідомлення та збудження, тоді як для провини більш специфічною є активація лівого скронево-тім'яного з'єднання, пов'язаного із соціальним пізнанням [31]. Психофізіологічні дані також свідчать, що провина є не лише когнітивним переживанням, а й тілесно опосередкованою емоцією, яка виникає при усвідомленні того, що людина завдала реальної або уявної шкоди іншому [37]. Експериментальні дослідження показують, що провина частіше пов'язана з коригувальною поведінкою та прагненням виправити наслідки порушення, тоді як сором асоціюється з відходом від мети, уникненням і самоусуненням [26]. Додатково показано, що компенсаторна поведінка, зумовлена провинною і соромом, спирається на відмінні нейронні субстрати, причому провина тісніше пов'язана з відшкодуванням шкоди. У сукупності ці дані дають підстави розглядати провину як самосвідому емоцію, що в нормі може виконувати адаптивну морально-регулятивну функцію, тоді як сором частіше пов'язаний із глобальною загрозою «Я» та унікальною поведінкою.

У структурі психоонкологічного досвіду провина і сором постають не як випадкові афективні реакції, а як значущі способи осмислення хвороби, власного тіла, відповідальності перед близькими, меж особистого контролю та зміненої життєвої ситуації [24; 25]. Ці переживання включаються в загальну систему психологічного реагування на онкологічний діагноз і можуть впливати не лише на емоційний стан пацієнта, а й на його поведінку, комунікацію та ставлення до лікування [22; 24].

Провина у психоонкологічному контексті пов'язується насамперед із переживанням відповідальності за хворобу, її можливі причини, запізниле звернення по допомогу, недостатню турботу про здоров'я, а також із відчуттям, що пацієнт завдає страждання близьким або стає для них тягарем [4; 5; 24; 29]. Вона може набувати форми самокритики, морального перфекціонізму, надмірної відповідальності та прагнення «бути хорошим пацієнтом», який достатньо старається заради лікування і не ускладнює життя іншим [24; 29]. У цьому сенсі провина є не лише емоцією, а й способом моральної саморегуляції, який іноді набуває дезадаптивного характеру.

Провина в онкопацієнтів часто пов'язана з самообвинуваченням і суб'єктивним приписуванням собі відповідальності за виникнення захворювання та його наслідки. У таких випадках пацієнт схильний інтерпретувати хворобу як результат власних помилок, моральних порушень або неправильних життєвих рішень. Це може виявлятися у спробах знайти пояснення захворюванню через логіку «я сам це спричинив», «це покарання за щось», «я мав би жити інакше». Подібні уявлення нерідко супроводжуються контрфактичним мисленням, коли людина зациклюється на минулому та повертається до сценаріїв на кшталт «якби я цього не зробив, то не захворів би».

Сором у структурі психоонкологічного досвіду має дещо інший психологічний фокус. Якщо провина частіше стосується того, що людина «зробила не так» або «не зробила достатньо», то сором пов'язується з переживанням себе як «не такої», «ослабленої», «приниженої», тілесно зміненої або соціально небажаної [25; 30; 35]. Він часто актуалізується в ситуаціях, де онкологічне захворювання порушує тілесну цілісність, приватність, автономію та звичний образ себе, а також робить вразливість помітною для інших [3; 25; 30].

Одним із ключових змістових вимірів сорому є тілесність. Сором посилюється тоді, коли наслідки хвороби або лікування стають видимими й зачіпають зовнішність, міміку, голос, мовлення, ковтання, сексуальність або інші аспекти тілесного самопредставлення. За таких умов переживання сорому формується на перетині зміненого образу тіла, соціальної видимості та страху оцінювання з боку інших. Це робить сором особливо значущим у тих клінічних групах, де тілесні зміни є вираженими та соціально помітними [30].

Іншим важливим виміром є стигматизація. Переживання сорому в онкопацієнтів тісно пов'язане з уявленням про соціальний осуд, втрату повноцінності, відчуття інакшості та психологічну вразливість у контакті з іншими людьми [22; 25]. Сором і стигма виступають не лише супровідними переживаннями, а й самостійними чинниками психологічного неблагополуччя, оскільки асоціюються з вищим рівнем дистресу, ізоляції та зниженням якості життя [22; 30].

Для психоонкології принципово важливим є розрізнення провини і сорому як близьких, але не тотожних феноменів. Провина частіше пов'язана з конкретними діями, рішеннями або уявною причинністю захворювання, тоді як сором має глобальніший характер і стосується цілісного образу себе. Саме сором виявляє тісніший зв'язок із депресивною симптоматикою та дезадаптивним дистресом, тоді як провинна частіше включена в моральне оцінювання себе і може супроводжуватися репаративними або компенсаторними тенденціями [29; 35].

Провина і сором також впливають на ставлення пацієнта до лікування. Моральні переживання можуть підсилювати прагнення «боротися до кінця», відповідати очікуванням близьких або лікарів, не здаватися слабким і не відмовлятися від терапії навіть тоді, коли її інтенсивність уже не є об'єктивно виправданою [24]. У такому контексті провинна і сором набувають не лише емоційного, а й клінічного значення, оскільки впливають на прийняття рішень щодо лікування та на стиль взаємодії з медичною системою.

