

В. О. Беляк, Р. І. Білобровка

**ВТРАТА ОРГАНА ЯК ТРИГЕР КРИЗИ ІДЕНТИЧНОСТІ
У ЖІНОК ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ ПУХЛИНАМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ
(огляд літератури)**

V. O. Belyak, R. I. Bilobryvka

**ORGAN LOSS AS A TRIGGER OF IDENTITY CRISIS IN WOMEN WITH MALIGNANT TUMORS
OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM
(literature review)**

Ключові слова: криза ідентичності, психоемоційні розлади, депресія, самосприйняття, пухлини жіночої репродуктивної системи, менопауза, безпліддя

Keywords: identity crisis, psycho-emotional disorders, depression, self-perception, tumors of the female reproductive system, menopause, infertility

Ця наукова праця присвячена висвітленню актуальної проблеми сучасної психіатрії та медичної психології — кризі ідентичності та супутнім психоемоційним розладам, що виникають внаслідок органектомічних операцій у жінок із онкогінекологічними захворюваннями. Послідовно розглянуті наукові праці українських та зарубіжних вчених, що присвячені вивченню таких аспектів кризи ідентичності: причини та механізми її виникнення, варіації її проявів, супутня психопатологічна симптоматика та методи її подолання.

This scientific work is devoted to highlighting the current problem of modern psychiatry and medical psychology — the identity crisis and associated psycho-emotional disorders that arise as a result of organectomy operations in women with oncogynecological diseases. Scientific works of Ukrainian and foreign scientists devoted to the study of such aspects of the identity crisis as the causes and mechanisms of its occurrence, variations of its manifestations, associated psychopathological symptoms and methods of overcoming it are consistently reviewed.

Встановлення етіофакторів, механізмів патогенезу та супутніх психопатологічних проявів кризи ідентичності у жінок з онкогінекологічними захворюваннями набувають особливої актуальності на фоні підвищення поширення пухлин репродуктивної системи в Україні та світі [1]. На жаль, часто проведення хіміотерапії чи органозберігаючого оперативного лікування не є достатнім для досягнення ремісії у зв'язку з високою агресивністю та пізнім виявленням онкогінекологічної патології у жінок, що робить її наслідком проведення субтотального чи тотального видалення органів жіночої репродуктивної системи. Саме тому втрата органа є валідним предиктором розвитку кризи ідентичності та психоемоційних розладів у жінок з онкогінекологічними захворюваннями та потребує всебічного вивчення [2; 3].

Концепт кризи ідентичності бере початок ще з робіт Еріка Еріксона 1950 року, в яких її описано як варіант норми для певних періодів вікового розвитку, а також як патологічний стан, що виникає у разі суттєвих змін життєвого устрою [4]. Однак онкологічні діагнози, що часто поділяють життя хворих на «до» та «після», почали розглядати як тригер кризи ідентичності набагато пізніше — лише наприкінці 70-х років XX сторіччя. Першим психологічні та психіатричні наслідки онкозахворювань, включно з втратою власного «я», тілесного відчуження та розриву ідентичності, описав J. C. Holland [5].

В контексті кризи ідентичності втрату органа внаслідок злоякісних новоутворень жіночої ре-

продуктивної системи почали вивчати наприкінці XX сторіччя, коли дослідження вперше показали, що у жінок з раком молочної залози зміни тіла спричиняють не тільки депресію, а й стійку кризу самосприйняття, яка не редукується після ремісії [6]. Виявилось, що втрата або пошкодження репродуктивних органів внаслідок онкологічних захворювань (наприклад, мастектомія, гістеректомія, оваріектомія або інші радикальні операції на органах малого таза) істотно впливає не тільки на фізичне здоров'я, але і на психічний стан людини. Водночас із зміною тілесного образу та зниженням якості життя у пацієнтів часто розвивається криза ідентичності — порушення цілісного почуття «я» та відчуття розриву між колишньою та теперішньою особистістю [7].

Онкологічні захворювання жіночої репродуктивної системи, що призводять до втрати органа — зокрема рак шийки матки, яєчників, тіла матки чи вульви — особливо глибоко впливають як на фізичний стан жінки, так і на її психоемоційне благополуччя, самосприйняття, відчуття цілісності та ідентичності [8; 9]. Найбільш вразливою є сфера особистої, тілесної та гендерної ідентичності, яка часто зазнає глибокої трансформації або навіть кризи після встановлення діагнозу злоякісних пухлин та оперативного лікування з втратою органа [10]. Криза ідентичності у жінок із такими діагнозами особливо часто проявляється в почуттях втрати жіночності, стигматизації, зміни образу тіла, сексуальної дисфункції та порушення репродуктивної функції [11—13].

