

МОДЕЛЬ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ КРИЗИ, СПРИЧИНЕНОЇ ОНКОЗАХВОРЮВАННЯМ

К. А. Лисник

Інститут підготовки кадрів ДСЗІ, kl0682311520@gmail.com

Науковий керівник: доктор психологічних наук, професор К. Л. Мілютина

Анотація. За останні десятиліття поширилась психологічна допомога онкохворим. Виходячи з сучасного погляду на онкологію, як на хронічну хвороба, що триває роками, та часто повністю виліковується, розглядаються існуючі підходи до визначення етапів психологічної допомоги при онкозахворюванні. Враховуючи наявність у онкохворого криз та життєвих завдань крім лікування, та спираючись на міжнародні досягнення в супроводі горювання, розглядається можливість використання моделі дуального процесу для супроводження онкоодужуючих та висуваються тези стосовно проведення майбутніх досліджень у цьому напрямку.

Ключові слова: психоонкологія, криза особистості, етапи психологічної допомоги, модель дуального процесу.

Вступ. Тема психологічної допомоги особам, які зіткнулись з онкодіагнозом, останнім часом отримує все більш широкий інтерес як у наукових, так і у практичних колах спеціалістів. Не всі онкохворі хочуть, потребують або отримують користь від психоонкологічних втручань. Поточна потреба в підтримці не завжди належним чином визнається як самими хворими, так спеціалістами, що здійснюють допомогу, і, отже, не задовольняється. Крім того, переживання та потреби людей на різних етапах подолання хвороби настільки протилежні, що психологічна допомога, яка не враховує поточний стан клієнта, майже не має користі.

Аналіз попередніх досліджень. Для надання якісного психоонкологічного супроводу спеціаліст має керуватись науковою моделлю етапів процесу пристосування до онкодіагнозу. Проте й досі багатьма психологами використовується модель Кюблер-Росс (заперечення-гнів-торг-депресія-

прийняття), представлена в 1969 році, та початково розроблена для психологічного супроводу останнього етапу життя пацієнтів з невиліковною хворобою [1]. Ця модель використовується дотепер і при психологічному супроводі горювання. Проте з 60-х років минулого століття онкодіагноз вже не є синонімом смерті, а тому використання моделі невиліковної хвороби на наш погляд не підходить для супроводження онкопацієнтів. Наразі онкодіагноз – це повідомлення про хронічну хворобу, яка повністю змінює життя онкохворого, триває роками, а часто навіть повністю виліковується. І метою психологічної допомоги онкохворим стало поліпшити якість усього їх життя, як в процесі лікування (підготовки до лікування), так і в адаптації до життя зі хворобою, життя, у якому має бути якомога більше повноцінності та різноманіття.

Зауважимо, що ситуація онкологічного захворювання має всі ознаки, характерні для кризових та екстремальних ситуацій: раптовість виникнення, наявність вітальної загрози, руйнування картини світу, відсутність контролю над тим, що відбувається, невизначеність майбутнього, стадійність протікання реакцій. Проте наявні і специфічні ознаки, що доповнюють основні: поліетіологічність захворювання, оперативне втручання, яке інколи призводить до каліцтва, тривале важке лікування, відсутність гарантій одужання, зміна соціального статусу і матеріального становища.

Не слід забувати про погіршення ситуації у випадку співпадіння у часі декількох життєвих криз у онкохворих. Інколи онкодіагноз співпадає з віковою кризою або підсилює невротичні кризи (зумовлені типом особистості). Онкологія часто накладається на кризу в стосунках в родині (зумовлену зміною ролей та матеріальним навантаженням), призводить до соціальних криз.

Хвороби, які становлять загрозу для життя, в *DSM-5* внесені до переліку травматичних стресорів, здатних викликати посттравматичний стресовий розлад. Щоб попередити його розвиток, онкохворий має вчасно отримати психологічну допомогу, яка підвищить його резилієнтність та адаптованість.