Важливим є й те, що ці переживання рідко існують ізольовано. У структурі психоонкологічного досвіду вони переплітаються з тривогою, депресивними реакціями, безпорадністю, внутрішньою напругою, зміною ставлення до себе та порушенням психологічної адаптації до хвороби [2; 9; 12]. Провина може підштовхувати до надмірної самокритики, компенсаторної активності або виснажливого прагнення контролювати ситуацію, тоді як сором частіше пов'язаний з уникненням, замовчуванням, самоізоляцією та звуженням контактів [12; 35].

Окремим аспектом переживання провини є її спрямованість не лише на себе, а й на близьке оточення у міжособистісному та сімейному контексті. Онкопацієнт може сприймати себе як джерело страждання для родини, відчувати провинну за емоційне виснаження, тривогу або безпорадність членів сім'ї. Якщо людина бере на себе надмірну відповідальність за емоційний стан близьких, вона може несправедливо звинувачувати себе в їхніх переживаннях, замість того щоб пов'язувати ці страждання з самим фактом хвороби. У такому разі провинна набуває характеру стійкого дезадаптивного переживання, що посилює румінації, ускладнює психологічну адаптацію та підтримує внутрішню депресивну симптоматику [24; 29]. Водночас недостатність підтримки, порушення сімейної адаптованості та загальна емоційна напруга в родині можуть посилювати як провинну, так і сором, ускладнюючи психологічне подолання хвороби [4; 5].

У клінічному просторі сором є особливо значущим у періоди активного лікування, коли пацієнт переживає втрату приватності, залежність від процедур, оголення тіла, зміну зовнішності та необхідність приймати допомогу в інтимних або фізично вразливих ситуаціях [3; 25]. Це означає, що психологічна допомога в онкології має бути чутливою не лише до дистресу загалом, а й до тих моральних та тілесно опосередкованих переживань, які часто залишаються невербалізованими.

Узагальнення проаналізованих джерел дає підстави стверджувати, що в умовах онкологічного захворювання провинна і сором виконують різні психологічні функції. Якщо провинна частіше організує внутрішній досвід навколо причинності, моральної відповідальності та потреби виправлення, то сором структурує його навколо переживання зміненого, вразливого або «соціально знеціненого» «Я». Саме це розрізнення є принциповим для побудови диференційованої психологічної допомоги.

Психологічна допомога онкопацієнтам, які переживають провинну і сором, має ґрунтуватися на розумінні їхньої ролі як значущих складників психоонкологічного досвіду. Доцільним видається диференційований підхід до психокорекції. За домінування переживань провини мішенями втручання стають самообвинувачення, персоналізація, контрфактичне мислення, моральний перфекціонізм і уявлення про себе як джерело страждання для близьких. За домінування сорому на перший план виходять глобальна негативна самооцінка, тілесна неприйнятність, страх оцінювання, уникнення саморозкриття, самоізоляція та порушення образу тіла. Відповідно, вибір психокорекційних стратегій має спиратися не лише на загальний рівень дистресу, а й на психологічну структуру провідного переживання [3; 9; 14].

Одним із найбільш обґрунтованих підходів у роботі зі соромом є терапія, сфокусована на співчутті [18]. У практичному вимірі це обґрунтовує використання технік розвитку співчутливого внутрішнього діалогу, зниження жорсткої самокритики, вправ на безпечне самоприйняття й емоційну валідацію [14].

Перспективними у роботі зі соромом є також терапія прийняття та відповідальності. Значущість зумовлена тим, що сором часто супроводжується унікальною поведінкою, звуженням соціальних контактів і відмовою від обговорення тілесно та емоційно вразливих тем. У зв'язку з цим психологічна допомога має бути спрямована не лише на зниження інтенсивності сорому, а й на послаблення його

впливу на поведінку через розвиток прийняття власного досвіду, роботу з ціннісними орієнтаціями та відновлення участі в значущих сферах життя [19].

У роботі з провинною одним із провідних напрямів є когнітивне переосмислення та розвиток самопрощення (self-forgiveness). Інтервенції, спрямовані на самопрощення (self-forgiveness), які поєднують емоційно-фокусовані, когнітивно-поведінкові і травма-фокусовані елементи, сприяють переходу від самопокарання до більш зрілого прийняття відповідальності. Для онкопацієнтів це має особливе значення за наявності переконань на кшталт «я сам довів себе до хвороби», «я запізнився з діагностикою», «через мене виснажена родина». У таких випадках психокорекція має бути спрямована на відмежування реальної відповідальності від надмірного морального обтяження, послаблення руйнівного ототожнення між наслідком і цінністю власної особистості, а також на роботу з автоматичними думками, персоналізацією, жалем і самопрощенням без заперечення факту болю чи втрати [41].