Онкогінекологічні захворювання, що призводять до втрати органа, часто супроводжуються змінами сприйняття власного тіла, що безпосередньо пов'язано з почуттям сорому, неприйняття себе та сексуальними труднощами [14]. Жінки, які пережили лікування гінекологічного раку, часто повідомляли про зміну образу тіла та сексуальної самоідентифікації, внутрішні конфлікти та змінене сприйняття себе [15; 16].

Рак та його лікування порушували звичні ролі та уявлення жінок про себе, що призводило до глибокої внутрішньої перебудови. Вони описували себе як «іншу людину», «неповноцінну жінку», а своє тіло як «дефектне», втрачали інтерес до сексуального життя або відчували страх перед інтимністю, перед майбутнім та порушенням тілесної цілісності [17]. Діагноз ставав «непроханим гостем», а нормальне життя — руйнувалося. Жінки говорили про втрату свого звичайного життя та неможливість відповідати культурним очікуванням «нормальної жінки» [18]. Водночас багато хто знаходив у собі силу боротися з ізоляцією та переосмислювати свою ідентичність у нових умовах, багато жінок поступово адаптувалися, інтегруючи досвід хвороби до нової самоідентичності [19].

Дослідження показали, що суттєві зміни в образі тіла відбувалися у жінок після оперативного лікування раку матки. Близько 40 % жінок відчували невдоволення власним тілом після операцій та терапії [20]. Вкрай негативно на сприйняття себе впливали погіршення сексуального життя та зниження підтримки з боку партнерів [21]. Подібні зміни призводили до змін жіночої самоідентичності, спричиняли почуття втрати привабливості та повноцінності [22].

Особливо вразливими до втрати органів репродуктивної системи внаслідок злоякісних новоутворень виявляються жінки без постійного партнера — для них сексуальність втрачає не лише функціональний, але й ідентифікаційний зміст, оскільки сексуальна сфера є не лише джерелом задоволення, але й ключовим складником гендерної ідентичності, яка може бути порушена внаслідок органектомічних оперативних втручань [23].

Зокрема, у дослідженні, присвяченому сексуальності жінок після хірургічного лікування гінекологічних пухлин, підкреслюється вплив хвороби на сексуальну ідентичність та інтимні стосунки. Жінки розповідали про те, як зміни у тілі та функціональності порушували колишні образи себе як сексуального суб'єкта. Вони також стикалися з браком інформації та підтримки з боку медичного персоналу у цьому аспекті. У таких випадках тільки переосмислення «нового тіла» та прийняття змін ставали запорукою процесу відновлення ідентичності [24—26].

Навіть після закінчення активного лікування сексуальна функція залишається важливою частиною ідентичності: багато жінок повідомляють, що не мають статевих контактів, відчують біль, дискомфорт, страх рецидиву, зміни тіла — і все це впливає на самовідчуття жінки як партнерки і як особистості, не обмеженої статусом «онкохворої» [27]. Тобто втра-

та чи зміна інтимного, сексуального аспекту ідентичності — один із центральних елементів кризи.

Знавало змін відчуття «видимості та невидимості» жіночого тіла після оперативного лікування онкогінекологічної патології. Жінки зазначали, що їхнє тіла стали інакше сприйматися оточенням та самими собою після операцій — шрами, видалені органи та функціональні зміни посилювали відчуття інакшості, а тому ідентичність жінок страждає не лише через фізичні втрати, а й через соціальну реакцію на їх змінене тіло [28].

Жінки після гістеректомії у зв'язку з онкологією говорили про переживання «руйнування» жіночого тіла та «видимість хвороби» через відсутність органа. Матка в їхньому сприйнятті була не просто органом, а частиною соціальної ідентичності, і її втрата спричиняла труднощі у самосприйнятті та комунікації з оточенням [29].

Схожі результати отримані в дослідженні жінок, які перенесли мастектомію у зв'язку з раком молочної залози; результати показали, що операція асоціювалася із руйнуванням цілісності тіла і, як наслідок, зі зміною самовідчуття. Жінки відчували втрату не тільки частини тіла, а й деякої частини себе. Навіть реконструктивні втручання не завжди компенсували цей розрив між колишньою і нинішньою ідентичністю [30; 31].

Особливо гостро переживають кризу ідентичності молоді жінки із гінекологічним раком. Підлітки та молоді дорослі перебувають на стадії активного формування ідентичності, сексуальності та життєвих цілей, разом з планами на сім'ю. Діагноз онкології у цьому віці може завдати особливо глибокого удару по самосприйняттю [32]. Водночас у доросліших пацієнтів, у яких вже є діти або усталена соціальна роль, є ресурси стійкості, які допомагають переосмислити втрату органа жіночої репродуктивної системи [33].