Психологічна адаптація до захворювання полягає в можливості жити в умовах хвороби і приймати всі ті зміни, які вона вносить або може внести в

життя. При цьому навантаження звичних процесів життя зазвичай не знімається у онкохворого – він продовжує паралельно з лікуванням виконувати всі свої соціальні ролі. Саме цей аспект не враховується моделлю Кюблер-Росс, так само, як і іншими лінійними моделями, що розглядаються далі.

Розглядаючи хворобу як втрату здоров'я і можливостей життя можна використати модель, розроблену в другій половині 20-го століття Дж. Вільямом Ворденом: Модель завдань горя. Робота через горе («робота горя» по Фрейду) - фундаментальне поняття, що лежить в основі розробки як фаз, так і завдань цієї моделі. Основні стадії моделі: прийняти реальність втрат, пов'язаних з хворобою; пережити біль горювання; пристосуватись до життя в хворобі; емоційно завершити попереднє життя та просуватись далі.

В теорії когнітивного стресу Сьюзан Фолкмен визначається ряд ключових компонентів, пов'язаних з поведінковими стратегіями подолання. Це: фактори стресу (природа подій, що призводять до стресу); оціночні процеси (оцінка загрози); процеси подолання (способи боротьби з загрозою); і змінні результату (наприклад, індекси психічного і фізичного здоров'я). Модель поведінкових стратегій подолання включає процес або стиль управління (зменшення, оволодіння, терпіння тощо) в ситуації, в якій людина опиняється в результаті своєї хвороби, та переживань, які вона при цьому має. Подолання позитивно впливає на адаптацію, якщо копінг ефективний. В цьому випадку не тільки страждання, але і психічні і фізичні проблеми зі здоров'ям будуть зменшені (згодом, зазвичай після досить певної боротьби і потрясінь).

Вітчизняні науковці також розглядають етапи пристосування до онкодіагнозу і описують психологічні втручання відповідно до вимог певного етапу лікування. Так, І. Р. Мухаровська розглядає допомогу онкохворим по етапах лікування: діагностичний етап, оперативне протипухлинне лікування, етап хіміотерапії та променевої терапії, повторне лікування з приводу рецидиву, інвалідизація, паліатив [2].

С.О. Лукомська визначає особливості психологічної допомоги на різних етапах лікування онкології. Вона виокремлює наступні етапи: діагностичний,

госпітальний, передопераційний, післяопераційний, післягоспітальний та катамнестичний. При цьому вона наголошує, що період психосоціального переходу людини від «хворої на рак» до «людини із досвідом онкохвороби», хоч і передбачає завершення основних етапів лікування раку, зазвичай виявляється не в радості від ремісії, а у безпорадності, незрозумінні того, що чекає надалі [3].

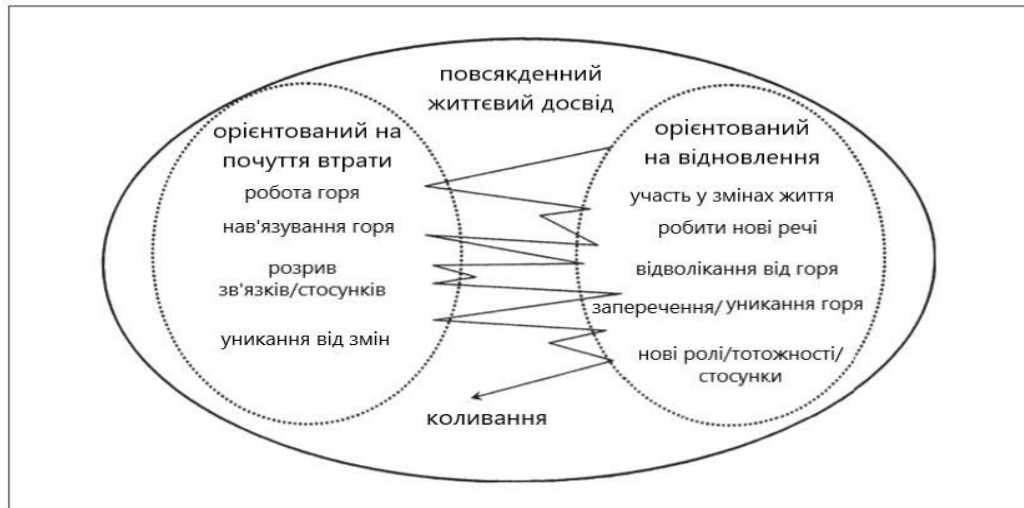
Розмежування психологічної допомоги та рекомендації для психоонколога в залежності від етапу лікування наведені в інших джерелах, або аналогічні, або незначно варіюються, наприклад виокремлюються етапи хіміотерапевтичного лікування та амбулаторного у роботах Кирилової та співавторів [4].