Важливим підходом і для провини, і для сорому є когнітивно-поведінкова терапія, яка посідає провідне місце серед методів допомоги онкопацієнтам із дистресом, особливо тоді, коли переживання підтримуються дисфункційними переконаннями про себе, близьких і майбутнє. У роботі з провинною це означає корекцію перебільшеного приписування собі причинності та відповідальності, а в роботі із соромом опрацювання глобальних негативних висновків на кшталт «я більше не гідний любові», «моє тіло неприйнятне», «я став тягарем». Практично це передбачає виявлення автоматичних думок, роботу з когнітивними викривленнями, формування альтернативних інтерпретацій і закріплення більш реалістичного бачення себе в умовах хвороби, а також зменшення уникнення і підтримку звернення за допомогою [21; 28].

Однією з центральних мішеней допомоги при соромі є тілесна стигматизація, особливо після операцій, втрати волосся, стоми, зміни ваги, рубців або порушення мовлення. В цьому напрямку перспективними є групові програми, спрямовані на формування більш прийняттого образу тіла та розвиток самоспівчуття. У зв'язку з цим доцільними видаються психоосвіта, групові інтервенції, вправи на тілесне прийняття, робота з функціональністю тіла та поступове зниження уникнення, пов'язаного із соціальною видимістю тілесних змін [27; 30].

У вітчизняних працях найповніше висвітлено медико-психологічний супровід, сімейно-орієнтовану допомогу, підтримувальне консультування та розвиток копінг-ресурсів. Психосоціальна допомога розглядається як ресурс компенсації психологічного виснаження онкопацієнта, а родина як важливий чинник адаптації. Це має особливе значення для переживань провини, оскільки відчуття себе як тягара для близьких часто формується саме в міжособистісному просторі; відповідно, психокорекція провини потребує не лише індивідуальної, а й сімейно-орієнтованої роботи [4; 5].

Системна психологічна допомога є особливо значущою на етапі активного лікування, коли посилюються тілесна й психічна вразливість, втрата приватності, залежність від процедур і змінене самосприйняття; у цих умовах важливими компонентами психоонкологічного супроводу виступають підтримувальне консультування, вербалізація тяжких емоцій, нормалізація переживань і створення безпечного простору для їх вираження [3; 8]. Окремим напрямом допомоги є розвиток адаптивних копінг-стратегій, оскільки за умов стресу провинна може переходити в румінації й самопокарання, а сором – у замовчування, звуження контактів та уникнення; відповідно, мішенями втручання стають відновлення здатності звертатися за підтримкою, формування конструктивного емоційного вираження, зниження унікальної поведінки та підтримка активних способів пристосування до хвороби [12]. Методично доцільним у роботі з пацієнтами, які переживають різку зміну тілесного образу, є раціонально-емотивний підхід, що дає змогу виявляти, оскаржувати й замінювати ірраціональні переконання, які підтримують сором і провину, на більш реалістичні та адаптивні [10].

Водночас слід урахувувати, що проведене дослідження має теоретичний характер і не передбачає власної емпіричної перевірки висунутих положень. Частина узагальнень спирається на дослідження окремих клінічних груп онкопацієнтів, а також на дані загальної та клінічної психології самосвідомих емоцій, що потребує подальшої емпіричної конкретизації щодо різних нозологій, етапів лікування та соціокультурних контекстів.

Висновки. У результаті проведеного теоретичного аналізу встановлено, що провинна і сором є психологічно не тотожними, але клінічно значущими складниками психоонкологічного досвіду, які беруть участь у формуванні внутрішньої картини хвороби, опосередковують емоційне реагування та впливають на адаптацію онкопацієнта до соматичної, тілесної й екзистенційної вразливості. Провинна переважно локалізується в площині морального самооцінювання, переживання відповідальності, самозвинувачення, персоналізації та контрфактичного мислення, тоді як сором має більш глобальний характер, інтегрується в цілісний образ «Я» і пов'язується з переживанням дефектності, небажаності, соціальної видимості вразливості, тілесної змінності та стигматизації. Показано, що провинна і сором відрізняються не лише за психологічним змістом, а й за поведінковими та нейрокогнітивними профілями, що має значення для розуміння їхнього впливу на адаптацію до хвороби та лікування.

Визначено, що ці феномени мають різний дезадаптивний потенціал: провина частіше реалізується через румінації, моральне перевантаження, надмірну відповідальність і компенсаторні тенденції, тоді як сором більшою мірою асоціюється із самоізоляцією, унікальною поведінкою, порушенням соціального функціонування, негативною самооцінкою та депресивною симптоматикою. Водночас провина в нормі може виконувати відносно адаптивну морально-регуляторну функцію, оскільки пов'язана з усвідомленням відповідальності та прагненням до виправлення наслідків, однак за умов хронізації, румінацій та надмірного самообвинувачення набуває дезадаптивного характеру. Їх формування відбувається на перетині самосвідомості, інтеріоризованих моральних норм, досвіду соціального оцінювання, особливостей самоставлення та Я-концепції, а в психоонкологічному контексті посилюється під впливом тілесної вразливості, втрати автономії, зміни соціальних ролей, порушення образу тіла, напруження в родинній системі та переживання себе як тягаря для близьких.