Однією з найглибших психологічних травм, пов'язаних з онкогінекологічними захворюваннями, є втрата фертильності, найбільше виражена у молодих жінок. Зокрема, виявлено, що жінки з раком шийки матки, які проходили хірургічні втручання, пов'язані з втратою репродуктивних органів, часто переживали глибоку особистісну кризу; однією з ключових проблем, на які вони скаржилися, була «втрата життя як нормальної жінки». Пацієнтки повідомляли про відчуття неповноцінності, зруйнованої жіночності та відчуження від «нормального» досвіду материнства [34].

Важливу роль відіграють репродуктивні плани та функції конкретної жінки, що зазнала органектомічної операції. Втрата здатності до дітонародження, страх безплідності, неможливість реалізувати себе як мати — все це сильно впливає на ідентичність, особливо якщо батьківство займає важливе місце в системі особистих цінностей. Ці переживання часто супроводжуються депресивними симптомами [35]. В таких випадках наявність попереднього консультування, можливостей збереження фертильності та реалістичних очікувань може помітно пом'якшувати негативний вплив органектомічних операцій [36].

Подібні висновки отримані у дослідженні жінок з раком шийки матки, що пройшли операцію зі збереження фертильності: автори описали, як загроза жіночої ідентичності, пов'язана з можливою втратою здатності до народження дітей, частково компенсувалася завдяки хірургічним втручанням, спрямованим на збереження репродуктивної функції. Жінки сприймали можливість мати дітей як найважливіший складник своєї жіночності, а отже, і ідентичності [37].

Однак варто відзначити, що схожі результати отримані у дослідженнях, які фокусувалися на досвіді жінок, яким проводили органозберігаючі операції. Навіть за умов збереження фертильності, сам факт загрози її втрати спричиняв серйозний психологічний дистрес. Багато учасниць інтерпретували ці події як «загрозу жіночій ідентичності», а операцію — як спробу «відновити» втрачену частину себе [38; 39].

Криза ідентичності також посилюється під тиском соціально-культурних очікувань та гендерних ролей. У багатьох суспільствах жінки асоціюються з дітонародженням та фертильністю. Порушення цих норм внаслідок хвороби може спричинити почуття «неповноцінності», сорому, вини чи ізоляції [40]. У таких випадках особливо важливою є підтримка з боку сім'ї та партнерів, а також психологічна робота з переосяснення гендерних норм, та наявність рольових моделей, що пройшли через подібний досвід [41].

Криза ідентичності в онкологічних хворих являє собою поєднання переживань втрати колишнього сприйняття та усвідомлення себе, сумнівів у майбутньому, зміни соціальних ролей та складності в інтеграції досвіду хвороби в особисту історію життя [42]. Пацієнтки з пухлинами репродуктивної системи часто описують себе як «зламани» або «неповні», а також відзначають труднощі у збереженні ідентичності дружини, матері або партнерки. Такі переживання нерідко виявляються у вигляді яскравих психопатологічних симптомів, тому їх діагностика утруднена: криза ідентичності перетинається з депресивними та тривожними розладами, порушенням образу тіла та посттравматичними реакціями [43].

Втрата органа внаслідок хірургічного лікування онкологічних захворювань репродуктивної системи є не тільки фізичною, а й глибокою психоемоційною травмою для жінок. Дослідження показують, що діагноз раку — особливо яєчників або шийки матки — ставить жінку на «невідомий шлях», де колишня ідентичність та спосіб життя, зокрема і уявлення про себе як «звичайну жінку», відходять у минуле [44]. Після органектомічної операції відчуття втрати — фізичної жіночності, сексуальності, образу тіла — призводить до сорому, тривоги та зниження впевненості у собі [45]. Емоційні наслідки втручання можуть виявлятися як відразу після операції, так і через місяці або роки, формуючи стійкий психопатологічний синдром, міцно пов'язаний з гормональними, особистісними та соціально-культурними чинниками [46].

Психоендокринні чинники відіграють суттєву роль у формуванні психоемоційних розладів внаслідок втрати органа при онкогінекологічних захворюван-

нях. Гормональні зміни після видалення матки, особливо якщо операція стосувалася кровопостачання яєчників, можуть сприяти порушенню вироблення естрогенів та розвитку афективних порушень [47]. Це пояснюється порушенням кровопостачання оваріальної тканини, що спричиняє функціональний гіпоестрогенізм. Естрогени впливають на серотонінергічну та дофамінергічну активність мозку, тому їх дефіцит може сприяти формуванню депресивних симптомів, зниженої мотивації та когнітивних порушень [48].