Страх перед рецидивом онкозахворювання являє собою окрему сутність у лікуванні раку. Він визначається як "страх, тривога або занепокоєння щодо можливості повернення раку", і є однією з найбільш часто цитованих проблем онкоодужуючих. Страх рецидиву раку в першу чергу слід розуміти як адаптивну реакцію, а не нереалістичний або невротичний страх. Однак високий рівень страху рецидиву може погіршити якість життя, призвести до значних емоційних переживань і навіть до втрати працездатності. Тому для психоонкологів цей етап також є суттєвим для надання психологічної допомоги.

Слід також враховувати, що набір етапів лікування для кожного пацієнта в певному конкретному випадку онкозахворювання є індивідуальним.

Теоретична модель дослідження. Новітні напрацювання з психотерапевтичної допомоги при горюванні втілилися у Моделі дуального процесу (МДП), розробленої Стробе та Шат (Margaret Stroebe, Henk Schut, Нідерланди), Рис.1.

Фундаментальний контраст МДП з більш ранніми моделями полягає в тому, що вона визначає дві категорії факторів стресу горювання, а саме категорію, яка орієнтована на горювання за втратою, і категорію, спрямовану на відновлення життя. За МДП боротьба з втратою – це складний процес регулювання переключення (коливання) між двома процесами, які визначають конфронтації і уникнення. Важливим постулатом моделі є те, що коливання між двома типами стресорів необхідні для адаптивних поведінкових стратегій [5].



Мал. 1. Модель дуального процесу подолання втрат, Стробе та Шат

На наш погляд ця модель добре підходить для розуміння того, що відбувається з онкопацієнтами, і для планування надання їм психологічної допомоги. Оскільки хвороба забирає частину життя, існують переживання, що орієнтовані на втрату, на горювання. Проте оскільки онкодіагноз в сучасній медицині зовсім не означає смерть, то існують переживання, пов'язані з процесом відновлення та подальшого життя. І онкохворий коливається між цими процесами, поєднуючи в собі переживання надії та відчаю.

Обидві орієнтації – боротьба з хворобою (включаючи горювання за втратами) і відновлення – є джерелами стресу і можуть викликати психологічні наслідки, такі як дистрес і тривогу. Обидві беруть участь в процесі подолання, оскільки їм приділяють увагу (протидіють або уникають) в різному ступені (в залежності від індивідуальних та культурних відмінностей). Процес коливання між цих двох факторів стресу або їх уникнення є динамічним і непостійним, він також змінюється з часом, і саме він визначає динамічний процес опанування кризи, спричиненої онкодіагнозом. Принцип, що лежить в основі коливання, полягає в тому, що часом онкоодужуючий, стикається з аспектами втрати, а іноді уникає їх, і те ж саме відноситься до завдань відновлення. Іноді також буває «тайм-аут», коли людина не сумує, не бореться, а просто живе.

Психологічна підтримка (і психоедукація) задля опанування коливань між процесами є вкрай необхідною для онкохворого, саме на неї важливо направити

зусилля психотерапевтичного впливу. Стійкий негативний ефект, який супроводжує важке лікування, підсилює горе, тому робота з ним, включаючи роздуми, є важливою для примирення. З іншого боку, позитивна переоцінка підтримує зусилля з подолання труднощів. Проте, якщо сам онкоодужуючий або за допомогою психолога буде невтомно підтримувати свої позитивні стани, не даючи собі право на горювання, це буде призводити до інконгруентності і не допоможе повністю адаптуватися до свого стану. Орієнтація на відновлення відноситься також до зосередження уваги на вторинних стресових факторах, які є наслідками втрати, переосмислення і перепланування свого життя є частиною орієнтації на відновлення в мінливому світі онкохворого.

На наш погляд можливою моделлю дуального процесу в психоонкології



Мал. 2. Модель дуального процесу в психоонкології

буде схема, наведена на Рис. 2.

Психотерапевтична допомога має бути спрямована на вираження емоцій та на підвищення варіабільності набору використаних онкохворим копінг-стратегій, оскільки під тиском дистресу він схильний вдаватись до застарілих або неадаптивних стратегій подолання. Дійсно, з деякими аспектами, пов'язаними з орієнтацією на втрату, краще розбиратися емоційно (наприклад, з незмінними речами, такими як той факт, що здоров'я не може бути повернуто повністю), але інші переживання, пов'язані з втратами, можуть бути вирішені проблемно орієнтованим чином (наприклад, щоб зберегти життєву активність,

необхідно оцінити свої можливості і не братися за справи, що вимагають непосильних навантажень).

Автори МДП обережно висловились відносно застосованості їх моделі до інших стресових життєвих подій, таких як боротьба з хронічною хворобою. Вони вказали, що є певні паралелі між такими різними типами подій в областях втрати і відновлення, але дослідникам і клініцистам залишається досліджувати корисність МДП для них емпірично. При проведенні такого дослідження важливо чітко розуміти, що стресори втрати або відновлення не еквівалентні «опануванню себе» або «відновленню». Важливо виходити за рамки проявів горя і навіть інших симптомів (депресія, тривога, симптоми фізичного здоров'я тощо), думати в термінах більш широких аспектів, що стосуються особистісного функціонування, таких як прийняття результату, почуття контролю, самоефективність, відносини /сімейне задоволення, пристосування і емоційна рівновага [5].

Запропоновану схему планується обговорити в широкому колі фахівців-психоонкологів, оскільки теоретичний конструкт має отримати схвалення спеціалістів, навіть якщо є теоретично обґрунтованим і впливає з практичного досвіду. Доцільним для отримання спільного рішення може виявитись застосування методу Delphi. Цей метод допомагає отримати консенсусну думку експертів з використанням ітеративного процесу, відомого як раунди.

Висновок. Дослідження в галузі психоонкології сприяють нашому розумінню усіх тих складних процесів, які відбуваються у психічному світі онкопацієнта на різних етапах боротьби з хворобою. Нові конструкти розуміння психологічної підтримки в суміжних галузях психотерапії кидають виклик лінійним моделям та механічному погляду на пристосування до онкозахворювання. Психоонкологічний терапевтичний підхід стає вирішальним інструментом у допомозі онкохворим, покращуючи не тільки фізичні та психічні симптоми, але й якість життя. Стандартного відношення до психологічної допомоги недостатньо для цієї спеціальної галузі, тому психотерапія повинна бути особистісно орієнтованою, враховувати усі аспекти

життя в хворобі, бути адаптована до цих невизначених та небезпечних для життя умов, а також виникаючих екзистенційних питань та духовних потреб.

Література:

1. Кюблер-Росс Елізабет. Про смерть і вмирання. К: "Софія", 2001. 110 с.
2. Мухаровська І. Р. Медико-психологічна допомога для онкохворих на різних етапах лікувального процесу. Scientific journal «sciencerise: medical science» № 1(9)2017, С. 15-19
3. Лукомська С.О. Психосоціальні ресурси онкологічних хворих.// Раціогуманістичні студії [збірник наукових статей за матеріалами круглого столу 30 травня 2019 р.] / за ред. В.Л. Зливков, О.В. Завгородня, Лукомська С.О., Котух О.В. К., 2019. 273 с
4. Кирилова О. О., Кирилова Є. І., Вострокнутов І. Л. Особливості соматопсихічних проявів в онкології на різних етапах протипухлинного лікування (оглядова стаття) Актуальні проблеми сучасної медицини. Випуск 6, 2020, С. 84-92
5. Stroebe M., Schut H. The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. Margaret Stroebe, Henk Schut, OMEGA-Journal of Death and Dying, 2010 Volume: 61 issue: 4, page(s): 273-289.