Показано, що основними мішенями психокорекції є надмірне самообвинувачення, глобальна негативна самооцінка, самокритика, румінації, персоналізація, унікальна поведінка, тілесна стигматизація, порушення образу тіла та дисфункційні сімейні смисли. Найбільш релевантними підходами в роботі з такими переживаннями є когнітивно-поведінкова терапія, терапія, сфокусована на співчутті, терапія прийняття та відповідальності, інтервенції самопрощення, сімейно-орієнтоване й підтримувальне консультування, психоосвіта, а також втручання, спрямовані на корекцію образу тіла й розвиток адаптивних копінг-стратегій. Отже, урахування провини і сорому як клінічно значущих феноменів внутрішнього досвіду онкопациєнта є необхідною умовою концептуального уточнення психоонкологічного супроводу та розроблення більш диференційованих моделей психологічної допомоги.

Література:

1. Бойко-Бузиль Ю. Ю. Синдром провини вцілілого як соціально-психологічний феномен війни. *Особистість, суспільство, війна* : тези доп. учасників міжнар. психол. форуму (м. Харків, 15 квіт. 2022 р.). Харків : ХНУВС, 2022. С. 25–28. URL: <https://dspace.univd.edu.ua/items/8090e21b-d4f6-427d-aa8e-902752628180>
2. Будкіна О. В., Волинець Н. В. Особливості психоемоційних станів онкологічних хворих. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». 2017. № 14. С. 184–188. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpkhist_2017_14_45
3. Кирилова О., Старенький В., Золотарьова Т. Система психологічної допомоги на етапі променевої терапії в онкологічному закладі у Харкові під час військового стану. *Перспективи та інновації науки*. 2024. № 7 (41). С. 739–754. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7\(41\)-739-754](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7(41)-739-754)
4. Кривоніс Т. Г. Оцінка психосоціального ресурсу в родині з онкологічним пацієнтом. *Медицина сьогодні і завтра*. 2019. Т. 84. № 3. С. 77–81. DOI: <https://doi.org/10.35339/msz.2019.84.03.12>
5. Кривоніс Т. Г. Прояви тривоги та депресії у родичів пацієнтів з онкологічними захворюваннями. *ScienceRise: Medical Science*. 2020. № 2 (35). С. 45–52. DOI: <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2020.199785>
6. Леник В.-М. М., Когутяк Н. М. Вплив соціальних мереж на формування почуття провини у матері. *Габітус*. 2020. Вип. 19. С. 145–149. URL: <https://habitus.od.ua/journals/2020/19-2020/27.pdf>
7. Левницька Т. В., Шамлян К. М. Особливості взаємозв'язку показників почуття сорому й перфекціонізму в молоді. *Габітус*. 2025. Вип. 78. Т. 1. С. 147–151. DOI: <https://doi.org/10.32782/hbts.78.1.25>
8. Лисник К. Особливості адаптації ConquerFear для психологічної допомоги українським онкоодужуючим. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2023. Вип. 16. С. 18–27. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2023.16.3>
9. Мерліч С. В. Використання стратегій раціонально-емотивної терапії при забезпеченні медико-психологічного супроводу хворих з кишковою стоною. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2014. Т. 20. № 4. С. 111–113. URL: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/8423/Merlich.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення: 18.03.2026).
10. Мухаровська І. Р. Особливості психологічного реагування на захворювання у онкологічних хворих. *ScienceRise: Medical Science*. 2016. № 11 (7). С. 16–20. DOI: <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2016.84037>
11. Онисько О. Т., Клименко М. Р. Сором як дзеркало саморегуляції особистості: психологічні механізми взаємозв'язку. *Габітус*. 2025. Вип. 77. Т. 2. С. 46–50. DOI: <https://doi.org/10.32782/hbts.77.2.8>
12. Становський Б. О. Особливості стрес-долаючої поведінки пацієнток з вперше діагностованою онкопатологією в умовах хронічного соціального стресу : дис. ... д-ра філософії. Київ, 2024. 253 с. Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. URL: https://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/11419/1/Становський_Б.О._ДИСЕРТАЦІЯ%20PhD.pdf (дата звернення: 18.03.2026).
13. Цільмак О. М., Король К. М., Павзюк А. А. Профілі когнітивних кластерів особистості відповідно до інтенсивності переживання нею провини. *Габітус*. 2025. Вип. 79. Т. 2. С. 165–169. DOI: <https://doi.org/10.32782/hbts.79.2.31>
14. Adler A. Social interest: A challenge to mankind. Classical Adlerian Translation Project, 2011. 178 p. URL: <https://adler.institute/wp-content/uploads/2019/01/social-interest.pdf> (дата звернення: 19.03.2026).
15. Alfred Adler. Encyclopaedia Britannica. URL: <https://www.britannica.com/biography/Alfred-Adler> (дата звернення: 19.03.2026).
16. Baumeister R. F., Stillwell A. M., Heatherton T. F. Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*. 1994. Vol. 115. No. 2. P. 243–267. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.2.243>
17. Binder P.-E. The call of the unlive life: On the psychology of existential guilt. *Frontiers in Psychology*. 2022. Vol. 13. Article 991325. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.991325>
18. Brown N., Ashcroft K. The effectiveness of compassion focused therapy for the three flows of compassion, self-criticism, and shame in clinical populations: A systematic review. *Behavioral Sciences*. 2025. Vol. 15. No. 8. Article 1031. DOI: <https://doi.org/10.3390/bs15081031>