Такі жінки частіше скаржаться на апатію, дратівливість та втрату життєвої енергії. Встановлено, що подібні гормоніндуковані емоційні порушення можуть зберігатися протягом кількох років і потребують комплексної терапії за участю психіатра та ендокринолога [49].

Одним із найпоширеніших психоемоційних наслідків гістеректомії є депресія. Низка досліджень демонструє, що жінки після операції мають набагато вищий ризик розвитку депресивних симптомів, особливо у перші роки після втручання. Зокрема, за деякими даними, ризик виникнення депресивних та тривожних розладів збільшується на 26 % у жінок, які перенесли гістеректомію, навіть зі збереженням яєчників. Відзначається, що у жінок репродуктивного віку ризик розвитку депресивних станів після гістеректомії вдвічі вищий, ніж у пацієнток, які перенесли ту саму операцію у постменопаузі, що підтверджує роль втрати репродуктивної функції як стресора, що порушує гендерну ідентичність [50].

У популяційних дослідженнях встановлено, що у пацієнток, які перенесли гістеректомію, ризик виникнення депресії був на 35 % вищим, ніж у контрольній групі. Особливо високий рівень ризику відзначався у жінок віком до 45 років і у тих, хто не мав дітей [51].

Результати іншого дослідження продемонстрували, що навіть через 10 років після операції жінки, які перенесли гістеректомію, частіше повідомляли про симптоми апатії, емоційного виснаження та ангедонії [52]. Ці дані свідчать про те, що депресія після гістеректомії може мати хронічний або рецидивний характер.

За даними систематичного огляду, частота клінічно вираженої депресії у жінок після гістеректомії варіює від 23 % до 46 %, залежно від методології дослідження та термінів спостереження. Найбільш виражені симптоми спостерігаються протягом перших 6—12 місяців після операції, проте у частини пацієнток депресивні прояви зберігаються понад три роки [53].

Клінічно депресія після гістеректомії нерідко має атиповий перебіг. Пацієнтки скаржаться не лише на знижений настрій, а й на соматичні симптоми — слабкість, безсоння, зниження лібідо, дратівливість, біль у тілі. Ці симптоми часто сприймаються як фізіологічні наслідки операції та не розпізнаються як прояви депресії [54].

Коморбідність депресивної симптоматики з іншими психоемоційними проявами також є типовим явищем для жінок, що пережили втрату органа

внаслідок злоякісних пухлин репродуктивної системи. Зокрема, майже у 60 % жінок з постгістеректомічною депресією наявні тривожні симптоми, у 30 % — порушення сну, а у 15 % — ознаки посттравматичного стресового розладу [55].

Тривожні розлади після гістеректомії спостерігаються майже так само часто, як депресивні. Вони можуть бути зумовлені страхом незворотності змін, соціальною стигматизацією та відчуттям втрати контролю над тілом. Дослідження показали, що рівень тривожності у жінок у перші місяці після операції істотно перевищує показники контрольної групи та корелює з низькою самооцінкою та негативним образом тіла [56].

У тяжких випадках можливий розвиток симптомів, схожих з посттравматичним стресовим розладом. Жінки, які перенесли екстрену гістеректомію за життєвими показаннями, нерідко демонструють ознаки гіперзбудження, уникнення медичних закладів та порушення сну. Це дає змогу розглядати гістеректомію як потенційно травматичну подію, що потребує психотерапевтичної підтримки [57].

Криза ідентичності у жінок з пухлинами репродуктивної системи, що призвела до втрати органа, стала предметом багатьох досліджень, що вивчають зміни у самовідчутті, образі тіла, сексуальності та ролі жінки після встановлення діагнозу та проходження оперативного органектомічного лікування з метою виявлення ефективних методів та методик корекції кризи ідентичності [58].

Попри серйозність ідентичнісної кризи, спричиненої пухлинами жіночої репродуктивної системи, що призвели до втрати органа, дослідження свідчать про можливість реконструкції жіночої ідентичності у таких пацієнток. Жінки, які пережили рак репродуктивних органів, описували процес «переписування себе», що включав пошук нових способів бути жінкою, поза біологічною фертильністю [59]. Серед основних стратегій подолання такої ідентичнісної кризи відзначали фокусування на стосунках, творчій самореалізації, тілесних практиках, що відновлюють зв'язок із тілом [60].

У дослідженнях жінок із гінекологічним раком виявлено такі стадії, через які проходять пацієнтки: шок, адаптація, подолання. Ключовим моментом подолання кризи ідентичності для таких хворих ставало знаходження нових сенсів життя — не просто вижити біологічно, але знайти нову ідентичність, в якій наявність хвороби не визначає все «я» [45]. Жінки, хоча й визнавали зруйновану ідентичність «звичайної жінки», але також переосмислювали своє життя і створювали нові сенси, нові ролі та пріоритети [44].

Партнерська підтримка, як вказано в ряді досліджень, відіграє ключову роль у процесі адаптації: відсутність емпатії та розуміння з боку близьких посилює кризу, тоді як її наявність — сприяє збереженню позитивного образу себе [41].

Деякі автори зазначають, що материнство, навіть в умовах хвороби, може бути ресурсом для зміцнення ідентичності, якщо жінка знаходить у ньому

сенси і нову роль. Отже, ідентичність після онкології не обов'язково втрачається — вона змінюється, адаптується та іноді навіть стає глибшою [11].

Існує низка чинників, які можуть як посилювати, так і пом'якшувати кризу ідентичності у пацієнтів з пухлинами репродуктивної системи. Один із чинників посилення ідентичнісної кризи — фізичні зміни, спричинені лікуванням. Хірургічне видалення органів жіночої репродуктивної системи супроводжують рубці, випадання волосся, зміна маси тіла, і все це прямо впливає на сприйняття себе, особливо в контексті усвідомлення власної жіночності. Ці зміни підривають впевненість у собі та спричиняють відчуття втрати контролю над тілом [60]. Однак, коли такі зміни мінімальні, або доступні реконструктивні процедури, або пацієнтка отримує підтримку у прийнятті нового тіла, вираженість кризи ідентичності може знижуватися [45].

Велику роль відіграє рівень психологічної, соціальної та медичної підтримки. Відсутність шанобливого спілкування з медичним персоналом, ігнорування емоційних потреб, брак інформації, соціальна ізоляція — все це посилює кризу ідентичності [59]. Водночас ефективна комунікація між лікарем та пацієнтом, доступ до психологічного консультування та участь у групах підтримки допомагають пацієнтові інтегрувати новий досвід у свою ідентичність та сформувати стійкість перед хворобою [50].

Жінки, які отримували тривалий сестринський супровід телефоном після лікування раку яєчників, зазначали, що такий формат спостереження допомагає «повернути себе» та відокремитися від образу виключно «пацієнтки» [69]. Підтримка, що ґрунтувалася на уважному ставленні та доступності спілкування, сприяла формуванню почуття безпеки та впевненості, а також відновленню самоповаги та жіночої ролі [29].

Зрештою, важливим чинником подолання кризи ідентичності є психологічні ресурси та копінг-стратегії хворої, котра перенесла втрату органа внаслідок злоякісних пухлин жіночої репродуктивної системи. Пацієнтки з низьким рівнем аутоєфективності, схильні до уникнення, заперечення або зовнішнього локусу контролю, частіше зазнають більш вираженої кризи ідентичності. Навпаки, використання активних копінг-стратегій, участь у прийнятті рішень та можливість відкритого вираження почуттів сприяють адаптації та зміцненню самосприйняття в рамках нового «я» [55].

Криза ідентичності у жінок із пухлинами репродуктивної системи, що призводять до втрати органа — складне, мультифакторне явище, що охоплює біологічні, психологічні, сексуальні та соціальні аспекти. Втрата репродуктивної функції, зміни в тілі, порушення сексуальності та соціальних ролей часто призводять до глибокого конфлікту в самосприйнятті жінки.

Завдяки відповідній психологічній підтримці, відкритій комунікації з медичним персоналом та застосуванню реабілітаційних програм, можливе успішне відновлення особистісної цілісності та формування нової, адаптованої жіночої ідентичності.