19. Serpi A. B., Ma H. Y., Irshad A. M., Yoe G. K., Johnston C. A. Addressing shame through self-compassion. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2025. Vol. 19. No. 2. P. 194–197. DOI: <https://doi.org/10.1177/15598276241292993>
20. Choi H. Integrating guilt and shame into the self-concept: The influence of future opportunities. *Behavioral Sciences*. 2024. Vol. 14. No. 6. Article 472. DOI: <https://doi.org/10.3390/bs14060472>
21. Evidence-based Guideline Psycho-oncological Diagnostics, Counseling and Treatment of Adult Cancer Patients (S3 Guideline Psycho-oncology). 2024. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/032_D_Krebsgesellschaft/032-051OLle_S3_Psycho-oncological-Diagnostics-Counseling-Treatment-of-Adult-Cancer-Patients_2024-10.pdf (дата звернення: 19.03.2026).
22. Eyu H. T., Jaafar N. R. N., Rosli N. A., Ahmad Sabki Z., Abdul Manaf M. R., Bahari R., Abdul Rahman S. N., Said R. M., Chang C. T., Ab Razak N. H., Ramli M., Ismail S. I. F. Perceived shame and stigma, and other psychosocial predictors of psychological distress among cancer patients in Malaysia. *Psycho-Oncology*. 2024. Vol. 33. No. 12. Article e70020. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.70020>
23. Garofalo C., Giammarioli L., Aiolfi I., Delvecchio E., Mazzeschi C. Conceptualization and assessment of shame experience and regulation: An umbrella review of synthesis studies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2025. Vol. 32. No. 4. Article e70136. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.70136>
24. George L. S., Saraiya B., Mohile S., Muha E., Naqvi S. M. A. A., Desiderio V., Kilbourn K., Duberstein P. R. Obligated to fight? Patient moral processes in the face of poor prognosis cancer. *Health Psychology*. 2025. Vol. 44. No. 6. P. 587–596. DOI: <https://doi.org/10.1037/hea0001438>
25. Hack C. Die Bedeutung von Scham im Erleben von Krebskrankheiten bei Patienten und Behandlern. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Psychoonkologie. *Psychoanalyse im Widerspruch*. 2016. H. 55. S. 61–88. URL: <https://psychosozial-verlag.de/programm/4000/4200/22462-detail>
26. Lewis H. B. Shame and guilt in neurosis. New York: International Universities Press, 1971. 525 p.
27. MaGee C. A., Gammage K. L. The impact of a positive body image program (Body Image Awareness Seminars) on the positive and negative body image of individuals living with cancer. *Cancer Reports*. 2025. Vol. 8. No. 3. Article e70161. DOI: <https://doi.org/10.1002/cnr2.70161>
28. Meoded M. D., Tănase M., Mehedinț C., Cirimbei C. Psycho-oncology in breast cancer: Supporting women through distress, treatment, and recovery – three arguments – rapid narrative review. *Medicina*. 2025. Vol. 61. No. 6. Article 1008. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina61061008>
29. Meren S. S., Jوسفeld L., Bahlmann J. C., Fischer von Weikersthal L., Männle H., Huebner J. Feelings of guilt among cancer patients and the usage of complementary or alternative medicine: A cross-sectional survey. *Palliative & Supportive Care*. 2025. Vol. 23. Article e21. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951524001718>
30. Peng H.-L., Chen Y.-H., Lee H.-Y., Tsai W.-Y., Chang Y.-L., Lai Y.-H., Chen S.-C. Factors associated with shame and stigma among head and neck cancer patients: A cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*. 2024. Vol. 32. No. 6. Article 357. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08568-2>
31. Piretti L., Cosentino G., Adenzato M. The neural signatures of shame, embarrassment, and guilt: A voxel-based meta-analysis on functional neuroimaging studies. *Brain Sciences*. 2023. Vol. 13. No. 4. Article 559. DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci13040559>
32. Rogers C. R. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch S. (ed.). *Psychology: A Study of a Science*. Vol. 3: Formulations of the Person and the Social Context. New York: McGraw-Hill, 1959. P. 184–256.
33. Semaan R. W., Wang Y., Xu A. J., Klesse A.-K. Shame withdraws, guilt corrects: Distinguishing shame and guilt in goal pursuit – an experimental study. *Behavioral Sciences*. 2025. Vol. 15. No. 6. Article 725. DOI: <https://doi.org/10.3390/bs15060725>
34. Shi C., Ren Z., Zhao C., Zhang T., Chan S. H. W., Hall B. J. Shame, guilt, and posttraumatic stress symptoms: A three-level meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. 2021. Vol. 82. Article 102443. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102443>
35. Siwik C. J., Flocke S. A., Matlock D. D., Laudenslager M. L., Park E. R. Depressive symptoms among patients with lung cancer: Elucidating the roles of shame, guilt, and self-compassion. *Journal of Health Psychology*. 2022. Vol. 27. No. 4. P. 924–936. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105320988331>
36. Singh D., Bhushan B. Understanding shame, guilt, embarrassment and pride: A systematic review of self-conscious emotions. *Frontiers in Psychology*. 2025. Vol. 16. Article 1678930. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1678930>
37. Stewart C. A., Judah M. R., McNally M. A., Berle E. D., Schatz J. C. The psychophysiology of guilt in healthy adults. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. 2023. Vol. 23. No. 4. P. 1192–1209. DOI: <https://doi.org/10.3758/s13415-023-01079-3>
38. Superego. Encyclopaedia Britannica. URL: <https://www.britannica.com/science/superego> (дата звернення: 19.03.2026).
39. Tangney J. P., Stuewig J., Mashek D. J. Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*. 2007. Vol. 58. P. 345–372. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
40. The shadow. International Association for Analytical Psychology. URL: <https://iaap.org/jung-analytical-psychology/short-articles-on-analytical-psychology/the-shadow/> (дата звернення: 19.03.2026).
41. Vismaya A., Gopi A., John R., Rajkumar E. Psychological interventions to promote self-forgiveness: A systematic review. *BMC Psychology*. 2024. Vol. 12. Article 258. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01671-3>
42. Yousefi P., Ghaedi H., Alavi Majd H., Haghani H. Existential guilt in cancer patients: A concept analysis. *International Journal of Cancer Management*. 2023. Vol. 16. No. 1. Article e136219. DOI: <https://doi.org/10.5812/ijcm-136219>; URL: <https://brieflands.com/journals/ijcm/articles/136219.html> (дата звернення: 19.03.2026).

References:

1. Boiko-Buzyl, Yu. Yu. (2022). Syndrom provyny vtsililoho yak sotsialno-psykhologichnyi fenomen viiny [Survivor guilt syndrome as a socio-psychological phenomenon of war]. *Osobystist, suspilstvo, viina: tezy dop. uchasnykiv mizhnar. psykol. forumu* (m. Kharkiv, 15 kvit. 2022 r.). Kharkiv: KhNUVS. P. 25–28. Retrieved from: <https://dspace.univd.edu.ua/items/8090e21b-d4f6-427d-aa8e-902752628180> [in Ukrainian].
2. Budkina, O. V., Volynets, N. V. (2017). Osoblyvosti psykhoemotsiinykh staniv onkolohichnykh khvorykh [Features of psychoemotional states of cancer patients]. *Zbirnyk naukovykh prats Khmelnytskoho instytutu sotsialnykh tekhnolohii Universytetu «Ukraina»*. No. 14. P. 184–188. Retrieved from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpkhist_2017_14_45 [in Ukrainian].

3. Kyrylova, O., Starenkyi, V., Zolotarova, T. (2024). Systema psykholohichnoi dopomohy na etapi promenevoi terapii v onkologichnomu zakladi u Kharkovi pid chas viiskovoho stanu [The system of psychological care at the stage of radiation therapy in an oncology institution in Kharkiv during martial law]. *Perspektyvy ta innovatsii nauky*. No. 7(41). P. 739–754. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7\(41\)-739-754](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7(41)-739-754) [in Ukrainian].
4. Kryvonis, T. H. (2019). Otsinka psykhosotsialnoho resursu v rodyini z onkologichnym patsientom [Assessment of psychosocial resources in a family with an oncology patient]. *Medytsyna sohodni i zavtra*. Vol. 84. No. 3. P. 77–81. DOI: <https://doi.org/10.35339/msz.2019.84.03.12> [in Ukrainian].
5. Kryvonis, T. H. (2020). Proiavy tryvohy ta depresii u rodychiv patsientiv z onkologichnymy zakhvoriuvanniamy [Manifestations of anxiety and depression in relatives of patients with oncological diseases]. *ScienceRise: Medical Science*. No. 2(35). P. 45–52. DOI: <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2020.199785> [in Ukrainian].
6. Lenyk, V.-M. M., Kohutiak, N. M. (2020). Vplyv sotsialnykh merezh na formuvannya pochuttia provyny u materi [The influence of social networks on the formation of guilt in mothers]. *Habitus*. Vyp. 19. P. 145–149. Retrieved from: <https://habitus.od.ua/journals/2020/19-2020/27.pdf> [in Ukrainian].
7. Levytska, T. V., Shamlian, K. M. (2025). Osoblyvosti vzaiemozviazku pokaznykiv pochuttia soromu y perfektsionizmu v molodi [Peculiarities of the relationship between indicators of shame and perfectionism in youth]. *Habitus*. Vyp. 78. T. 1. P. 147–151. DOI: <https://doi.org/10.32782/hbts.78.1.25> [in Ukrainian].
8. Lysnyk, K. (2023). Osoblyvosti adaptatsii ConquerFear dlia psykholohichnoi dopomohy ukraïnskym onkooduzhuiuuchym [Adaptation features of ConquerFear for psychological assistance to Ukrainian cancer survivors]. *Visnyk Lvivskoho universytetu. Seriiia psykholohichni nauky*. Vyp. 16. P. 18–27. DOI: <https://doi.org/10.30970/PS.2023.16.3> [in Ukrainian].
9. Mierlich, S. V. (2014). Vykorystannia stratehii ratsionalno-emotyvnoi terapii pry zabezpechenni medyko-psykholohichnoho suprovodu khvorykh z kyshkovoiu stomoiu [The use of rational-emotive therapy strategies in providing medical and psychological support to patients with an intestinal stoma]. *Aktualni problemy sotsiologii, psykholohii, pedahohiky*. Vol. 20. No. 4. P. 111–113. Retrieved from: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/8423/Merlich.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [in Ukrainian].
10. Mukharovska, I. R. (2016). Osoblyvosti psykholohichnoho reahuvannya na zakhvoriuvannya u onkologichnykh khvorykh [Features of psychological response to disease in cancer patients]. *ScienceRise: Medical Science*. No. 11(7). P. 16–20. DOI: <https://doi.org/10.15587/2519-4798.2016.84037> [in Ukrainian].
11. Onysko, O. T., Klymenko, M. R. (2025). Sorom yak dzerkalo samorehuliasii osobystosti: psykholohichni mekhanizmy vzaiemozviazku [Shame as a mirror of personality self-regulation: psychological mechanisms of interrelation]. *Habitus*. Vyp. 77. T. 2. P. 46–50. DOI: <https://doi.org/10.32782/hbts.77.2.8> [in Ukrainian].
12. Stanovskyi, B. O. (2024). Osoblyvosti stres-dolaiuchoi povedinky patsientok z vpershe diahnostovanoi onkopatohiieiu v umovakh khronichnoho sotsialnoho stresu [Peculiarities of stress-coping behavior of patients with first diagnosed oncopathology under conditions of chronic social stress] (PhD dissertation). Kyiv: Natsionalnyi medychnyi universytet imeni O. O. Bohomoltsia. 253 p. Retrieved from: https://ir.library.nmu.com/bitstream/123456789/11419/1/Становський_Б.О._ДИСЕРТАЦІЯ%20PhD.pdf [in Ukrainian].
13. Tsilmak, O. M., Korol, K. M., Pavziuk, A. A. (2025). Profili kohnityvnykh klasteriv osobystosti vidpovidno do intensyvnosti perezhyvannya neiu provyny [Profiles of cognitive clusters of personality according to the intensity of guilt experienced by an individual]. *Habitus*. Vyp. 79. T. 2. P. 165–169. DOI: <https://doi.org/10.32782/hbts.79.2.31> [in Ukrainian].
14. Adler, A. (2011). Social interest: A challenge to mankind. Classical Adlerian Translation Project. 178 p. Retrieved from: <https://adler.institute/wp-content/uploads/2019/01/social-interest.pdf>
15. Alfred Adler. Encyclopaedia Britannica. Retrieved from: <https://www.britannica.com/biography/Alfred-Adler>
16. Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*. Vol. 115. No. 2. P. 243–267. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.2.243>
17. Binder, P.-E. (2022). The call of the unlive life: On the psychology of existential guilt. *Frontiers in Psychology*. Vol. 13. Article 991325. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.991325>
18. Brown, N., Ashcroft, K. (2025). The effectiveness of compassion focused therapy for the three flows of compassion, self-criticism, and shame in clinical populations: A systematic review. *Behavioral Sciences*. Vol. 15. No. 8. Article 1031. DOI: <https://doi.org/10.3390/bs15081031>
19. Cepni, A. B., Ma, H. Y., Irshad, A. M., Yoe, G. K., Johnston, C. A. (2025). Addressing shame through self-compassion. *American Journal of Lifestyle Medicine*. Vol. 19. No. 2. P. 194–197. DOI: <https://doi.org/10.1177/15598276241292993>
20. Choi, H. (2024). Integrating guilt and shame into the self-concept: The influence of future opportunities. *Behavioral Sciences*. Vol. 14. No. 6. Article 472. DOI: <https://doi.org/10.3390/bs14060472>
21. Evidence-based Guideline Psycho-oncological Diagnostics, Counseling and Treatment of Adult Cancer Patients (S3 Guideline Psycho-oncology) (2024). Retrieved from: https://register.awmf.org/assets/guidelines/032_D_Krebsgesellschaft/032-051OLle_S3_Psycho-oncological-Diagnostics-Counseling-Treatment-of-Adult-Cancer-Patients_2024-10.pdf
22. Eyu, H. T., Jaafar, N. R. N., Rosli, N. A., Ahmad Sabki, Z., Abdul Manaf, M. R., Bahari, R., Abdul Rahman, S. N., Said, R. M., Chang, C. T., Ab Razak, N. H., Ramli, M., Ismail, S. I. F. (2024). Perceived shame and stigma, and other psychosocial predictors of psychological distress among cancer patients in Malaysia. *Psycho-Oncology*. Vol. 33, No. 12. Article e70020. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.70020>
23. Garofalo, C., Giammarioli, L., Aiolfi, I., Delvecchio, E., Mazzeschi, C. (2025). Conceptualization and assessment of shame experience and regulation: An umbrella review of synthesis studies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. Vol. 32. No. 4. Article e70136. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.70136>
24. George, L. S., Saraiya, B., Mohile, S., Muha, E., Naqvi, S. M. A. A., Desiderio, V., Kilbourn, K., Duberstein, P. R. (2025). Obligated to fight? Patient moral processes in the face of poor prognosis cancer. *Health Psychology*. Vol. 44. No. 6. P. 587–596. DOI: <https://doi.org/10.1037/hea0001438>
25. Hack, C. (2016). Die Bedeutung von Scham im Erleben von Krebskrankheiten bei Patienten und Behandlern. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Psychoonkologie. *Psychoanalyse im Widerspruch*. H. 55. S. 61–88. Retrieved from: <https://psychosozial-verlag.de/programm/4000/4200/22462-detail> [in German].
26. Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. New York: International Universities Press. 525 p.

27. MaGee, C. A., Gammage, K. L. (2025). The impact of a positive body image program (Body Image Awareness Seminars) on the positive and negative body image of individuals living with cancer. *Cancer Reports*. Vol. 8, No. 3. Article e70161. DOI: <https://doi.org/10.1002/cnr2.70161>
28. Meoded, M. D., Tănase, M., Mehedinț, C., Cirimbei, C. (2025). Psycho-oncology in breast cancer: Supporting women through distress, treatment, and recovery – three arguments – rapid narrative review. *Medicina*. Vol. 61. No. 6. Article 1008. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina61061008>
29. Meren, S. S., Josfeld, L., Bahlmann, J. C., Fischer von Weikersthal, L., Männle, H., Huebner, J. (2025). Feelings of guilt among cancer patients and the usage of complementary or alternative medicine: A cross-sectional survey. *Palliative & Supportive Care*. Vol. 23. Article e21. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1478951524001718>
30. Peng, H.-L., Chen, Y.-H., Lee, H.-Y., Tsai, W.-Y., Chang, Y.-L., Lai, Y.-H., Chen, S.-C. (2024). Factors associated with shame and stigma among head and neck cancer patients: A cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*. Vol. 32, No. 6. Article 357. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-024-08568-2>
31. Piretti, L., Cosentino, G., Adenzato, M. (2023). The neural signatures of shame, embarrassment, and guilt: A voxel-based meta-analysis on functional neuroimaging studies. *Brain Sciences*. Vol. 13. No. 4. Article 559. DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci13040559>
32. Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch, S. (ed.). *Psychology: A Study of a Science*. Vol. 3: Formulations of the Person and the Social Context. New York: McGraw-Hill. P. 184–256.
33. Semaan, R. W., Wang, Y., Xu, A. J., Klesse, A.-K. (2025). Shame withdraws, guilt corrects: Distinguishing shame and guilt in goal pursuit – an experimental study. *Behavioral Sciences*. Vol. 15. No. 6. Article 725. DOI: <https://doi.org/10.3390/bs15060725>
34. Shi, C., Ren, Z., Zhao, C., Zhang, T., Chan, S. H. W., Hall, B. J. (2021). Shame, guilt, and posttraumatic stress symptoms: A three-level meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*. Vol. 82. Article 102443. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102443>
35. Siwik, C. J., Flocke, S. A., Matlock, D. D., Laudenslager, M. L., Park, E. R. (2022). Depressive symptoms among patients with lung cancer: Elucidating the roles of shame, guilt, and self-compassion. *Journal of Health Psychology*. Vol. 27. No. 4. P. 924–936. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105320988331>
36. Singh, D., Bhushan, B. (2025). Understanding shame, guilt, embarrassment and pride: A systematic review of self-conscious emotions. *Frontiers in Psychology*. Vol. 16. Article 1678930. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1678930>
37. Stewart, C. A., Judah, M. R., McNally, M. A., Berle, E. D., Schatz, J. C. (2023). The psychophysiology of guilt in healthy adults. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. Vol. 23. No. 4. P. 1192–1209. DOI: <https://doi.org/10.3758/s13415-023-01079-3>
38. Superego. Encyclopaedia Britannica. Retrieved from: <https://www.britannica.com/science/superego>
39. Tangney, J. P., Stuewig, J., Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*. Vol. 58. P. 345–372. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
40. The shadow. International Association for Analytical Psychology. Retrieved from: <https://iaap.org/jung-analytical-psychology/short-articles-on-analytical-psychology/the-shadow/>
41. Vismaya, A., Gopi, A., John, R., Rajkumar, E. (2024). Psychological interventions to promote self-forgiveness: A systematic review. *BMC Psychology*. Vol. 12. Article 258. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01671-3>
42. Yousefi, P., Ghaedi, H., Alavi Majd, H., Haghani, H. (2023). Existential guilt in cancer patients: A concept analysis. *International Journal of Cancer Management*. Vol. 16, No. 1. Article e136219. DOI: <https://doi.org/10.5812/ijcm-136219>. Retrieved from: <https://brieflands.com/journals/ijcm/articles/136219.html>

Дата першого надходження статті до видання: 23.02.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 17.03.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 21.05.2026