Список літератури / References

1. Marano G, Mazza M. Impact of gynecological cancers on women's mental health. *World J Psychiatry*. 2024;14(9):1294-1300. doi:10.5498/wjpv.14.9.1294
2. Yang, Y., Zhang, X., Fan, Y., et al. Correlation analysis of hysterectomy and ovarian preservation with depression. *Scientific Reports*. 2023. 13, 9744. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36838-2>
3. Dehghan, M., Hasani, J., Moradi, A., et al. Transitional self-disappear: The journey of cancer survivors to self re-coherence in a Middle East society. *Support Care Cancer*. 2022;30(5), 4231–4241. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06783-9>
4. Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. W. W. Norton & Company Inc. New York.
5. Holland, J. C. (1977). Psychological aspects of cancer. *Oncology (Williston Park)*. 1977;1(3), 20-25.
6. Hilton BA. The phenomenon of uncertainty in women with breast cancer. *Issues Ment Health Nurs*. 1988;9(3):217-238. doi:10.3109/01612848809140926
7. Carver CS, Pozo C, Harris SD, et al. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *J Pers Soc Psychol*. 1993;65(2):375-390. doi:10.1037//0022-3514.65.2.375
8. Martino ML, Sebli V, Singer J, et al. Specificity and integration of meaning in self-defining memories of breast cancer survivors: clinical reflections to promote a narrative identity integration. *Front Psychol*. 2024;15:1433266. doi:10.3389/fpsyg.2024.1433266
9. Andersen IS, Jensen DMR, Grosen K, Bennedsgaard KT, Ventzel L, Finnerup NB. Body image and psychosocial effects in women after treatment of breast cancer: A prospective study. *Am J Surg*. 2024;237:115895. doi:10.1016/j.amjsurg.2024.115895
10. Turan A, Karabayır HB, Kaya İG. Examining the changes in women's lives after the hysterectomy operation: Experiences of women from Turkey. *Archives of Women's Mental Health*. 2024;27(6):899-911. doi:10.1007/s00737-024-01419-3
11. Rozenman D, Janssen E. Sexual function after hysterectomy. *JAMA*. 2000;283(17):2238-2239. doi:10.1001/jama.283.17.2238
12. Choi HG, Rhim CC, Yoon JY, Lee SW. Association between hysterectomy and depression: a longitudinal follow-up study using a national sample cohort. *Menopause*. 2020;27(5):543-549. doi:10.1097/GME.0000000000001505
13. Laughlin-Tommaso SK, Satish A, Khan Z, et al. Long-term risk of de novo mental health conditions after hysterectomy with ovarian conservation: A cohort study. *Menopause*. 2020;27(1):33-42. doi:10.1097/GME.0000000000001415
14. Wilson L, Pandeya N, Byles J, Mishra G. Hysterectomy and incidence of depressive symptoms in midlife women: the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(4):381-392. doi: 10.1017/S2045796016001220
15. Duncan, J., & Harvie, H. 17 Mood disorders and complications after minimally invasive hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 2021;224(6):754-755. doi:10.1016/j.ajog.2021.04.041
16. Ferhi M, Marwen N, Abdeljabbar A, Mannai J. Psychological outcomes and quality of life after hysterectomy for benign diseases: A prospective cohort study. *Cureus*. 2024;16(5):e60871. Published 2024 May 22. doi:10.7759/cureus.60871
17. Belani P, Wadasadawala T, Sarin R, et al. Translation and Linguistic Validation of BIS (Body Image Scale) for Breast Cancer Patients in India. *Indian J Surg Oncol*. 2025;16(1):203-210. doi:10.1007/s13193-024-02037-2
18. Annunziata MA, Muzzatti B, Bomben F, et al. A contribution to the validation of the Italian version of the Body Image Scale (BIS). *BMC Cancer*. 2018;18(1):1222. doi:10.1186/s12885-018-5143-6
19. Thong MS Y, Wolschon E-M, Koch-Gallenkamp L, et al. "Still a cancer patient"—Associations of cancer identity with patient-reported outcomes and health care use among cancer survivors. *JNCI Cancer Spectrum*, 2(2), April 2018, pky031. doi:10.1093/jncics/pky031
20. Oris L, Luyckx K, Rassart J, et al. Illness Identity in Adults with a Chronic Illness. *J Clin Psychol Med Settings*. 2018;25(4):429-440. doi:10.1007/s10880-018-9552-0
21. Ingersgaard MV, Grabowski D, Olesen K. Cultural adaptation and psychometric validation of the Danish Illness Identity Questionnaire (IIQ-DK) in adolescents and emerging adults with type 1 diabetes. *Heliyon*. 2022;8(3):e09109. doi:10.1016/j.heliyon.2022.e09109
22. Ahn J, Suh EE. Body image alteration in women with breast cancer: A concept analysis using an evolutionary method. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2023;10(5):100214. doi:10.1016/j.apjon.2023.100214
23. Kaufman, R, Agrawal L, Teplinsky E, et al. From diagnosis to survivorship: addressing the sexuality of women with cancer. *Oncologist*. 2024;29(12):1014-1023. doi:10.1093/oncolo/oyae242
24. Park CL, Pustejovsky JE, Trevino K, et al. Effects of psychosocial interventions on meaning and purpose in adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer*. 2019;125(14):2383-2393. doi:10.1002/cncr.32078
25. Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2012;30(12):1304-1309. doi:10.1200/JCO.2011.36.2517
26. Deimling GT, Bowman KF, Wagner LJ. Cancer survivorship and identity among long-term survivors. *Cancer Invest*. 2007;25(8):758-765. doi:10.1080/07357900600896323
27. Turan, A, Karabayır H B, Kaya İG. Examining the changes in women's lives after the hysterectomy operation: Experiences of women from Turkey. *Arch Womens Ment Health*. 2024;27(6):899-911. doi:10.1007/s00737-024-01419-3
28. Salander P, Hamberg K. Gender differences in patients' written narratives about being diagnosed with cancer. *Psycho-oncology*. 2005;14(8):684–695. doi:10.1002/pon.895
29. Прощенко, О. М., & Венцківська, І. Б. Вплив гістеректомії з приводу лейоміоми на психологічний статус жінки. *Репродуктивне здоров'я жінки*. 2003. № 1. С. 36—40. Proshchenko OM, Ventskivska IB. [Effect of hysterectomy for leiomyoma on psychological status] [*Women's reproductive health*]. 2023;(1):36-40. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.1.2023.276247>. (In Ukrainian).
30. Piot-Ziegler C, Sassi ML, Raffoul W, & Delaloye JF. Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study. *Br J Health Psychol*. 2010;15(3), 479-510. doi:10.1348/135910709X472174
31. Lekeka M. Breast Cancer Treatment (Mastectomy Experiences) May Initiate Individuation Process That Redefines Identities: A Systematic Review. *Health*. 2023;15(11), 1277-1297. doi.org/10.4236/health.2023.1511084
32. Kim SJ, Shin H. The experience of gynecologic cancer in young women: a qualitative study. *J Korean Acad Nurs*. 2023;53(1):115-28. <https://doi.org/10.4040/jkan.22119>
33. NCCN дистрес-термометр як інструмент скринінгу для виявлення психоемоційних розладів у хворих зі злоякісними пухлинами жіночої репродуктивної системи / Беяк, В., Білобровка, Р., Сліпецький, Р. [та ін.] // Праці Наукового товариства імені Шевченка. Медичні науки. 2024. № 1 (73). Belyak V, Bilobryvka R, Slipetsky R, et al. [NCCN distress thermometer as a screening tool for psychosocial disorders in patients with malignant tumors of the female reproductive system]. [*Medical Sciences. Proceedings of the Shevchenko Scientific Society*]. 2024;1(73). doi:10.25040/ntsh2024.01.14. (In Ukrainian).

34. Gorman JR, Su HI, Roberts SC, Dominick SA, and Malcarne VL. Experiencing reproductive concerns as a female cancer survivor is associated with depression. *Cancer*. 2015 March 15; 121(6): 935–942. doi:10.1002/cncr.29133
35. Yamada Y, Fujiwara M, Etoh T, et al. Perceptions toward issues in cancer care for people with mental illness among psychiatric care providers: A questionnaire study. *Psychooncology*. 2023;32(7):1022-1029. doi:10.1002/pon.6143
36. Carter J, Stabile C, Gunn A, Sonoda Y. The physical consequences of gynecologic cancer surgery and their impact on sexual, emotional, and quality of life issues. *J Sex Med*. 2013;10 Suppl 1:21-34. doi:10.1111/jsm.12002
37. Schuurman T, Zilver S, Samuels S, et al. Fertility-Sparing Surgery in Gynecologic Cancer: A Systematic Review. *Cancers (Basel)*. 2021;13(5):1008. doi:10.3390/cancers13051008
38. Sekse RJ, Gjengedal E, Råheim M. Living in a changed female body after gynecological cancer. *Health Care Women Int*. 2013;34(1):14-33. doi:10.1080/07399332.2011.645965
39. Bentivegna E, Gouy S, Maulard A, Chargari C, Leary A, Morice P. Oncological outcomes after fertility-sparing surgery for cervical cancer: a systematic review. *Lancet Oncol*. 2016;17(6):e240-e253. doi:10.1016/S1470-2045(16)30032-8
40. Pelters P. I am what I am? An integrative review of understandings of 'health identity' and 'illness identity' in scientific literature. *Social Health Illn*. 2024;46(6):1169-1191. doi:10.1111/1467-9566.13771
41. Knaul FM, Doubova SV, Gonzalez Robledo MC, et al. Self-identity, lived experiences, and challenges of breast, cervical, and prostate cancer survivorship in Mexico: a qualitative study. *BMC Cancer*. 2020;20(1):577. doi:10.1186/s12885-020-07076-w
42. Ramage K, Ducey A, Scime NV, Knox E, Brennand EA. "Broken" — How identities as women, mothers and partners are intertwined with the experience of living with and seeking treatment for pelvic organ prolapse. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(9):5179. doi:10.3390/ijerph19095179
43. Huesca IM, Hennington ÉA. *Narratives of chronic illness: Life and work stories of women with cervical cancer*. doi:10.36367/ntqr.13.2022.e673
44. Laughlin-Tommaso SK, Khan Z, Weaver AL, Smith CY, Rocca WA, Stewart EA. Long-term risk of de novo mental health conditions after hysterectomy with ovarian conservation: a cohort study. *Menopause*. 2020;27(1):33-42. doi:10.1097/GME.0000000000001415
45. Iannopollo L, Cristaldi G, Feltrin A. Self-Narrative in a Therapeutic Group Pathway for Cancer Patients: Discussion of the Group Narrative Psychotherapy Intervention Initiated at the Veneto Institute of Oncology: IOV IRCCS of Padua. *Behav Sci (Basel)*. 2024;14(5):376. doi:10.3390/bs14050376
46. Zhang A, Zebrack B, Acquati C, et al. Technology-Assisted Psychosocial Interventions for Childhood, Adolescent, and Young Adult Cancer Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Adolesc Young Adult Oncol*. 2022;11(1):6-16. doi:10.1089/jayao.2021.0012
47. Sauer, C., Haussmann, A., & Weissflog, G. The effects of acceptance and commitment therapy (ACT) on psychological and physical outcomes among cancer patients and survivors: An umbrella review. *J Contextual Behav Sci*. 2024;33,100810. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100810>
48. Seabri V, Martino ML, Singer J, et al. Transformative process in narratives of bodily autobiographical memories: A psychological clinical group intervention with breast cancer survivors. *Health Psychol Open*. 2025;12:20551029251317905. doi:10.1177/20551029251317905
49. Darwish M, Atlantis E, Mohamed-Taysir T. Psychological outcomes after hysterectomy for benign conditions: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;174:5-19. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.12.017
50. Li M, Roder D, D'Onise K, et al. Female breast cancer treatment and survival in South Australia: Results from linked health data. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2021;30(5):e13451. doi:10.1111/ecc.13451
51. Ander M, Grönqvist H, Cernvall M, et al. Development of health-related quality of life and symptoms of anxiety and depression among persons diagnosed with cancer during adolescence: a 10-year follow-up study. *Psychooncology*. 2016;25(5):582-589. doi:10.1002/pon.3965
52. Bloom JR, Petersen DM, Kang SH. Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psychooncology*. 2007;16(8):691-706. doi:10.1002/pon.1208
53. Huffman LB, Hartenbach EM, Carter J, Rash JK, Kushner DM. Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship: A comprehensive review and clinical guide. *Gynecol Oncol*. 2016;140(2):359-368. doi:10.1016/j.ygyno.2015.11.010
54. Bober SL, Varela VS. Sexuality in adult cancer survivors: challenges and interventions. *J Clin Oncol*. 2012;30(30):3712-3719. doi:10.1200/JCO.2012.41.7915
55. Rider Munday K, Nicholas D, Kruczek T, Tschopp M, Bolin J. Posttraumatic growth following cancer: The influence of emotional intelligence, management of intrusive rumination, and goal disengagement as mediated by deliberate rumination. *J Psychosoc Oncol*. 2019;37(4):456-477. doi:10.1080/07347332.2018.1514449D
56. Semin JN, Palm D, Smith LM, Ruttle S. Understanding breast cancer survivors' financial burden and distress after financial assistance. *Support Care Cancer*. 2020;28(9):4241-4248. doi:10.1007/s00520-019-05271-5
57. Praça MSL, Sousa FTR, Cândido EB, Lamaita RM, Wender MCO, Silva Filho AL. Beyond the diagnosis: gender disparities in the social and emotional impact of cancer. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2024;70(suppl 1):e20245115. doi:10.1590/1806-9282.20245115
58. Fitch MI. Psychosocial management of patients with recurrent ovarian cancer: treating the whole patient to improve quality of life. *Semin Oncol Nurs*. 2003;19(1):40-53. doi:10.1016/s0749-2081(03)00060-3
59. Cox A, Bull E, Cockle-Hearne J, Knibb W, Potter C, Faithfull S. Nurse led telephone follow up in ovarian cancer: a psychosocial perspective. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12(5):412-417. doi:10.1016/j.ejon.2008.06.002
60. Kim H, Kim H, Ku SY. Fertility preservation in pediatric and young adult female cancer patients. *Ann Pediatr Endocrinol Metab*. 2018;23(2):70-74. doi:10.6065/apem.2018.23.2.70.

Надійшла до редакції 28.10.2025

БЕЛЯК Валентин Олександрович, асистент кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-4951-7110>

БІЛОБРИВКА Ростислав Іванович, доктор медичних наук професор, завідувач кафедри*; <https://orcid.org/0000-0001-6243-786>

* — кафедра психіатрії, психології та сексології Львівського Національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

BELYAK Valentyn, Assistant of the Department**, <https://orcid.org/0000-0002-4951-7110>

BILOBRYVKA Rostyslav, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head**, <https://orcid.org/0000-0001-6243-786>

** — of Department of Psychiatry, psychology and sexology of the Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine