МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки

кафедра практичної психології та соціальної роботи

**Бауріна А.С.**

**Випускна кваліфікаційна робота бакалавра**

**Психологічна допомога онкологічним хворим та їх сім’ям**

Сєвєродонецьк

2021

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки**

(повне найменування інституту, факультету)

**Кафедра практичної психології та соціальної роботи**

(повна назва кафедри)

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

**до випускної кваліфікаційної роботи бакалавра**

**освітньо-кваліфікаційного рівня**\_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_053 – Психологія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

спеціалізація Практична психологія

(назва спеціалізації)

на тему: «Психологічна допомога онкологічним хворим та їх сім’ям »

Виконала:

студентка групи ПСПП-17з Бауріна А.С.

Керівник: д. психол. н., проф. Бурлакова І.А.

Завідувач кафедри практичної

психології та соціальної роботи:

д. психол. н., проф. Завацька Н.Є.

Рецензент: к. психол. н., доц. Боярин Л.В.

Сєвєродонецьк – 2021

**СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**Факультет гуманітарних наук, психології та педагогіки**

(повне найменування інституту, факультету)

**Кафедра практичної психології та соціальної роботи**

(повна назва кафедри)

освітньо-кваліфікаційного рівня \_\_\_\_бакалавр\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(бакалавр, спеціаліст, магістр)

напряму підготовки \_\_\_053 – Психологія \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(шифр і назва напряму підготовки)

спеціалізація Практична психологія

(назва спеціалізації)

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

**Завідувач кафедри**

**практичної психології**

**та соціальної роботи**

**проф. Завацька Н.Є.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

“26” березня 2021року

**З А В Д А Н Н Я**

**НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ БАКАЛАВРА**

**Бауріної Аліни Сергіївни**

1. Тема роботи: «Психологічна допомога онкологічним хворим та їх сім’ям»

Керівник роботи Бурлакова І.А., д. психол. н., проф.

( прізвище, ім’я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від “26” березня 2021 р. № 58/15.17

2. Строк подання студентом роботи\_\_\_01.06.2021 р.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи – 102 сторінки (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури –33дж.*

*4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: проаналізувати наукові джерела з особливостей хворих на рак молочної залози та рак легенів; підібрати діагностичний інструментарій згідно вивчення особливостей онкохворих та їх сімей; на основі проведеного констатувального експерименту розробити практичні рекомендації щодо психологічного супроводу онкохворих з моменту постановки діагнозу до подальшого лікування.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці – 2.*

**6. Консультанти розділів роботи:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада  консультанта | Підпис, дата | |
| Завдання  видав | Завдання  прийняв |
| 1. | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф. | 26.03.2021 р. | 26.03.2021 р. |
| 2. | Бурлакова І.А. – д.психол.н., проф. | 26.03.2021 р. | 26.03.2021 р. |

7. Дата видачі завдання 26.03.2021 р**.**

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№**  **з/п** | **Назва етапів** | **Строк виконання етапів** | **Примітка** |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану випускної кваліфікаційної роботи бакалавра | 03.2021р. | 03.2021р. |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 04.2021р. | 04.2021р. |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 04.2021р. | 04.2021р. |
| 4 | Узагальнення результатів констатувального експерименту | 05.2021р. | 05.2021р. |
| 5 | Розробка рекомендацій щодо психологічної допомоги онкохворим та їх сім’ям | 05.2021р. | 05.2021р. |
| 6 | Підготовка випускної кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту та її захист | 06.2021р. | 06.2021р. |

**Студентка Бауріна А.С.**

**Керівник роботи Бурлакова І.А.**

**РЕФЕРАТ**

Текст – 102 с., табл. – 2, джерел – 33, додатків – 2

У роботі проведено теоретико-методологічний аналіз до вивчення проблем онкологічних хворих у вітчизняній та зарубіжній літературі; розглядаються особливості хворих на рак молочної залози та хворих на рак легенів.

Наведено результати дослідження впливу онкологічного діагнозу на психічний стан і особистісні особливості онкологічних хворих на різних етапах захворювання і лікування при різних локалізаціях пухлин; надані практичні рекомендації щодо покращення якості життя людям з онкологічною хворобою.

**Ключові слова:** ОНКОХВОРИЙ, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ, ДЕПРЕСІЯ, ОНКОПАТОЛОГІЯ, ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ДІАГНОСТИЧНА БЕСІДА, ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СИНДРОМ, ТЕРАПІЯ, ІНКУРАБЕЛЬНИЙ ХВОРИЙ.

**ЗМІСТ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ВСТУП |  |  | | 7 |
| РОЗДІЛ | 1. | ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ | | 10 |
|  | 1.1. | Етичні питання при проведенні психологічних  досліджень в онкології | | 10 |
|  | 1.2. | Психологічні особливості хворих на рак молочної  залози | | 11 |
|  | 1.3. | Психологічні особливості хворих на рак легенів | | 21 |
| ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1 26 | | | | |
| РОЗДІЛ | 2. | ПРОФЕСІЙНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ | 29 | |
|  | 2.1. | Огляд методів психологічного консультування  і психотерапії при роботі з онкологічними хворими | 29 | |
|  | 2.2. | Психологічна допомога онкологічним хворим на різних етапах лікування | 44 | |
|  | 2.3. | Психологічна допомога онкологічним хворим в паліативній практиці | 56 | |
|  | 2.4 | Психологічна допомога сім’ям інкурабельних онкологічних хворих | 62 | |
| ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2 71 | | | | |
| ВИСНОВКИ | | | 74 | |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ  ДОДАТКИ | | | 77  81 | |

**ВСТУП**

**Актуальність теми дослідження.** Реабілітація онкологічного хворого розуміється не тільки як усунення безпосередньо хвороби (це прерогатива лікування) і відновлення фізичних функцій організму, але і як максимально прийнятне відновлення здатності людини жити у звичному для нього середовищі, що неможливо без звернення до особистості хворої людини.

Збільшення в останні роки інтересу до реабілітації, найімовірніше, можна пояснити усвідомленням медичною громадськістю того факту, що на якість життя онкологічного хворого можна впливати не тільки вибором виду лікування, але і проведенням реабілітаційних заходів. Крім того, психологічна реабілітація онкологічного хворого починається вже на діагностичному етапі, коли пацієнт безпосередньо стикається з психотравмуючою ситуацією хвороби.

Психологічна реабілітація - невід'ємна частина реабілітації онкологічного хворого, спрямована на адаптацію його до ситуації захворювання і сприяє підвищенню якості життя хворого. У 1985 році FDA (Управління з контролю за продуктами і ліками США) рекомендувало включити оцінку якості життя в клінічні дослідження як основний або додатковий критерій оцінки результатів лікування онкологічних хворих. А вже в 1990 році на конференції ASCO (Американського товариства клінічної онкології) якість життя заявлено другим за важливістю критерієм ефективності лікування хворого після загального виживання і більш значущим, ніж об'єктивна відповідь.

Якість життя є другим за значимістю критерієм оцінки результатів протипухлинної терапії після виживання і більш важливим, ніж первинна пухлинна відповідь. Тривале і важке лікування, ізоляція від звичного оточення, втрата працездатності (постійна або тимчасова), інвалідизація часто є чинниками соціальної і психічної дезадаптації. Відсутність своєчасної психологічної допомоги може призвести до психопатологічних змін особистості пацієнта.

**Об'єкт дослідження –** психологічні особливостіонкохворої людини.

**Предмет дослідження** – психологічна допомога онкологічно хворим та їх сімʼям.

**Мета дослідження -** виявити психологічні особливості онкологічних хворих на різних етапах лікувального процесу та визначити специфіку психологічної допомоги онкологічно хворим та їх сімʼям.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати основні теоретичні підходи з проблеми вивчення онкологічних хворих на різних етапах лікування у вітчизняній та зарубіжній літературі.

2. Визначити показники, які впливають на психічний стан і особистісні особливості онкологічних хворих на різних етапах захворювання і лікування при різних локалізаціях пухлин.

3. Провести емпіричне дослідження на визначення психологічних особливостей хворих на рак молочної залози та хворих на рак легенів.

4. Розробити практичні рекомендації щодо покращення якості життя та психічно-емоційного стану онкохворих та їх сімей.

**Методологічну та теоретичну основу дослідження склали:** теоретичний аналіз і узагальнення даних сучасної наукової літератури з проблеми психологічних особливостей у онкологічних хворих (Бажин Є.Ф., Гільяшева І.М., Левина Т.Л., Тонконогий І.М., Ханин Ю.Л), диференціальної діагностики депресивних станів (В. Зунг, Т. Балашова) самооцінки (Т. Дембо, Т. Рубінштейн), основні положення про сутність особистості (Г.С. Костюк, С.Д. Максименко, С.Л. Рубінштейн),

**Методи дослідження:** для оцінки психоемоційний стан опитуваних застосовували Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS), особистісних та поведінкових патернів – методику діагностики особистісних факторів темпераменту та характеру (5PFQ) та опитувальник подолання складних життєвих ситуацій В. Янке, Г. Ердман (SVF120); взаємодію в лікувальному процесі та типи реагування на захворювання – опитувальники типу реагування на захворю­вання (ТОБОЛ) та структуроване клініко-психологічне інтерв’ю; психосоціальне функціонування – методику оцінювання якості життя Мезіч.

**Теоретичне значення дослідження:** дійшли подальшого розвитку теоретичні підходи до психологічної діагностики та реабілітації онкохворих відповідно до психологічних особливостей їх особистості; виявлені особливості прояву депресії, якості життя та типу ставлення до хвороби онкохворих на різних етапах лікування.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає в тому, що діагностичні методики, психологічні засоби реабілітації та соціально-психологічний тренінг можуть бути використані в роботі онкологічних клінік з метою поліпшення психологічного стану онкологічних хворих, підвищення їх якості життя та подовження його тривалості, а також для психологічної підтримки сімей онкохворих.

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

**1.1 Етичні питання при проведенні психологічних**

**досліджень в онкології**

В даний час проводяться численні психологічні дослідження онкологічних хворих. Ці дослідження розширюють уявлення про психічний стан і особистісні особливості онкологічних хворих на різних етапах захворювання і лікування при різних локалізаціях пухлин. При цьому вивчається ставлення пацієнтів до хвороби, психологічні захисти та копінг-стратегії, використовувані хворими в пристосуванні до ситуації захворювання, та інші психологічні проблеми в онкології.

Психологічні дослідження є основою для психологічної допомоги, якої потребують онкологічні хворі, а також результати досліджень, які використовуються в освітніх програмах для лікарів-онкологів, психологів, медичних сестер.

В той же час, необхідно враховувати, що при проведенні психологічного дослідження психолог впроваджується у внутрішній світ пацієнта, і це само по собі може породжувати у хворого масу негативних переживань.

Визнаючи значення психологічних досліджень в онкології, слід звертати увагу на етичну сторону їх проведення:

* Психологічні дослідження в онкології не повинні проводитися заради дослідження, заради отримання результатів. У них завжди повинна бути наукова обґрунтованість, яка в подальшому може принести практичну користь для хворих.
* Дослідження повинно проводитися в певних умовах, головне з яких - психологічна безпека для пацієнта.
* Хворий повинен бути проінформований про мету дослідження і про те, що конкретно буде досліджуватися.
* Хворий повинен дати добровільну згоду на участь в психологічному дослідженні.
* Необхідно дотримуватися принципу конфіденційності: результати дослідження конкретного пацієнта не повинні підлягати розголосу без його дозволу. Інформація про пацієнта, отримана в результаті дослідження і яка приводиться в якості прикладу в наукових статтях і т.п., не повинна містити особистих даних.
* Хворий має право на отримання інформації про результати дослідження в доступній та зрозумілій йому формі.
* При проведенні дослідження і інтерпретації результатів необхідно дотримуватися поваги до пацієнта.

**1.2 Психологічні особливості хворих на рак молочної**

**залози**

Рак молочної залози (РМЗ) - соціально значуще захворювання, як і раніше є лідером в структурі захворюваності і смертності в усьому світі. Незважаючи на прогрес в лікарському лікуванні РМЗ, основним методом лікування як і раніше залишається хірургічне лікування. Тому для хворої жінки діагноз раку молочної залози несе в собі загрозу психічної травми. Це обумовлено не тільки страхом перед хворобою, виникненням загрози життю, крахом життєвих планів, а й необхідністю піддатися операції, яка калічить. Нерідко відбувається зміщення акценту: боязнь втрати жіночності і зміни відносин з іншими людьми, це набуває для хворих першорядного значення [8].

Внаслідок цього, РМЗ супроводжується надмірною емоційною напругою пацієнток, що призводить до різних психологічних і нервово-психічних розладів. Порушується соціально-психологічна адаптація хворої жінки і, як наслідок, відзначається часта невротизація хворих на РМЗ. При збільшенні в даний час тривалості життя хворих на РМЗ відсутність психологічної допомоги знижує якість їхнього життя, перешкоджає досягненню більш повного ефекту лікування. Виникає своєрідний парадокс: з одного боку, величезні матеріальні витрати і зусилля лікарів-онкологів направлені на лікування хворої, а з іншого боку, недооцінка особистості самої пацієнтки і її ставлення до захворювання і лікування призводить до того, що сильний стрес, викликаний захворюванням, стає непереборним

.Для виявлення особистісних особливостей хворих на РМЗ і встановлення їх зв'язку з рівнем і особливостями психологічної компенсації було досліджено 183 хворих, які первинно надійшли в відділення пухлин молочної залози НДІ онкології ім. М.М. Петрова [9].

Вік хворих - від 26 до 74 років (середній вік - 50,3 ± 0,8 років). У 53,0% хворих в процесі лікування були виявлені метастази. 94,5% хворих зазнали різних видів операцій на молочних залозах, променеве лікування було проведено 66,7% хворих, хіміотерапія застосовувалася у 82,0 % хворих, гормональне лікування отримували 20,2% хворих. Дослідження проводилося в динаміці відповідно до процесу діагностики і лікування: при надходженні у відділення, перед операцією, після операції і перед випискою. Були використані клініко-психологічний і експериментально-психологічний методи дослідження. Клініко-психологічний метод був у вигляді неформального інтерв'ю з питань, які були об'єднані в п'ять основних тем: виявлення захворювання, ставлення до хвороби і її причини, на думку хворої, ставлення до лікуванню (включаючи відношення до операції), соціальні питання, ставлення до майбутнього (додаток 1).

При експериментально-психологічному методі дослідження використовувалися наступні психологічні методики:

* мінесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (MMPI) [1, 2, 5],
* методика дослідження фрустраційної толерантності Розенцвейга [6],
* тип ставлення до хвороби (Тоб) [3],
* шкала особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера в модифікації Ханіна [7],
* методика самооцінки Дембо-Рубінштейн [4] (додаток 2 ).

Клініко-психологічне дослідження дозволило вивчити особистісну реакцію хворих на РМЗ на захворювання. Більше половини хворих мали досвід переживань з приводу РМЗ, пов'язаних з захворюванням інших людей. Цей досвід переживань (негативний або позитивний) впливав на сформоване ще до хвороби уявлення про перспективи хворих на РМЗ, яке ґрунтувалося на інформації, отриманої з різних джерел. Тільки 7,1% хворих знали, що від РМЗ можна вилікуватися, уявлення ж більшості - 58,5% - в щодо перспектив хворих на РМЗ було невизначеним.

Причиною звернення до лікаря був страх перед онкологічним захворюванням, який випробували 81,4% хворих. Однак сильне почуття страху перешкоджало 14,2% хворим звернутися за медичною допомогою відразу після виявлення симптомів захворювання: вони звернулися до лікарів через 6 і більше місяців. Після первинного відвідування онколога сильні негативні почуття виражені різним ступенем від страху і відчаю до тривоги і занепокоєння виникли у 86,3% пацієнток. Причиною хвороби для 26,8% пацієнток стало , на їхню думку, надмірне нервове напруження протягом життя, для 21,3% хворих - фізична травма, для інших - спадковість, гормональні порушення, втрата близької людини, але 27,3% пацієнток не могли припустити, що стало причиною хвороби.Вважали, що їх хвороба злоякісна 16,9% хворих, для більшої частини хворих - 44,3% - характерно часткове визнання злоякісного характеру захворювання, 14,2% хворих заперечували наявність у них раку, а у 24,6% було невизначене ставлення до діагнозу. При цьому 73,2% пацієнток не питали лікарів про своє захворювання, так як боялися почути щось неприємне ( «про захворювання не хочу ні говорити, ні думати»; питати лікаря - тільки засмучуватися »;« про хворобу краще не говорити: страшно стає »).

Довіра до лікаря і позитивне ставлення до обраного методу лікування демонстрували 44,8% пацієнток, а 10,9% - були пасивні, байдужі, негативно ставилися до всіх методів лікування, нестійке ставлення до лікування, що характеризується амбівалентністю настрою і поведінки, було властиво 44,3% хворих. По відношенню до операції (мастектомії) хворі розділилися на три групи: 55,8% пацієнток брали її необхідність і саме з нею вони пов'язували своє одужання; в той час як у 11% хворих необхідность операції викликала бурхливий протест: деякі відмовлялися від неї, інші негативно ставилися до операції після її проведення; 32,2% пацієнток не могли примиритися з необхідністю операції і погоджувалися на неї тільки під тиском обставин. При цьому страх перед наслідками операції, що калічить відчували, за невеликим винятком, практично всі хворі.

Основний мотив - прагнення до одужання - набував у пацієнток цінність у зв'язку з постановкою конкретних життєвих цілей. Найбільш яскраво це проявлялося у жінок, які мали маленьких або неповнолітніх дітей. Активне бажання пристосуватися до нової життєвої ситуації, враховуючи захворювання і його наслідки, в тому числі можливі труднощі в сім'ї і на роботі, характерно для 30,1% хворих. Вважали, що через хворобу їх життя втратило сенс, 12,5% хворих. Для 57,4% хворих майбутнє видавалося як маса нерозв'язних проблем.

Аналіз результатів клініко-психологічного дослідження хворих на РМЗ показав, що, незважаючи на, здавалося б, однакову психічну травму, якою є захворювання на РМЗ, хворі мали різну ступінь психологічної компенсації, яка нами визначалася як система психологічних прийомів, які допомагають особистості пристосуватися до сильного стресу, зумовленого онкологічним захворюванням. В основу дефініції психологічної компенсації були покладені шість видів особистісних відносин хворих: ставлення до діагнозу, ставлення до лікування, ставлення до операції, відношення до виліковності захворювання, відносини з близькими, ставлення до майбутнього.

Були розроблені критерії та виділено три групи РМЗ з різним ступенем психологічної компенсації:

- I група - компенсовані хворі - 31,2%,

- II група - частково компенсовані - 50,8% (розділену потім ще на дві підгрупи: частково компенсовані II- A - 25,7% і IIБ - 25,1 %),

- III група - декомпенсовані хворі - 18,0%.

Був виявлений ​​взаємозв'язок між рівнем психологічної компенсації і особливостями особистісного реагування на захворювання та лікування РМЗ .Так, компенсовані хворі (I група) достовірно частіше (р <0,05), ніж хворі інших груп вважали, що вчасно надана медична допомога буде сприяти лікуванню хвороби; емоційні реакції при виявленні захворювання і в процесі лікування були виражені більшою мірою у менш компенсованих (II-Б і III групи) хворих, ніж у більш компенсованих (I і II-А групи) хворих (р <0,05). Проте компенсовані хворі частіше за інших вважали причиною захворювання нервову напругу протягом життя (р <0,05); уявлення про хвороби у компенсованих хворих (I група) і частково компенсованих (II-А група) було більш виразним, ніж у частково компенсованих (II-Б група) і декомпенсованих (III група) хворих (р <0,05); менш компенсованим (II-Б і III групи) хворим було важче повідомити про своє захворювання іншим людям (р <0,05); більш компенсовані (I і II-А групи) хворі частіше висловлювали впевненість у своєї необхідності і в родині, і на роботі (р <0,05).

Аналіз отриманих за допомогою MMPI даних виявив, що домінуючою тенденцією, характерною для хворих на РМЗ, є не депресія, а тривога, супроводжувана депресивним компонентом. Вдалося виділити чотири варіанти профілів, що відбивають особистісні тенденції хворих на РМЗ. Назва кожного варіанту була визначена, виходячи з домінуючої шкали або шкали в коді профілю: депресивні (D), афективно-ригідні (Pa на одному з перших трьох місць), дезадаптивні (Sc, Pt, D, Pd) і істеричні тенденції (Hy). При дослідженні частоти прояви різних особистісних тенденцій в залежності від ступеня психологічної компенсації виявилася наступна закономірність: з зменшенням ступеня психологічної компенсації змінюється частота афективно-ригідних тенденцій: найбільша частота в I групі (41,7% ± 7,1%), потім вона безперервно зменшується і стає меншою в III групі (21,8% ± 7,3%). Частота дезадаптивних тенденцій має протилежну залежність зі ступенем психологічної компенсації: в I групі - 8,3% ± 4,0% - вона найменша, безперервно зростаючи, ця тенденція стає найбільшою в III групі - 34,4% ± 8,4%. Для депресивних і істеричних тенденцій не виявлено закономірної статистично значущої зміни їх частоти від ступеня психологічної компенсації. Велика величина індексу тривоги була виявлена ​​в групі хворих з меншою психологічною компенсацією (р <0,05).

За даними методики Розенцвейга, виявлений взаємозв'язок між ступенем психологічної компенсації і типом реагування на фрустрацію. У той же час такого взаємозв'язку зі спрямованістю фрустраційної реакцій не встановлено. При аналізі типу реагування було визначено, що для груп з більшою психологічною компенсацією (I і II-А групи) характерна велика частота завзятого типу (NP) реагування і в той же час менша частота перешкодно-домінантного типу (OD) в порівнянні з групою менш компенсованих хворих (II-Б і III групи). За частотою самозахисного типу реагування (E-D) відмінностей не виявлено. В цілому, для хворих з більшою психологічною компенсацією характерна установка на подолання фрустрованих обставин і подолання блокування потреб, менш компенсованим хворим властива емоційна фіксація на перешкоді зі зниженням спроб її подолання, тобто у менш компенсованих хворих можлива виражена реакція на такі фрустровані ситуації, які іншими зазвичай сприймаються як незначні.

Різниця за коефіцієнтом соціальної адаптації (GCR) між компенсованими (60,5 ± 1,6) і декомпенсованими (50,3 ± 2,3) хворими свідчить про те, що більш компенсовані хворі краще адаптовані в своєму соціальному оточенні, ніж декомпенсовані.

Дослідження ставлення до хвороби за допомогою опитувальника «Тип ставлення до хвороби» (Тоб) показав, що найбільш часто в групі хворих на РМЗ зустрічаються ергопатичний (25,1 ± 2,5 балів), сензитивний (22 , 1 ± 1,6 балів) і тривожно-депресивний типи ставлення до хвороби (17,3 ± 1,6 балів). Результати порівняння шкальних оцінок і методики Тоб між хворими з більшою (I і II-А групи) і меншою (II-Б і III групи) психологічною компенсацією виявляють достовірні відмінності за шкалою тривожно-депресивного і неврастенічного типів ставлення до хвороби. Для менш компенсованих хворих характерна виражена в значній мірі тривога і занепокоєння у зв'язку з хворобою, роздратування, особливо при болях, стражданнях , непереносимість найменших больових відчуттів, нездатність до очікування полегшення. При більшій психологічної компенсації вищї показники шкал гармонійного, анозогнозичного і ергопатичного типів ставлення до хвороби. У міру зниження ступеня психологічної компенсації хворих від групи до групи спостерігається зменшення частоти ергопатичного з одночасним підвищенням сензитивного і тривожно-депресивного типів ставлення до хвороби.

При вивченні динаміки психологічного стану хворих на рак молочної залози в стаціонарі було з'ясовано, що для кожного етапу лікування в стаціонарі існують характерні, пережиті хворими раком молочної залози, проблеми. Під час лікування в стаціонарі хворі відчували виражене емоційне напруження, показниками якого були високі рівні особистісної (RX2) і ситуативної (RX1) тривожності і знижена самооцінка. При цьому найбільш важким по силі переживань був етап надходження в стаціонар (RX2 - 51,3 ± 0,8 балів; RX1 - 57,6 ± 0,9), до виписки рівні особистісної ( RX2 - 49,3 ± 0,8) і ситуативної (RX1 - 49,6 ± 0,9) тривожності знижувався (в групі компенсованих хворих до помірного рівня RX2 - 43,6 ± 1 , 1 балів; RX1 - 42,7 ± 1,1), самооцінка підвищувалася по категорії «здоров'я» у всіх групах, а по категорії «щастя» - у компенсованих і частково компенсованих хворих (р <0,05).

На основі аналізу отриманих результатів дослідження був зроблений висновок, що кожному типові ставлення до захворювання у різних вікових групах відповідає певний рівень депресії та якості життя (табл. 1.1).

**Таблиця 1.1**

**Показники рівня депресії та якості життя в залежності від типів ставлення до захворювання хворих на рак молочної залози різного віку на передопераційному етапі (в %).**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вік (ро-  ки) | Типи ставлення до хвороби | Рівень депресії | | | | | Рівень якості життя | | |
| від-  сут-ня | міні-  маль-на | лег-ка | по-  мір-  на | вира-жена | висо-  кий | cередній | низь-  кий |
| 35-45 | Ергопатичний  (n=16) | 18,9 | 12,5 | 31,3 | 37,5 | 0 | 18,8 | 81,2 | 0 |
| Тривожний  (n=10) | 10 | 20 | 40 | 30 | 0 | 10 | 90 | 0 |
| Ейфоричний  (n=9) | 22,2 | 11,1 | 22,2 | 44,4 | 0 | 22,2 | 77,7 | 0 |
| 46-55 | Тривожний  (n=15) | 6,7 | 20,1 | 33,5 | 40,2 | 0 | 6,7 | 67 | 26,8 |
| Обсесивно-фобічний  (n=12) | 0 | 24,9 | 16,6 | 24,9 | 33,2 | 0 | 58,1 | 41,5 |
| Ергопатичний  (n=10) | 20 | 30 | 40 | 10 | 0 | 20 | 80 | 0 |
| Сенситивний  (n=9) | 0 | 33,3 | 33,3 | 22,2 | 11,1 | 0 | 66,6 | 33,3 |
| 56 і більше | Обсесивно-фобічний  (n=10) | 0 | 0 | 80 | 20 | 0 | 20 | 50 | 30 |
| Іпохондричний  (n=9) | 0 | 11,1 | 77,7 | 11,1 | 0 | 11,1 | 55,5 | 33,3 |
| Сенситивний  (n=8) | 12,5 | 0 | 62,5 | 25 | 0 | 12,5 | 62,5 | 25 |

Таким чином, особистісні реакції на захворювання у хворих на РМЗ розрізняються за ступенем психологічної компенсації. У зв'язку з цим особливої увагу медичного психолога заслуговує група частково компенсованих хворих, так як психологічна допомога хворим саме цієї групи - найбільшої за чисельністю - створює для них можливість подолати психологічні наслідки хвороби.

З метою вивчення ставлення хворих на РМЗ до хіміотерапії і визначення емоційного стану хворих в залежності від її тривалості було проведено психологічне дослідження хворих, які проходили лікування в НДІ онкології ім. М.М. Петрова [10]. Досліджувалось 45 хворих у віці від 30 до 70 років, у всіх пацієнток до хіміотерапії була операція (мастектомія). Пацієнтки в залежності від тривалості курсів хіміотерапії були розділені на три групи:

* I група (15 осіб) - хворі, які приймають перший курс

хіміотерапії під час лікування в стаціонарі;

* II група (14 осіб) - хворі, що проходять другий, третій або

четвертий курс хіміотерапії амбулаторно;

* III група (16 осіб) - хворі, які завершують хіміотерапію: п'ятий або шостий курс амбулаторно.

У дослідженні використовувалися клінічна бесіда у вигляді неформального інтерв'ю (додаток 1) та психологічні тести, спрямовані на вивчення рівнів особистісної та ситуативної тривожності (тест Спілбергера-Ханіна) [7], диференціальної діагностики депресивних станів (тест В. Зунга в адаптації Т. Балашової в СПбНІПНІ ім. В.М. Бехтерева) та самооцінки (тест Дембо-Рубінштейн) [4] (додаток 2). Дослідження було доповнено спостереженнями за поведінкою хворих під час бесіди і виконання тестів.

Хворі з приводу хіміотерапії говорили так: «Страшно було починати», «Відчуваю сильний біль», «Хочеться відвернутися до стінки і нікого не бачити ». Дві жінки з усіх сказали, що після хіміотерапії «трупом лежиш» (на момент обстеження у них був п'ятий курс хіміотерапії). Супутні хіміотерапії ускладнення виражалися в слабкості, нудотї, втратї апетиту (у деяких, навпаки, підвищення апетиту), сльозливості, пітливості, тремтіння, лихоманці, загостренні нюху, апатії, зниженні настрою. Багато жінок при заповненні тестових шкал емоційно реагували на деякі із запропонованих тверджень. Бесіда після виконання тесту на самооцінку виявила у більшості скептичне ставлення до свого здоров'я і щастя: «Скінчилося моє здоров'я», «Я весь час себе шкодую, мені страшно», «Та хіба це щастя? »,« Про яке щастя я можу говорити? ».

Результати проведеного дослідження показали, що є прямо пропорційна залежність між тривалістю хіміотерапії і збільшенням рівнів ситуативної та особистісної тривожності і депресії для I і II груп (р <0,05) і для I і III груп (р <0,05)). У III групі показники ситуативної та особистісної тривожності досягають високого рівня, показник депресії стає вище норми. Самооцінка за категоріями «здоров'я» і «щастя» нижче норми в усіх групах, найнижчою вона є у хворих III групи. До 5-6-го курсів хіміотерапії абсолютно всі хворі знають свій діагноз, їм властиво позитивно-нейтральне уявлення про хіміотерапію і значна частина з них вважає, що хіміотерапія допоможе в лікуванні. Поряд з цим, у міру збільшення числа курсів хіміотерапії зростає число хворих, що відчувають страх перед ній, збільшується кількість хворих, які погано переносять хіміотерапію, і для яких вона опинилася важче, ніж вони припускали. Можливо, це пояснюється загальною втомою від лікування хіміопрепаратами і від супутніх ускладнень, які виснажують і вимотують настільки, що деякі хворі готові наполягати на припиненні курсів хіміотерапії раніше покладеного терміну. У цьому стані хворі найбільше потребують емоційної підтримки оточуючих і особливо лікаря-хіміотерапевта.

Багато під час дослідження скаржилися на відсутність стабільного контакту з лікарем, ті ж, у кого такий контакт був, підкреслювали його значення для них. Зі збільшенням числа курсів хіміотерапії значно зростає кількість хворих, які вважають, що вони не підготовлені лікарем до проведення хіміотерапії. Ця обставина є свідченням того, що хворі не поінформовані про лікування в тій мірі, в якій їм хотілося б бути поінформованими, з одного боку, а з іншого - вказує на те , що вони потребують емоційної підтримки лікаря. Можна висловити припущення про те, що при психологічній підготовці хворого до проведення хіміотерапії, можливо, зменшиться страх перед нею, і може бути, буде кращою суб'єктивна переносимість препаратів.

Таким чином, проведені психологічні дослідження хворих на РМЗ свідчать про психологічну травматизації хворих жінок і необхідність надання їм психологічної допомоги як лікарем-онкологом, так і медичним психологом.

**1.3 Психологічні особливості хворих на рак легенів**

По відношенню до раку легенів існує стійке уявлення про вплив соціальних чинників і способу життя на його виникнення. Можна припустити, що люди, які захворіли на рак легенів, на відміну від хворих з іншими локалізаціями пухлин, можуть зв'язати виникнення захворювання зі своїм способом життя і шкідливими звичками. Це, в свою чергу, може впливати на сприйняття і ставлення до хвороби [14].

Було досліджено 99 хворих на рак легенів (76 чоловіків і 23 жінки) на етапі первинного лікування на торакальному відділенні НДІ онкології ім. Н.Н. Петрова і в Російському науковому центрі радіології і хірургічних технологій (РНЦРХТ). За допомогою клініко-психологічного методу (спостереження, клінічна бесіда) вивчалася змістовна сторона переживань пацієнтів (додаток 1). Експериментально-психологічний метод був спрямований на виявлення невротичної симптоматики у пацієнтів (ОНР-СІ) [12] і типу їхнього ставлення до хвороби (Тобол) [13], а також вивчення інтернальності хворих, в тому числі в області здоров'я (УСК) [11] (додаток 1).

Як правило, пацієнти виявляли своє захворювання в результаті планового огляду (на роботі) після проходження флюорографії, або самостійно зверталися до лікаря зі скаргами на симптоми ГРВІ (кашель, задишка, висока температура), або інші (аритмія, болі в попереку, суглобах). В останньому випадку нерідко первинним діагнозом ставилася пневмонія, і тільки через якийсь час хворого відправляли на обстеження з підозрою на онкологічне захворювання. Запущена застуда, запалення легенів були причиною захворювання, на думку хворих, в 32% випадках.

Приймали злоякісний характер свого захворювання ( «рак», « рак легенів », « онкологія »,« можна продовжити життя, але вилікувати не можна, так як рак є рак »), 26,3% хворих заперечували злоякісний характер хвороби ( «просто пухлина», «поліпи», «діагнозу не знаю», «якесь затемнення в легенях») 47,4% хворих на рак легені. У 26,3% хворих частково визнавали злоякісний характер своєї хвороби. З одного боку, хворі говорили про своє захворювання, вказуючи на тяжкість майбутнього лікування, з іншого боку - їм були властиві висловлювання: «Відпустили б додому, не може бути, що все настільки серйозно »і пропонували свої версії захворювання.

Половина хворих (50%) вважали, що виникнення захворювання як-то пов'язано з курінням, 29% - зі стресом, нервовим напруженням протягом життя, 29% - з шкідливими умовами праці, 13% - з впливом різних (не сигарета) канцерогенів ( «вода погана» «ліки в аптеці - підробка»), 8% - говорили про спадковість ( «батько і брат померли від раку»). При цьому 32% обстежених хворих вказували, що «шукати причини - забивати голову». Вони ж відзначали, що «зайвої інформації про хвороби не треба, вистачає тієї, яку повідомляє лікар». Більшість пацієнтів (71%) висловлювали своє ставлення до лікування наступним чином: «сумувати не можна», «буду намагатися лікуватися і не міняти темпу життя». Решта 29% - вказували, що лікування захворювання пов'язане з великою невизначеністю, вони скаржилися на депресивний стан, «апатію - хоч на мотузці тягни». Чверть пацієнтів (24%) відзначили, що їхнє життя в зв'язку з захворюванням значно змінилася ( «коло спілкування звузилося», «гроші не заробляю», «дуже різко з роботи звільнили», «змінилося багато, ходити не можу»), 55% пацієнтів вказали на незначні зміни («кинув курити», «начебто, щось змінилося»).

Вивчення особливостей реагування на захворювання (Тобол) виявило умовно-адаптивне ставлення до хвороби у 53,5% хворих, при цьому домінував ергопатичний тип, який свідчить про прагнення, незважаючи на хворобу, продовжувати звичну активну життєдіяльність, працювати. У пацієнтів з дезадаптивним ставленямі до хвороби переважали тривожний, сенситивний, змішаний і дифузний типи.

Аналіз результатів ставлення до хвороби показав, що у хворих з запереченням злоякісного характеру хвороби і у хворих, які беруть злоякісність свого захворювання, переважали адаптивні типи ставлення до хвороби (61,5% і 55,3% відповідно). При частковому визнання злоякісного характеру хвороби у більшості хворих (57,6%) виявлено дезадаптивне ставлення до хвороби.

Аналіз результатів вираженості невротичної симптоматики (ОНРСІ) показав перевагу у пацієнтів наступних скарг невротичного спектра: розлади сну, астенія, афективна лабільність, афективна напруженість, іпохондричність, соматовегетативних розладів. Дана симптоматика була більш виражена у хворих з частковим визнанням злоякісного характеру захворювання, в порівнянні з тими, хто заперечував злоякісний процес хвороби (р <0,005). У хворих з запереченням в 81% (20 чол.) випадках була низька виразність невротичної симптоматики. При визнанні злоякісного процесу невротична симптоматика мала високий рівень виразності у 6% (3 чол .) хворих і помірний рівень - у 47% (22 чол.) хворих, що було адекватним в умовах хвороби і визнання її пацієнтом.

Дослідження інтернальності (УСК) показало, що в цілому у хворих на рак легені знижені показники за шкалою інтернальності стосовно здоров'я і хвороби (3-4 стена), навіть якщо показники за шкалою загальної інтернальності були високими (5стенов і більше). Пацієнти не сприймали себе відповідальними за своє здоров'я і лікування, а покладалися на інших людей, в першу чергу, на лікарів. При цьому знижений і низький локус-контроль особистості був властивий саме пацієнтам з запереченням і частковим визнанням злоякісного характеру хвороби, що передбачає такі особливості особистості як невпевненість, емоційна нестійкість, тобто відсутність віри в свої сили і ресурси. Так, у більшості хворих, які заперечують і частково визнають злоякісний характер захворювання (65% і 73% відповідно), були низькі показники як загальної інтернальності, так і інтернальності в сфері здоров'я . Ці пацієнти сприймали стан свого здоров'я швидше залежного від зовнішніх впливів і випадковостей, ніж від власного способу життя, вони не брали відповідальності за своє здоров'я і життя в цілому, а лікувалися «тому, що так треба »і вважали за краще залежність від лікарів.

В той же час для 70% хворих, які визнають злоякісний характер захворювання, характерний помірний загальний рівень інтернальності, що пов'язано з такими особливостями особистості, як емоційна стійкість, впевненість, соціальна активність і самоповага. З них у 59,6% виявлено помірний рівень інтернальності в сфері здоров'я. Ці хворі допускали причинну залежність між своїми діями, захворюванням і можливістю одужання, усвідомлювали роль власної свідомої активності в лікувальному процесі. Ухвалення захворювання з летальною загрозою пов'язано з відповідальністю хворого за своє життя і здоров'я, здатністю усвідомлювати те, що відбувається в його житті і розуміти свій стан.

Таким чином, у хворих на рак легенів, які заперечують злоякісний характер захворювання, в більшості випадків виявлялися умовно адаптивне ставлення до хвороби і низька виразність невротичної симптоматики. Заперечення, що є несвідомом захистом особистості, пом'якшує психічну травматизацію хворого в зв'язку з захворюванням і його лікуванням, але в той же час, заважає освоєнню інформації і прийнятті хвороби. Ці хворі не схильні нести відповідальності за своє здоров'я і життя в цілому. Дана позиція сприяє неадекватному відношенню хворого до захворювання, ускладнює його взаємини з близькими (особливо в ситуації погіршення стану), формує емоційно залежні відносини з оточуючими, в тому числі з медичним персоналом. Надмірне проходження лікарем захисних реакцій хворого, спільні заперечення злоякісності захворювання може привести до розриву комунікації, до ізоляції і самотності хворого. У більшості хворих з частковим визнанням злоякісного характеру свого захворювання діагностуються виражена невротична симптоматика і дезадаптивне ставлення до хвороби. Швидке руйнування психологічного захисту особистості зробило їх дуже вразливими. Низький рівень інтернальності не дозволяє мобілізувати нові як внутрішні, так і зовнішні ресурси. Для пацієнтів, які визнають злоякісний характер своєї хвороби, характерний помірний рівень загальної інтернальності: відповідальне ставлення до подій свого життя сприяє прийняттю реальності. Інтернальність пацієнтів в області здоров'я вказує, що вони усвідомлено ставляться до процесу лікування, беруть на себе відповідальність, щоб проаналізувати свій спосіб життя, почуття, які не сприяють лікуванню.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

Серед особливостей психоемоційного стану хворих на онкологію над депресивним станом превалював три­вожний, проте структура симптоматики в пацієнтів з онкопатоло­гією протя­гом різних стадій лікування була схожою. Інтенсивна тривога, внутрішня ­напруга та неспокійні думки — основні ознаки тривожного симптомокомплексу.

У депресивних проявах провідну роль відігравали анге­донія, песимістичне сприйняття майбутнього та зни­ження життєвого тонусу. Діагностичний етап від стадії первинної терапії вирізнявся високим рівнем як ­тривоги, так і депресії.

Так, пацієнти, які вперше отримували протипухлинне ­лі­кування, зазнавали яскраво вираженого психічного ­стресу через застосовувані інтервенції. Вони не мали належної інфор­мації щодо свого онкологічного захворювання, не орієнтувалися в методах його лікування, їм бракувало досвіду протидії онкологічному соматичному та психічному стресу. Значною мірою у такому реагуванні ці пацієнти орієнтувалися на соціальні міфи стосовно встановленого діагнозу. ­Проте переживання осіб, які очікували на хірургічне лікування, були більш прив’язані до запланованого оператив­ного втручання, післяопераційного самопочуття та його результатів. До того ж пацієнтів, які мали отримати комбіновану чи комплексну протипухлинну терапію, турбу­вало розширення лікувальних заходів вна­слідок хіміо- та променевої терапії, що асоціювалося з гіршим прог­нозом і більшими психічними, фізичними та матеріальними витратами. Хворі, яким було призна­чено хіміо- чи променеву терапію, почували себе пригніченими через неможливість ­позбутися пухлини яко­­мога швидше, або радикально її видалити. Нега­тивний вплив на таких пацієнтів чинила інформація щодо побічних ефектів застосовуваних інтервенцій, потреба в тривалому терміні проходження певних процедур чи ­лікуванні в стаціонарі, у такий спосіб наражаючись на атмосферу, що провокує інтенсивні негативні переживання.

Натомість пацієнти, які були госпіталізовані вдруге через прогресування чи рецидив онкологічного захворювання, ­отримували повторну психологічну травму. В цій групі онко­хворих спостерігалося наростання фізичного нездоров’я та зниження працездатності. Однак позитивним чинником було те, що вони були більш обізнані щодо свого діаг­нозу та відповідних методів лікування, мали досвід психо­логічної протидії хворобі, формували практично-­орієнтовані індивідуалізовані рішення проблем, які виникали при ­цьому.

Серед онкологічних пацієнтів найчастіше спостерігали такі типи, як: анозогнозичний, тривожно-­сензитивний, ергопатично-­тривожний , сензи­тивний, тривожний та іпохонд­ричний.

Онкопатологія суттєво знижує якість життя хворих, позначається на їхньому психоемоційному та фізичному стані, а також на міжособистісних стосунках. На кожному з етапів протипухлинного лікування виявлено погіршення параметрів якості життя, а зі збільшенням три­валості хвороби їхній негативний вплив прогресивно ­зростає. Зокрема, основні психосоціальні проб­леми онкологічних пацієнтів включали зниження соціальної активності, зростання міжперсонального напруження у взаємодії з родиною, зменшення інтенсивності та змінення якості соціальної взаємодії, труднощі комунікації з приводу онкологічного діагнозу, стигматизацію та само­стигматизацію хворих.

До того ж онкологічне захворювання чинило вплив на психо­емоційний статус рідних пацієнта. Разом із бажанням допомогти члени родини відчували збентеженість, розгуб­леність, їх турбувало, як спілкуватися з пацієнтом, що говорити, як його ­підтримати. Під час перебігу онкологічного захворювання у членів родини формувався певний поведінковий стиль, що реалізовувався через модель поводження та рівень залу­ченості до лікувальних інтервенцій.

Проведені дослідження дозволяють зробити висновок, що причинами соматопсихічних розладів онкохворих є: психічна реакція на стрес (звістка про онкологічне захворювання, операція), вплив пухлинного процесу на психіку хворого та вплив процесу протипухлинної терапії. Кожен етап комплексного лікування характеризується особливими психосоматоформними реакціями онкохворого. У більшості випадків розвиваються виражені невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади, переважно у вигляді депресивного синдрому різних варіантів і ступеня вираженості (тривожно-депресивний; астено-депресивний; тривожно-фобічний), нерідко іпохондричні (канцерофобічні), астенічні реакції та стани.

**РОЗДІЛ 2**

**ПРОФЕСІЙНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ**

**2.1 Огляд методів психологічного консультування**

**і психотерапії при роботі з онкологічними хворими**

Онкологічне захворювання має свої специфічні особливості, які, в першу чергу, пов'язані з важкими стресовими факторами, пов'язаними як з семантикою діагнозу злоякісного новоутворення для конкретного хворого, так і з високою частотою несприятливої ​​динаміки захворювання, швидкої інвалідизацією, серйозними ускладненнями, які супроводжують лікування пухлин (хіміотерапія , променева терапія, великі хірургічні втручання, в тому числі, з вираженими косметичними дефектами). Професійна психологічна допомога онкологічному хворому є окремим випадком психотерапії людини в екстремальній та кризовій ситуації [16]. Вона спрямована на те, щоб допомогти хворій людині впоратися з психологічними наслідками, викликаними онкологічними захворюваннями, і адаптуватися до нової життєвої ситуації.

Першим етапом психологічної допомоги в умовах онкологічного стаціонарного відділення може стати діагностична бесіда з хворим, яка визначається станом хворого, його віком, специфікою стаціонарного відділення. Встановлюється психологічний контакт (психотерапевтичний альянс) між психологом і хворим.

Цей етап передбачає збирання інформації та описання життєвої історії хворого. Результатом такої роботи є психологічний портрет пацієнта: його поведінка, звички, інтереси, специфічні прояви характеру.

Важливим і відповідальним моментом є складання психологічних контрактів (взаємної домовленості про надання психологічних послуг, міжособистісну взаємодію). Психолог пропонує психологічний супровід хворому (сім’ї) і домовляється про можливу участь, поведінку, що передбачає співпрацю.

Другим етапом може виступати спеціальна робота з почуттями та реакціями (гіперреакціями) пацієнта. Для цього особливо важливо сформувати взаємну довіру, використовуючи техніки розпитування, емпатійного слухання, техніки емоційного приєднання до клієнта шляхом відзерклювання, повторів, виразних емоційних реакцій, безоцінного прийняття самої особистості як неповторної і такої, що потребує особливого ставлення.

Третім етапом в умовах клініки може стати робота зі знаходження основних смислів існування та налаштування на прийняття важливих життєвих рішень – пошуки сил для боротьби за життя чи відмова від існування як такого, що не має сенсу.

На цьому етапі не має особливого значення адекватність вибору, головне – актуалізація потреби суб’єкта в новому способі життя, що поведе за собою необхідність сформувати мотивацію вибору.

Четвертий етап роботи психолога-консультанта має бути присвячений вивільненню необхідних життєвих ресурсів для боротьби зі стресогенними факторами (усвідомленням діагнозу захворювання; різкою зміною обстановки; депривацією значущих потреб; руйнівною дією хімічної та променевої терапії). Цей етап можливий тоді, коли нам все-таки вдається вивести пацієнта зі стану повної безпорадності та безнадійності.

Етап відновлення (п’ятий етап) можна характеризувати як активну психологічну роботу з подолання наслідків стресу та посттравматичним синдромом (ПТСР). Головне завдання такої діяльності психолога – здійснювати можливу психологічну підтримку. Вона полягає в фіксуванні позитивних емоцій, переживанні задоволення та рівноваги в ситуації психологічної депривації (неможливості задоволення окремих значущих потреб).

У переживаннях пацієнтами ситуації онкологічного захворювання спостерігаються дві тенденції. Частина хворих переживає захворювання як крах колишнього життя, як поворотний пункт в життєвій історії, що підштовхує їх поступово відтворювати своє життя, але вже з урахуванням захворювання. При цьому відбуваються роздуми про хвороби, про її місце і роль у житті людини, переосмислення життя і перебудова системи відносин особистості. Інша частина хворих не переживає ситуацію захворювання як подію у своєму житті, як переломний момент життя, який ділив життя людини на «до хвороби» і «після хвороби», ці хворі живуть в стані хронічного напруження. Не перероблена психологічно травмуча життєва ситуація - в даному випадку ситуація онкологічного захворювання - не дозволяє їм адаптуватися до тих змін, які з'явилися в їхньому житті.

Можна не сумніватися, що онкологічні пацієнти мають потребу не тільки в своєчасній, адекватній та якісній медичній терапії, але і в кваліфікованій професійній психологічній допомозі, однак не існує єдиних стандартів її проведення. В одних випадках психотерапія спрямована лише на прийняття хворим лікування і ефективність його проведення, в інших випадках - широкий арсенал психотерапевтичних методів використовується з метою вирішення глобальної психологічної проблеми онкологічного пацієнта - прийняття злоякісного характеру захворювання, що багато в чому визначає його адаптацію до хвороби: в процесі прийняття захворювання інформація про хвороби стає інформацією про те, як, маючи діагноз онкологічного захворювання в сьогоденні або в минулому, продовжувати жити. Психолог в роботі з онкологічними пацієнтами використовує різноманітні методи психологічного консультування та психотерапії різних теоретичних напрямків. У цій роботі представлена лише тільки частина з них, яка найбільш часто зустрічається в психологічному консультуванні і психотерапії онкологічних хворих.

**Клінічна бесіда**

Незважаючи на те, що метод клінічної бесіди відносять до діагностичних методів, він має і психотерапевтичний ефект. Так, клінічна бесіда, з одного боку, спрямована на вивчення ставлення пацієнта до хвороби і соціально-психологічної ситуації в зв'язку з захворюванням; з іншого боку, в процесі бесіди у хворого з'являється можливість виговоритися, озвучити свої страхи, структурувати свої переживання і, тим самим, вже знизити емоційну напругу. Клінічна бесіда спрямована на отримання від хворого відомостей для оцінки його особистості як сформованої системи відносин з різними аспектами дійсності і з самим собою. Клінічна бесіда стосується питань, що включають психологічний анамнез хвороби і життя [17]. Психологічний анамнез хвороби збирається шляхом розмови з хворим про його реакцію на захворювання, ставлення до лікування та страхи з ним пов'язані: психологом оцінюється якість наявної у хворого інформації про захворювання, ступінь визнання його злоякісності, а також з'ясовуються уявлення самого хворого про захворювання, його причини, мотиви одужання, наявність особистісного сенсу хвороби. При цьому суттєвою є оцінка того, наскільки хвороба змінила ситуацію до хвороби в системі відносин людини: чи розраховує хворий на підтримку сім'ї, чи відчуває він труднощі при повідомленні про свій діагноз іншим людям, як оцінює свої взаємини зі значимими іншими в зв'язку з захворюванням, до життя в цілому і т.п.

Психологічний анамнез життя передбачає бесіду з хворим за наступними темами: найбільш важкі події минулого життя і реакції на них, професійне становлення, розвиток сімейних і інтимних відносин, ставлення з найближчим оточенням поза сім'єю.

**Кризова інтервенція**

Кризова інтервенція - це, перш за все, робота з інтенсивними почуттями і проблемою, обумовленою актуальною ситуацією (втрата здоров'я, інтенсивний страх перед процедурою, страх втрати жіночності і т.п.), але не з особистісними проблемами хворого (застарілими образами, внутрішніми конфліктами). Завдання психолога - НЕ відвернути хворого від піку переживань, а дати йому можливість висловити свої почуття і, тим самим, зменшити хаос: розумову і емоційну дезорганізацію і полегшити відновлення контролю над тим, що відбувається. В даному випадку психолог використовує техніки емпатичного і активного слухання, в тому числі, відображення почуттів, перефразування, приєднання почуттів до змісту, вступне слово, прояснення, відображення власних почуттів. Використання навичок слухання дозволяють сформулювати психологічну проблему пацієнта або переформулювати її таким чином, що з'являється можливість працювати з нею.

Кризова інтервенція також використовується при роботі з хворими, схильними до суїциду.

**Техніки саморегуляції**

Техніки саморегуляції - система навчальних методик, спрямованих на формування внутрішніх засобів управління власним емоційним станом шляхом впливу хворого на самого себе за допомогою слів (афірмація), уявних образів (візуалізація), управління м'язовим тонусом і диханням.

- Дихальні вправи. Дихання безпосередньо пов'язане з емоційним станом людини. Основою дихальної гімнастики є строго заданий ритм.

Метод дихальних вправ, покликаний знизити напругу, базується на глибокому розмірному диханні.

- Методи релаксації спрямовані на те, щоб викликати реакцію м'язового розслаблення, для якої характерно знижена активація і зменшення симпатичної активності. Реакція релаксації досягається за рахунок концентрації уваги пацієнта на слові, звуці, тілесних відчуттях або м'язової активності і прийняття пасивного ставлення до думок, які вторгаються в голову.

Методи релаксації можуть бути розділені на глибокі і поверхневі. При цьому використовуються наступні стратеги: прогресивна м'язова релаксація, аутогенне тренування, дихальний тренінг. При використанні методу релаксації необхідно враховувати ризик побічних реакцій у вигляді нав'язливих думок, страху втрати контролю, м'язових спазмів, тривоги і паніки у пацієнтів з генералізованими тривожними або панічними розладами в анамнезі, з досвідом переживання стану гіпервентиляції [22].

- Біологічний зворотний зв'язок (БЗЗ) - це навчання управлінню своїми фізіологічними реакціями на стрес і біль під контролем свідомості. При цьому датчики реєструють один або кілька фізіологічних показників, які корелюють зі станом пацієнта. Це можуть бути поверхнева електроміограма (ЕМГ), яка реєструє м'язову напругу в заданій м'язі, параметри дихання, частота серцевих скорочень, шкірогальванічна реакція (ШГР), периферична температура. Пацієнт на екрані в режимі реального часу бачить зміну показника і вчиться керувати своєю фізіологічною реакцією. Так, БЗЗ по ЕМГ націлена на групи м'язів, пов'язані з реакцією пацієнта на біль. Розслаблення цих м'язів допомагає викликати реакцію загального розслаблення, яка може далі змінити сприйняття болю або зменшити тривогу. БЗЗ можна використовувати для будь-якого вмотивованого онкологічного хворого з болем або тривогою при наявності ресурсу і можливості брати участь в роботі. При цьому слід враховувати, що пацієнти з хронічною або рецидивуючою депресією можуть негативно відреагувати на методи зниження рівня стресу, оскільки вони мають тенденцію зменшувати і так низький рівень активації пацієнта [22].

**Динамічна психотерапія**

Динамічна психотерапія - передбачає роботу з витісненими переживаннями хворого, афективний аспект яких актуалізується у зв'язку з ситуацією хвороби . Онкологічне захворювання з подальшими соціальними та психологічними змінами є свого роду «пусковим механізмом» для актуалізації психогенних реакцій страху, тривоги, іпохондрії. При цьому психогенні реакції є «симптомами» внутрішньої адаптаційної роботи психічного апарату людини. Метою психоаналітичної психотерапії є повернення і усвідомлення витісненого психічного матеріалу, безпосереднє сприйняття реальності і емоційний досвід терапевтичних відносин [18, 19]. Психодинамічний напрямок передбачає тривалий психотерапевтичний процес за часом, якого, на жаль, у онкологічного хворого може і не бути. Разом з тим, даний терапевтичний підхід присутній в роботі психолога еклектично. Так, психоаналіз і глибинна психологія є теоретичною основою роботи з внутрішнім образним досвідом людини - його спогадами, уявою, сновидіннями.

**Робота з образами**

У сучасній психотерапії практично немає направлення, яке не зверталося б до роботи за допомогою образів. Робота з образами, яка заснована на використанні функцій образного мислення і уяви, активно продукуються пацієнтом в процесі психологічного консультування, і являє собою цілий арсенал психотерапевтичних прийомів для роботи з внутрішнім простором людини.

- Візуалізація - збірна назва психотерапевтичних прийомів, спрямованих на відтворення і управління зоровими образами у внутрішньому, суб'єктивному просторі людини. Можливості застосування методу візуалізації визначаються тією теоретичною концепцією, в рамках якої розроблено основний психотерапевтичний метод, складовою частиною якого вони є. Образи візуалізації в психоаналітичній психотерапії розглядаються як одна з форм отримання матеріалу для аналізу

- Символдрама (спрямована уява) - один із напрямів аналітично орієнтованої психотерапії. В основі методу - вільне фантазування. Хворий малює в уяві картину на задану тему (мотив) і подумки переміщається в неї, розповідаючи психологу (психотерапевту) про свої почуття і відчуття. Психолог (психотерапевт) супроводжує його в цієй «подорожі». Він задає уточнюючі питання або просить зробити певні дії, що допомагають виявити психологічні механізми захисту, дозволити несвідомі конфлікти. У символдрамі можливе створення символічного образу значимого переживання (наприклад, образ онкологічного захворювання) і подальше його опрацювання на емоційному рівні для переоцінки ставлення до нього.

**Гештальт-терапія**

Гештальт-терапія пропонує експериментальний шлях роботи з образами, які суб'єкт запам'ятав зі свого сновидіння, що є актуальним в роботі психолога в онкології. Навіть якщо онкологічний хворий не приймає хворобу і сприймає її як зовнішню подію по відношенню до своєї особистої історії, то це не означає, що не відбувається осмислення ситуації - несвідомо хворі намагаються опанувати змістом захворювання. Так, онкологічні пацієнти нерідко в психотерапевтичній бесіді привносять розповідь про сновидіння. У гештальттерапії кожен елемент сновидіння розглядається як потенційне джерело змісту, пов'язаного з певним аспектом реального існування пацієнта: об'єкти сну, окремі його фрагменти «програються» і використовуються для інтеграції особистості. Гештальт-терапія, поряд з роботою зі сновидіннями, включає в себе велику кількість вербальних і невербальних методів роботи, серед них - посилення тілесних реакцій, «порожній стілець», робота з метафорами і ін., спрямовані на розширення усвідомлення людиною себе (своїх почуттів, потреб, тілесних процесів, розумової діяльності) і зовнішнього світу. Фокусування уваги пацієнта на усвідомленні здійснюючогося «тут і зараз», його включеність в нюанси поточного моменту життя за умови безоціночного сприйняття обумовлює досягнення більшої наповненості і свідомості життя хворого, розвиває його здатність приймати те, що є в його житті зараз як щось цінне і минуще .

**Когнітивно-поведінкова терапія**

Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на відновлення спотвореного сприйняття оцінки себе і навколишнього світу, позбавлення від нав'язливих думок. В даному підході виділяються когнітивні і поведінкові методи, що застосовуються у онкологічних хворих, зокрема при лікуванні посттравматичного стресового розладу [21].

- Когнітивна переробка травматичних переживань у зв'язку із захворюванням заснована на припущенні, що дезадаптивна симптоматика викликається руйнуванням стабільної картини світу і конфліктом між новою інформацією і старими уявленнями. У ситуаціях онкологічного захворювання мова йде про реальну загрозу для життя, почуття небезпеки, зниження самооцінки, нової соціальної ролі, зміні близьких відносин. Ці когнітивні конфлікти можуть бути причиною нав'язливих думок, фізіологічного перезбудження і уникаючої поведінки. Отже, головне завдання терапії - ідентифікація і модифікація конфліктів між старими уявленнями і новою інформацією. У когнітивно-поведінковому підході візуальні образи є еквівалентами когніций, які спільно складають, так званий, план автоматизованого мислення, елементом якого може бути «самопередбачення» - мимовільне створення образу можливих, як правило, негативних, наслідків.

- Метод візуалізації в даному підході включає в себе створення зцілюющих образів. Наприклад, пацієнт в супроводі психолога вчиться уявляти те, що відбувається в його тілі і розробляє цілющу символіку - сукупність образів, які допомагають впоратися із захворюванням. Широко застосовується в онкології методика візуалізації, розроблена Саймонтон К. і Саймонтон С .: пацієнт уявляє, як лейкоцити руйнують пухлинні клітини, як мертві клітини виводяться з організму, подумки візуалізує зміну пухлини в розмірах: уявляє, як отримане лікування знижує рівень болю; уявляє себе бадьорим, здоровим, повним енергії. Дана методика допомагає пацієнтові відчути контроль над своїм одужанням [20].

- Постановка пацієнтами цілей і завдань на майбутнє - це важливий компонент психотерапії, тому що не тільки сприяє задоволенню потреб пацієнтів, але і стає першою спробою свідомо сформулювати причини, за якими пацієнт хоче жити. Названі причини переходять в мотиви одужання конкретного пацієнта, і тим самим відновлюється його зв'язок зі своїм життям. Цей процес служить емоційною та інтелектуальною підготовкою до дій, в яких має зміцнитися рішення людини одужати.

- Техніка декатастрофізаціі. Навіть якщо пацієнт знаходиться в ремісії і пережив діагностований лікарями термін життя, і якщо у нього не виявлено жодних ознак хвороби, у нього постійно існує ймовірність рецидиву захворювання з летальним результатом. Техніка декатастрофізаціі спрямована на подолання страху рецидиву.

**Наративна (оповідна) терапія**

Наративна (оповідна) терапія заснована на ідеї про те, що життя і стосунки людей формуються знаннями і історіями, які були створені спільнотою людей і залучаються цими людьми для осмислення і опису їх досвіду. В ході бесіди пацієнт переказує історію свого життя, події якої в ході терапії представляються в дещо іншій послідовності на деякому часовому проміжку. Основна форма роботи в даному підході - перетворення історії, створення пацієнтом своєї авторської позиції за допомогою питань, що задаються психологом і спрямованих на розвиток історії, але вже з позитивним для хворого ефектом. Основні психотерапевтичні прийоми: екстерналізація, деконструкція, відновлення участі пацієнта в створенні своєї історії життя, робота з зовнішніми свідками, написання листів і створення літописів.

**Бібліотерапія**

Бібліотерапія - корекційний вплив на хворого за допомогою читання спеціально підібраної літератури з метою нормалізації або оптимізації його психічного стану.

Читання спеціально підібраної літератури знімає напругу, що нагромадилася, призводить до підвищення особистої задоволеності. Від звичайного корекційна читання відрізняється своєю спрямованістю на конкретні психічні процеси. Вплив корекційного читання проявляється в заповненні нестачі власних образів і уявлень, в заміні тривожних думок і почуттів. Для відновлення душевної рівноваги клієнтів за допомогою корекційного читання можна послаблювати чи посилювати вплив на їх почуття.

При бібліотерапії психокорекційні процеси діляться на специфічні і неспецифічні. Для неспецифічних процесів характерна широта і універсальність впливу на всю особистість і в цілому на конкретні зміни. Так виникають відчуття задоволення, радості, заспокоєння, впевненості в собі і своїх можливостях, виникає загальна психічна активність, що стимулює нормальні і захисні психічні реакції, пригнічуючи при цьому, негативні і травмуючі.

Для специфічних корекційних процесів характерна вузька спеціальна спрямованість на особистість або психічний процес – це якісь конкретні почуття, діяльність, мислення, які є простими, конкретними і легше регульованими.

**Казкотерапія**

У казкотерапії основним інструментом виступає саме казка. Всі казкові персонажі - це архетипічні образи, що перебувають в обігу одночасно у двох психічних рівнях: свідомого і несвідомого. Вважається, що роботу під час сказкотерапевтичній сесії можна класифікувати за напрямками: психодіагностичне - виявлення наявних життєвих сценаріїв і стратегій поведінки (аналіз базових життєвих сценаріїв і стратегій поведінки), прогностичне - діагностує можливий розвиток подій на основі аналізу діагностичної казки, терапевтичне - "заміщення" неефективної стратегії / сценарію на конструктивну. Казкотерапія дозволяє вільно синтезувати і застосовувати техніки інших напрямків психотерапії, в тому числі арт-терапії.

**Арт-терапія**

Арт-терапія - метод психотерапії, що використовує творчу активність пацієнта при роботі з хворобливими переживаннями. При цьому визнається природним те, що свідомість людини хоче «вислизнути» від хворобливих переживань, тому психолог пропонує ці переживання намалювати, зліпити, зобразити і т.п. Для допомоги пацієнту в цьому процесі психолог задає, наприклад, такі питання: «На що схожа біль, якого кольору, розміру, як вона відчувається в тілі і т.п.?» Все це дозволяє людині зосередитися і висловити свої переживання: чим точніше і детальніше хворий може уявити - відчуття, почуття - тим глибше він його переживає. Робота за методом арт-терапії заснована на проекційних механізмах психічного апарату людини: пацієнт за допомогою малювання несвідомо «повідомляє» психологу про переживання, з якими він зіткнувся і які не може вербально висловити. У цьому сенсі інструменти арт-терапії є ефективним способом отреагування негативних емоцій, висловлювати які пацієнт не вміє конструктивно (наприклад, агресію, почуття провини, психічний біль). Техніки арт-терапії використовуються при роботі з людиною, що знаходиться в кризовому стані, що має психічну травму, переживає втрату. В арт-терапії широко застосовується малювання, ліплення, музика, фотографія, кіно, літературна творчість.

**Екзистенційна терапія**

Онкологічне захворювання неминуче зіштовхує самого хворого, його сім'ю, найближче оточення з екзистенційними проблемами, які в звичайному житті можуть бути приховані. Екзистенційні переживання у більшості хворих виявляються у вигляді душевного болю, в почутті несправедливості долі, в розпачі, самотності, в суб'єктивно значущій потребі «надати хворобі сенс». З одного боку, існує думка, що психологу важливо бути емпатичним і обережним по відношенню до потреби пацієнта знаходити сенс своєї хвороби і страждань, посилювати, характерні для нього почуття провини і сорому. З іншого боку, обговорення з онкологічним хворим реальних і уявних шансів, втрачених їм у своєму житті, може привести до справжнього опрацювання цієї теми і дозволить йому сумувати [24]. Люди в ситуації хвороби відчувають важливість для себе роздумів про свою внутрішню самоту, про кінець і сенс життя, про відповідальність за своє життя. Як результат таких обговорень у хворих, за їхніми словами: «Пробуджується воля до життя», «Коли ділишся горем, з цього виростає щось більше, ніж горе».

**Логотерапія**

Одним з видів екзистенціальної психотерапії є логотерапія (грец. «Логос» - сенс і «терапія» - турбота, догляд, лікування). У онкологічного хворого завжди виникають питання «За що мені хвороба?, «Чому я? », які можуть поступово трансформуватися в наступні:« У чому сенс моєї хвороби?», « Що є Я?», « Що є моє життя? », «В чому сенс життя?». З позиції логотерапії саме пошук відповідей на ці питання мотивує людину жити, так як пошук сенсу - головна рушійна сила життя і основний ресурс співпраці з будь-якими життєвими ситуаціями. При цьому, незалежно від обставин, сенс існує об'єктивно в кожному моменті життя і він унікальний для кожного: унікальний сенс життя можна знайти тільки самостійно в творчості, переживання і свідомому прийнятті тих обставин, які неможливо змінити. Центральна проблема в логотерапії - це проблема відповідальності: людина вільна у своєму виборі сенсу, але, знайшовши його, вона несе відповідальність за існування свого унікального сенсу.

Основні методи логотерапии: метод дерефлексії (людині рекомендується переключити увагу з самого себе на смисли і цінності, які він може втілити в навколишньому світі); неспецифічний метод парадоксальної інтенції (метою є зробити пацієнта здатним розмежувати реальні переживання від «надуманих» і дистанціюватися від останніх, при цьому нерідко використовується почуття гумору); персональне осмислення життя (людині, яка втратила сенс життя, показати, що вона потрібна іншій людині, що життя без неї втрачає для іншого сенс.)

**Рухова терапія**

У сучасної людини нерідко відсутній контакт зі своїм тілом, однак виникнення хвороби змушує його зосередитися на симптомах неблагополуччя, що йдуть від тіла (чуттєвий компонент ставлення до хвороби).У онкологічного хворого часом формується двоїсте ставлення до свого тіла: з одного боку, присутнє прагнення уникати зустрічі з джерелом болю аж до відчуження від власного тіла, відчуття зради з його боку. З іншого боку, у хворого може виникати почуття провини за зневажливе ставлення до свого тіла. Онкологічному пацієнтові важко висловити свої відчуття і уявити своє тіло. Він часто не усвідомлює ту частину свого тіла, де розвивається пухлина [23]. Включення в загальний комплекс психологічної допомоги сприяє нормалізації тілесної експресії, гармонізації сприйняття своєї тілесної ідентичності, а також вирішенню глибинних особистісних конфліктів. Вихідною теоретичною передумовою рухової терапії є теза про те, що рух тіла є основою всіх життєвих проявів, включаючи когнітивні й емоційні [19].

**Десенсибілізація і переробка рухом очей**

Десенсибілізація і переробка рухом очей (ДПРО) - в основі лежить модель переробки інформації, згідно з якою у всіх людей існує особливий психофізіологічний механізм, що забезпечує переробку інформації, в тому числі емоційної, пов'язаної зі стресами. Ці процеси в нормі відбуваються у людини на стадії сну, що супроводжується швидкими рухами очних яблук. Якщо з якихось причин інформаційно-переробна система блокується, переробки травматичного досвіду не відбувається. При цьому нейронні структури, що зберігають в незмінному вигляді дисфункціональний матеріал, ізолюються від інших ділянок кори головного мозку. Мета терапії - переробити ці стресові спогади: під час фази переробки концентрація пацієнта на тривожних спогадах поєднується з направляючим терапевтом рухом очей, що запускає процеси, аналогічні тим, що відбувається уві сні. В даний час у зв'язку з виникаючими у пацієнтів складнощами в одночасному виконанні двох дій (фіксації погляду на рухомій ручці і повторному проживанні психотравмуючих подій) існують різні модифікації ДПРО. Так, рух очей чергується зі спеціально підібраною технікою, а також можлива повна заміна руху очей дихальними рухами, при цьому м'язова напруга і мимовільні рухи усуваються застосуванням експресивних технік гештальт-терапії (просте повторення, перебільшення, розвиток).

Індивідуальні психотерапевтичні консультації спрямовані на опрацювання індивідуальних проблем, пов'язаних із захворюванням. У деяких випадках індивідуальні консультації сприяють розвитку психологічної готовності для групової роботи. Робота в групі дає пацієнтові можливість ділитися своїми переживаннями з іншими, навчитися давати підтримку один одному, переконатися, що він не самотній і отримати досвід рішення схожих проблем. Можливість висловити і розділити свої переживання з іншими людьми в особливій груповій атмосфері дає пацієнтові силу і енергію. Під час психотерапевтичної роботи необхідно пам'ятати про індивідуальний підхід до кожного хворого і коригувати хід терапії в залежності від актуальної ситуації: не можна очікувати однаково хороших результатів психотерапевтичних впливів, застосовуючи однакові психотерапевтичні техніки для всіх хворих, що мають певне захворювання. На думку Г. Айзенка, не будь-який психотерапевтичний метод може бути ефективний і безпечний при роботі з онкологічним хворим [15]. Також слід зазначити, що психологічна допомога психолога не є необхідною кожному онкологічному пацієнтові, так як не можна недооцінювати особистість самого хворого в процесі адаптації до захворювання. Разом з тим, професійна психологічна допомога повинна бути доступна кожному онкологічному хворому. Крім того, для повноцінної психологічної реабілітації бажані, а в ряді випадків необхідні, психологічні консультації членів сім'ї та родичів хворого.

Таким чином, психологічна допомога пацієнтам та їх близьким в ситуації онкологічного захворювання включає в себе наступне:

- робота з актуальними переживаннями, які супроводжують онкологічне захворювання (тривога, занепокоєння, страх, дратівливість, зниження настрою аж до апатії і ін.),

- деконструкція неефективних психологічних захистів, пошук внутрішніх особистісних ресурсів;

- навчання технікам саморегуляції, релаксації;

- формування адекватного ставлення до хвороби з метою психологічної адаптації до захворювання;

- розширення діапазону поведінки в складних життєвих ситуаціях і грамотне використання зовнішньої підтримки;

- звернення до глибинних переживань (образа, почуття провини і т.п.);

- робота з екзистенційними переживаннями (сенс життя, самотність, відповідальність).

**2.2 Психологічна допомога онкологічним хворим на різних етапах лікування**

Традиційно психологічна допомога в онкології здійснюється медичними психологами і психотерапевтами протягом усього процесу лікування хворого в стаціонарі. При цьому, згідно з проведеним клініко-психологічним дослідженням, враховуються специфічні для кожного етапу лікування психологічні проблеми онкологічних пацієнтів і особливості формування у них внутрішньої картини хвороби, яка впливає на ставлення до хвороби і на способи адаптації до захворювання [16, 18, 20].

В процесі лікування - від діагностичного етапу до етапу виписки зі стаціонару - у більшої частини хворих відбувається прийняття злоякісного характеру хвороби [21]. Однак психологічні дослідження хворих з різними локалізаціями пухлин показують, що прийняття хвороби не завжди збігається з етапами лікування хвороби. Так, наприклад, у частини хворих на злоякісні лімфоми прийняття хвороби відбувалося не в процесі первинного лікування, а лише при рецидиві захворювання [19]. З тих пір, як перші медичні психологи стали працювати в онкологічних установах, відбулися зміни. По-перше, в даний час практично всі хворі поінформовані лікарями про діагноз захворювання. По-друге, розвиток медичних технологій і застосування нових методів лікування в онкології зумовили скорочення терміну перебування пацієнтів в стаціонарі, і зараз у хворого може не бути часу, необхідного для певних категорій переживань, які пов'язані з захворюванням і лікуванням і які важливі для прийняття хвороби. Наприклад, якщо у хворого не було виражених переживань в передопераційному періоді, особливо при операції (вчора - госпіталізували, сьогодні - прооперували) - це не означає їх повне зникнення, а, навпаки, будучи неотреагованими, дані переживання можуть посилювати наступні. Редукція етапів лікування хворого в стаціонарі нерідко призводить до того, що психологічні проблеми кожного конкретного етапу лікування не дозволяються хворим і, незважаючи на інформованість про діагноз, переживання, які пов'язані з прийняттям злоякісного характеру хвороби, нерідко виникають, коли пацієнт уже виписаний зі стаціонару, що може сприяти розвитку його дезадаптації. Необхідно враховувати, що процес інформування про діагноз хвороби набагато коротше, ніж процес прийняття хвороби пацієнтом: для цього йому потрібен час, наповнений переживаннями. Психологу, який працює в онкологічному закладі сьогодні, необхідно враховувати вищевказані обставини: незнання психологом специфічних психологічних проблем і переживань хворого на конкретному етапі лікування не дозволяє йому побачити розгорнуту картину динаміки психічного стану пацієнта в процесі лікування .

Психолог в стаціонарному онковідділенні має пам’ятати про багатоаспектність своєї діяльності, що складає важливу проблему для починаючого спеціаліста. Необхідно бути готовим до надання “швидкої допомоги” хворим та їх рідним з приводу усвідомлення діагнозу захворювання та його наслідків.

Онкохворих очікує тривале і важке лікування, яке супроводжується соматичними та психічними ускладненнями, що змушують переживати негативні емоції, фізичні страждання, рухову та соціально – психологічну депривацію. Психолог має надати необхідну допомогу медичному персоналу з метою підготовки пацієнта до важких випробувань, полегшити і прискорити процес адаптації хворого до умов лікувального закладу, налаштувати на обмеження значущих контактів. Активний психологічний вплив передбачає певний тиск, який може якоюсь мірою поглибити фрустрацію та дію психогенних факторів. Саме тому, здійснюючи певну профілактику “занурення” в безвихідь і горе, спеціаліст-психолог має доцільно дозувати інформацію про складність перебігу хвороби та можливі негативні наслідки лікувальних препаратів. Не варто забувати про “професійне вигорання”, вчасно здійснюючи профілактику та відпочинок

**Психологічна допомога онкологічним пацієнтам на діагностичному етапі**

На діагностичному етапі пацієнт стикається з припущенням про наявність у нього онкологічного захворювання і необхідністю дати згоду на обстеження.Як правило, на цьому етапі переживання хворих більшою мірою визначаються психологічними причинами, викликаними постановкою діагнозу раку, ніж фізичними, пов'язаними безпосередньо з хворобою. При цьому на стан хворих впливає локалізація пухлини, темп її зростання, біологічний, імунологічний, гормональний вплив пухлини на організм. Однак в більшості своїй для онкологічних пацієнтів характерно те, що вони не відчувають себе хворими до виявлення у них пухлини, не вважають себе хворими і не звертають уваги на ознаки хвороби, а часом вони їх навіть ігнорують. У зв'язку з цим повідомлення про захворювання на рак є завжди несподіваним, раптовим, викликає психологічний шок. На тлі важкого потрясіння, пов'язаного зі звісткою про наявність онкологічного захворювання, починається тривалий процес психологічної адаптації хворої людини і формування у неї внутрішньої картини хвороби. При цьому актуалізуються психологічні захисти, що дозволяють пацієнтам зберегти власну цілісність. Основним завданням психологічної допомоги є формування активної позиції хворого для подальшого обстеження і лікування. Створенню адекватної установки на лікування сприяють довірливі відносини між лікарем і пацієнтом. Лікар, інформуючи хворого про діагноз, впливає на його когнітивний компонент внутрішньої картини хвороби. Слід підкреслити, що формування внутрішньої картини хвороби є особливо складним на етапі виявлення онкологічного захворювання, коли хворі знаходяться в такому стані, що здатність до об'єктивного аналізу ситуації і засвоєнню інформації у них порушена, а емоційний компонент ставлення до хвороби представлений почуттями страху, тривоги, неспокою аж до паніки. Емоційний компонент впливає на судження пацієнта про хворобу, що може проявлятися як у вигляді неадекватної оцінки хворим свого стану і власних особистих можливостей, так і в підвищеної схильності хворого до систематизації знань і формування концепцій параноїдального або іпохондричного змісту [17].У цій ситуації робота психолога спрямована на надання можливості хворому висловлювати сильні негативні почуття. Психолог використовує кризову інтервенцію, арт-терапію. На даному етапі також застосовуються методи когнітивної терапії, основною метою якої є зміна дезадаптующіх пацієнта переконань щодо хвороби і лікування. Іншим важливим завданням може стати робота психолога з пацієнтами, які відмовилися від запропонованого лікування. Відмова від лікування може бути продиктована невірою у можливості медицини у зв'язку з негативним прикладом лікування кого-небудь з близьких, страхом перед пропонованим лікуванням, задовільним станом на даний момент або наявністю у хворого травмуючого досвіду взаємодії з лікарями. Психологічна причина відмови може бути досить завуальованою, неявною і не завжди усвідомлюваною самим хворим. Пацієнти, схильні до відмови від лікування, нерідко після встановлення діагнозу уникають відвідування лікарів, однак знання діагнозу не дозволяє їм жити звичним життям. Цим пацієнтам, в першу чергу, необхідно допомогти висловити і усвідомити почуття і тільки потім переходити в раціональну сферу доводів і аргументів щодо хвороби і лікування.

**Психологічна допомога онкологічним пацієнтам на етапі госпіталізації**

На момент госпіталізації більшість хворих виявляються непідготовленими для подолання сильного стресу, викликаного виявленням хвороби і необхідністю серйозного лікування. З'являються безсоння, втрата апетиту, психічна напруженість, нерідко спостерігаються депресивні стани, елементи деперсоналізації, обумовлені, перш за все, тривогою. З емоційними порушеннями тісно пов'язані зміни в когнітивної сфері: труднощі в концентрації уваги, зменшення обсягу уваги, погіршення пам'яті. Хвора людина виявляється вирваною зі звичного життя, у неї виникає необхідність пристосування до умов існування в клініці, до нових облич, до медичного персоналу. Особливо важко протікає етап госпіталізації у пацієнтів які до цього рідко хворіли, соціально активних. З одного боку, зміна в зв'язку з госпіталізацією, життєвого стереотипу і необхідність адаптації до умов клініки можуть породжувати у хворого почуття залежності від медперсоналу, від призначень лікаря ( «Від мене тут нічого не залежить, я, як на конвеєрі»). З іншого боку, пацієнти вказують на позитивні фактори в зв'язку з надходженням в стаціонар: початок лікування, увагу медичного персоналу, приклади успішного лікування інших пацієнтів ( «Зрозуміла, що люди, що проходять лікування, теж живуть: їх повсякденні турботи нікуди не йдуть»). На етапі госпіталізації на людину «обрушується» дуже багато нової інформації, обміркувати яку у хворого, часом, немає сил і часу. Негативна інформація про захворювання, що представляє собою летальну загрозу, активізує психологічні захисти: в структурі ставлення до хвороби у хворих нерідко переважає анозогнозічний компонент. Думки хворих часто зосереджені на пошуках причин хвороби, це питання дуже важливе для того, щоб сформувати власну концепцію хвороби, яка необхідна хворому для відчуття контролю в невизначеній ситуації захворювання. Для частини хворих роздуми про хвороби є настільки травмуючими, що в якості психологічного захисту у них відбувається витіснення всіх думок, пов'язаних із захворюванням. Поряд з цим, є хворі, які нав'язливо аналізують своє минуле і не знаходять причин захворювання: самоаналіз минулого не є для них ресурсним. Інші ж хворі знаходять причини захворювання: втрата близької людини, нервове напруження, перевтома, шкідлива робота, ультрафіолетові промені і інші причини, нерідко ірраціональні. Психологу важливо розуміти, що пошук причини захворювання вказує на внутрішню психологічну роботу хворого, в результаті якої у пацієнта формується внутрішня картина хвороби. Внутрішня картина хвороби у пацієнтів на етапі госпіталізації, як правило, ще не сформована, вона фрагментарна. Але, на відміну від попереднього етапу, хворі знають інформацію від лікаря про діагноз захворювання і передбачуване лікування. Це знання створює у них певне ставлення до хвороби, лікування і нової життєвої ситуації. Хворі концентрують увагу на функціях свого тіла, прислухаються до відчуттів, що йдуть від тіла, які також є джерелом внутрішньої картини хвороби. Вони зі страхом і цікавістю вслухаються в судження і поради інших, більш «досвідчених» пацієнтів, які, в свою чергу, використовують це для зниження власної тривоги або для самоствердження. Слід мати на увазі, що емоційне напруження, тривога і відчуття невизначеності зумовлюють підвищену сугестивність людини: хворому властиво «зливатися» з переживаннями інших (наприклад, сусідів по палаті), проектувати на себе інформацію, часто перекручену чутками, серед якої негативна (смерть під час або після операції) має особливо важкий характер. Психологічна робота на даному етапі повинна включати методи, спрямовані на зниження емоційної напруги хворого, в тому числі, на роботу з сильними почуттями і релаксацію, також важливо бути готовим до обговорення з хворим екзистенціальних питань.

**Психологічна допомога онкологічним пацієнтам на етапі оперативного лікування.**

Передопераційний період. Очікування операції саме по собі є серйозним травмуючим фактором. До операції, як правило, у всіх хворих, підвищений рівень тривоги, що, з одного боку, адекватно ситуації. З іншого боку, в стані крайньої психічної напруженості тривога може трансформуватися в різного роду страхи: страх смерті, страх «наркозу», страх «втратити контроль» під час наркозу. Незважаючи на те, що тактика лікування буває вже вироблена лікарями, у хворих в період перед операцією відношення до хвороби нечітке і суперечливе. У пацієнтів в цей період активно формується внутрішня картина хвороби, з якою пов'язаний обсяг операції, уявлення про наркоз, тому надзвичайно важлива розмова лікаря (в тому числі анестезіолога) з хворим перед операцією. Робота психолога спрямована на прийняття хворим факту необхідності операції. У зв'язку з цим психолог використовує різні методи, що дозволяють хворому висловлювати і усвідомлювати свої емоції.

Післяопераційний період - перші кілька днів після операції в фізичному відношенні дуже важкі для хворих. Пацієнти відчувають больові відчуття різної інтенсивності, які сковують їх рухи і роблять безпорадними. В цей період переважають астено-депресивний і тривожно-іпохондричний синдроми. У свідомості хворого на передній план виступають страх ускладнень, занепокоєння в зв'язку з наслідками операції, загальна фізична стомлюваність. Тривогу і нові надії викликають очікування остаточних гістологічних даних, які визначать тактику подальшого лікування. При цьому хворий нерідко відчуває розчарування, відчуття «несправедливості долі», висловлює жаль з приводу неправильного в минулому ставлення до свого здоров'я, недостатню до нього увагу. Основне завдання психологічної допомоги хворим в перші дні після операції - прагнення показати, що «вибір» ними вже зроблений і що цей «вибір» був правильним, що у них є можливість пристосування до нової життєвої ситуації.

**Психологічна допомога онкологічним пацієнтам на етапі виписки зі стаціонару**

На цьому етапі самої спільною проблемою є ставлення до майбутнього: кожен хворий в тій чи іншій мірі усвідомлює серйозність свого захворювання, переживає страх рецидиву і метастазів. У хворих нерідко виявляється невизначена установка на майбутнє, яка характеризується суперечливим станом: надія на одужання і страх перед майбутнім, страх рецидиву. У зв'язку з цим пацієнт на етапі виписки зі стаціонару може звернутися до психолога з проханням: «Допомогти забути все, що тут було». При цьому, як правило, він усвідомлює, що досвід хвороби не можна «викинути», але і не знає, що з ним робити. Бажання знецінити цей свій життєвий досвід вказує на хворобливість процесу опрацювання психічної травми, пов'язаної із захворюванням. Інша важлива і хвилююча хворих проблема пов'язана з тим, що під час лікування в стаціонарі відповідальність за прийняття рішень, що стосуються здоров'я, брали на себе лікарі і пацієнту нерідко важко «відірватися» від клініки, у нього виникає страх, що раптом щось трапиться, а лікаря поруч не буде. У зв'язку з цим можуть проявитися різноманітна невротична симптоматика: іпохондричні скарги, фобії (боязнь натовпу, транспорту і т.п.), афективна лабільність у вигляді вразливості, вразливості, поганій переносимості стресових ситуацій. Особливо важко переноситься етап виписки тими хворими, які в процесі лікування не прагнуть до активної співпраці з лікарем, а займають пасивну позицію, підкоряючись йому. Серед цієї категорії хворих можуть спостерігатися явища «занурення в хворобу». Типове протиріччя перед випискою: з одного боку, хворі прагнуть повернутися до трудової діяльності, а з іншого – є страх соціальних контактів, які супроводжують їх, вказують на дискомфорт в ситуаціях широкої взаємодії. Відчуття невпевненості виникає через сумніви в можливості трудитися з тією же емоційною і фізичною напругою і також через побоювання хворого не бути прийнятим оточуючими. Страх в суспільстві перед онкологічними захворюваннями, уявлення про те, що онкологічний хворий - це вмираючий пацієнт, призводить до стигматизації хворих, яка у хворих може трансформуватися в самоізоляцію. Слід мати на увазі, що скарги хворих на порушення соціальних контактів можуть бути відображенням актуалізованих у зв'язку з захворюванням екзистенціальних проблем, одним з проявів яких є екзистенціальна ізоляція. Хворі нерідко вказують на наявність труднощів в повідомленні про свій діагноз іншим. Наприклад, один хворий висловив думку, що «хвороба - це прояв твоєї неповноцінності». В даному випадку психологу важливо показати пацієнтові, що прийняття життєвої позиції, при якій все різноманіття особистості зводяться тільки до переживання своєї неповноцінності, заважає хворому відповідально ставитися до свого життя в цілому. Психотерапія, спрямована на більш повне проживання хворим кожного моменту життя, вмінні бачити в кожному дні життя не тільки негативні, а й позитивні моменти, розуміння того, що життя відбувається тільки в сьогоденні (в «тут» і «зараз»), дозволяють хворому справлятися з різними страхами, в тому числі, зі страхом рецидиву.

Психолог на етапі перед випискою може використовувати не тільки індивідуальні форми роботи з хворими, а й обговорення проблем пацієнтів в групі. Робота в групі дає можливість ділитися своїми переживаннями з іншими, навчитися давати підтримку один одному, переконатися, що вони не самотні, отримати досвід рішення схожих проблем іншими людьми. Можливість висловити і розділити свої переживання з іншими людьми в особливій груповий атмосфері дає хворим силу і енергію. Крім того, для повноцінної психологічної реабілітації бажані, а в ряді випадків необхідні, консультації для членів сім'ї і родичів хворого.

З метою визначення ефективності застосованих психологічних засобів реабілітації онкохворих було проведене діагностичне дослідження, яке складалося з двох етапів: перед операцією та через півроку після неї. Такий підхід дав можливість краще порівняти стан особистості хворих перед операцією та через півроку після неї (контрольна група) і перед операцією та через півроку після неї, але з застосуванням психологічних засобів впродовж цього часу (експериментальна група). Виконання цього завдання було можливе на основі порівняння психологічних особливостей хворих у контрольних та експериментальних підгрупах, однакових за віком.

Аналіз отриманих результатів дослідження свідчить про те, що використання психологічних засобів реабілітації позитивно вплинуло на всі діагностовані показники в експериментальній групі (табл. 2).

**Таблиця 2.1**

**Узагальнені показники психологічних особливостей ставлення до захворювання онкохворих експериментальної групи до і після реабілітації (у %) n=45**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Психологічні особливості | До операції | | Через півроку | |
|  | Абс. к-сть | % | Абс. к-сть | % |
| **Рівень депресії** | 1 | 2,2 | 12 | 26,4 |
| Відсутня |
| Мінімальна | 7 | 15,4 | 19 | 41,8 |
| Легка | 27 | 59,4 | 13 | 28,6 |
| Помірна | 9 | 19,8 | 1 | 2,2 |
| Виражена | 1 | 2,2 | 0 | 0 |
| **Тип ставлення до хвороби** | 0 | 0 | 21 | 46,2 |
| Гармонійний |
| Тривожний | 15 | 33 | 2 | 4,4 |
| Іпохондричний | 7 | 15,4 | 0 | 0 |
| Меланхолічний | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Апатичний | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Неврастенічний | 5 | 11 | 0 | 0 |
| Обсесивно-фобічний | 15 | 35,2 | 1 | 2,2 |
| Сенситивний | 11 | 24,2 | 4 | 8,8 |
| Егоцентричний | 6 | 13,2 | 0 | 0 |
| Ейфоричний | 11 | 24,2 | 3 | 6,6 |
| Анозогнозичний | 6 | 13,2 | 12 | 26,4 |
| Ергопатичний | 16 | 35,2 | 15 | 33 |
| Паранояльний | 7 | 15,4 | 0 | 0 |
| **Рівень якості життя** | 2 | 4,4 | 22 | 48,4 |
| Високий |
| Середній | 39 | 85,8 | 22 | 48,4 |
| Низький | 4 | 30,8 | 1 | 2,2 |

**Психологічна допомога онкологічним пацієнтам на етапі проведення ад'ювантної терапії**

Частина хворих щодо комбінованої ад'ювантної хіміопроменевої терапії відчуває побоювання, що даний вид лікування для них буде пов'язаний з фізичними та психологічними стражданнями: страх болю, страх перед ускладненнями в результаті лікування, страх безпорадності; страх перед болючими аналізами, які супроводжують лікування; страх зміни зовнішності в результаті лікування. Так, на формування ставлення до хіміотерапії впливає існуюча думка, «що застосовуються ліки вкрай шкідливі для організму» ( «хіміотерапія - це отрута»). Страхи сприяють формуванню негативного ставлення хворого до лікування, заважають йому усвідомлювати і приймати інформацію, пов'язану із захворюванням, а також сприяють емоційному та м'язового напруженню під час лікувальних процедур, що ускладнює їх проведення. У зв'язку з цим позитивний ефект хіміотерапії нерідко недооцінюється пацієнтами. Зовсім інше відбувається з хворими, яким проводилася не ад'ювантна хіміотерапія, у в зв'язку з виявленими метастазами. Ці хворі пов'язують з хіміотерапією надію на порятунок від метастазів і продовження життя, тому вони більш позитивно, незважаючи на майбутні ускладнення, відносяться до необхідності проведення хіміотерапії. І в першому, і в другому випадку хіміотерапія породжує не тільки неприємні переживання, але і бажання впоратися з ними. Багато пацієнтів в процесі поліхіміолучевої терапії відчувають постійне відчуття втоми як один з тривожних симптомів, що викликають дистрес [15]. Крім того, астенізація хворого під час хіміотерапії зменшує його залученість в процес лікування, що знижує відповідальність пацієнта і породжує його залежність від лікаря. При проходженні терапії виділяються хворі з різним ставленням до лікування. Хворим з песимістичним ставленням до лікування властива, в деякому роді, психологічна ізоляція і байдужість до лікувальних впливів: хворі або відчувають свою безпорадність - «що б не робив, нічого не вийде», або відчужують від себе хворобу - «окремо хвороба, окремо Я» . При оптимістичному ставленні до лікування ( «Все буде добре»), психологу важливо діагностувати мотив оптимізму: оптимізм пацієнта - це прихильність соціально схвалюваних стереотипів «поведінки хворого» і відхід від переживань, або, хворий, заглиблюючись в смисловий рівень переживання хвороби, зміг знайти опору і ресурс в своїх переживаннях. Цю відмінність можна виявити тільки в процесі клінікопсіхологічної бесіди. У міру проходження поліхіміолучевого лікування активно формується внутрішня картина хвороби - пацієнт все більше дізнається про свою хворобу, про свої реакціяї на лікування і про те, як він сам може собі допомогти в процесі лікування. Хворий мобілізує себе на те, щоб витримати важке лікування, але, на жаль, воно не завжди приносить очікуваних результатів. Невідповідність очікуваного ефекту від хіміотерапії і реального результату є одним з найбільш травмуючих чинників в процесі лікування: хворий відчуває розчарування, агресію, спрямовану як на лікарів, так і на себе, а також спустошеність і втому. Незважаючи на труднощі лікування, завдання хворого - мотивувати себе на тривалу і агресивну терапію. Для більшості пацієнтів мобілізуючим мотивом у цій ситуації є постановка конкретних цілей: виховання дітей, догляд за родичами, отримання освіти, реалізація в професійній сфері. Разом з тим, можна виділити хворих, для яких сенс лікування і одужання виражається в цінності самого життя ( «Я адже для чогось народився ...»). Хворі намагаються визначити особистісний сенс захворювання ( «Який сенс в тому, що я захворів, для чого мені дана хвороба?»), який може змінюватися в процесі проходження тривалого специфічного лікування, що вказує на часто неусвідомлювану самим пацієнтом внутрішню душевну роботу. Психологічна допомога спрямована на підтримку у пацієнта надії, гідності, пошуку сенсу життя під час лікування. При цьому психолог використовує методи релаксації, спрямованої уяви і візуалізації, а також медитативні техніки, артерапію, казкотерапію, нарротивну терапію, які сприяють більш цілісному сприйняттю хворим свого життя, дозволяють йому побачити свої досягнення і успіхи. Застосування гештальт-терапії виробляє у хворого здатність жити в сьогоденні: приймати те, що є зараз, як цінне і минуще.

**Психологічна допомога онкологічним пацієнтам на етапі прогресування онкологічного захворювання**

Деякі пацієнти відчувають набагато більший шок при виникненні рецидиву в порівнянні з первинною звісткою про діагноз, оскільки сприймають рецидив після періоду коливань між надією і страхом як остаточний вирок без надії на відстрочку [15]. Інші ж реагують, скоріше, спокійно: «Я цього боявся, а тепер це сталося», тобто при виявленні рецидиву захворювання знижується хронічне напруження, з яким хворий жив після первинного лікування. Хворий перебуває в ситуації невизначеності, при цьому інформація про повернення летальної загрози знову руйнує картину світу, яка була створена після первинного лікування. При прогресуванні хвороби у пацієнта знову виникають всі реакції, викликані негативною інформацією, від шоку до прийняття, якщо воно відбувається. Разом з тим, нерідко при прогресуванні злоякісного процесу у хворих посилюється мотивація до лікування: вони проявляють велику мужність і терпіння і переносять всі труднощі, пов'язані з ним. Одним з домінуючих мотивів лікування при рецидиві є страх безпорадності. Так, наприклад, хворі висловлюють активне і відповідальне ставлення до свого життя - «не хочу бути безпорадним і все роблю для цього». На цьому етапі психолог у своїй роботі використовує вищевказані методи. Таким чином, знання специфічних для кожного етапу лікування психологічних проблем хворих і особливостей їх переживань на кожному етапі лікування дозволяє психологу адекватно і ефективно проводити роботу з онкологічним пацієнтом.

**2.3 Психологічна допомога онкологічним хворим в паліативній практиці**

Паліативна допомога покликана поліпшити якість життя пацієнтів та їх сімей і пом'якшити прояви невиліковної хвороби. Паліативна допомога включає в себе як методи паліативної медицини (лікування болю та інших фізичних симптомів), так і методи психологічної підтримки хворого і доглядаючих за ним родичів. Основними напрямками при наданні паліативної допомоги інкурабельним хворим повинні бути не тільки зменшення страждань пацієнтів, а й адекватна психологічна допомога, соціальна підтримка, спілкування з родичами, що дозволяють підготувати членів сім'ї до неминучого фіналу[25]. Одним з варіантів надання паліативної допомоги є хоспісна допомога, тобто допомога вмираючій людині [25]. При онкологічному захворюванні процес неминучого згасання в середньому займає 6 місяців. Крім надання медичної допомоги пацієнтам, паліативна допомога в хоспісах здійснюється ще в трьох напрямках - соціальному, духовному і психологічному. Соціальний працівник допомагає родині інкурабельного хворого в рішенні соціальних і юридичних питань, які виникають у зв'язку з важкою хворобою і наближенням смерті людини. Священнослужителі супроводжують вмираючого пацієнта і оточуючих його людей в питаннях Віри. Психологічний супровід в хоспісі здійснює онкопсихолог (далі психолог). В даний час відбувається становлення онкопсихології в нашій країні, в той час як про псіхоонкологіі відомо з 70-х років минулого століття. Онкопсихолог вивчає психологічні наслідки, викликані онкологічними захворюваннями, і є розділом клінічної психології, в якому виділено напрямок надання психологічної допомоги в рамках психології кризових і екстремальних ситуацій, покликаним поліпшити адаптацію онкологічного хворого і його оточення до ситуації захворювання на всіх стадіях, включаючи термінальну. Тоді як психоонкологія - область міждисциплінарних досліджень на стику онкології, психіатрії, клінічної психології та соціальних наук, вона займається вивченням психологічних і соціальних аспектів онкологічних захворювань. Основна увага в псіхоонкологіі приділяється якості життя онкологічних хворих [26].

Метою роботи психолога в хоспісі є зниження емоційної напруги, викликаного фізичними та психологічними стражданнями хворого перед наближенням неминучого вмирання і смерті [25]. При цьому психолог вирішує наступні завдання:

- пом’якшувати переживання пацієнта;

- діагностувати коморбідні розлади пацієнта;

- підтримувати родичів пацієнта;

- здійснювати профілактику емоційного вигорання і вторинної травматизації медичного персоналу;

- здійснювати профілактику власного емоційного вигоряння і вторинної травматизації.

Перше завдання роботи психолога в хоспісі - знизити емоційну напругу пацієнта, пов'язану з надходженням в хоспіс. Як правило, персонал виїзної служби хоспісу заздалегідь формує позитивне сприйняття необхідності госпіталізації хворого в хоспіс. У приймальному покої Хоспісу №1 (Санкт-Петербург) працюють фахівці, які вміють вступати в контакт з хворим і знижувати його тривогу, неминучу при госпіталізації в хоспіс, вони формують довіру хворого до інших працівників хоспісу.

Основне завдання першої бесіди психолога з хворим - надати психологічну підтримку і сформувати позитивний настрій пацієнта на перебування його в хоспісі. У тому випадку, коли в палаті знаходяться родичі пацієнта, психолог знайомиться з ними і запрошує до себе в кабінет для бесіди.

Друге завдання роботи психолога в хоспісі - діагностувати коморбідні розлади пацієнта. Супутні основному захворюванню психічні розлади, такі як депресія, тривожнофобічний або панічний розлад, можуть негативно впливати на процес знеболювання, загальний рівень емоційного напруження пацієнта і його оточення.

Третє завдання роботи психолога в хоспісі - надання психологічної підтримки родичам пацієнта. Іноді буває так, що психічний розлад виникає у родича хворого. В цьому випадку психолог може проводити корекційну бесіду сам або рекомендувати іншого фахівця.

Четверте завдання роботи психолога в хоспісі - корекційна робота з медичним персоналом з метою профілактики вторинної травматизації і професійного вигорання.

П'яте завдання роботи психолога в хоспісі - самоспостереження і професійний та особистий розвиток самого психолога.

При індивідуальному консультуванні пацієнтів психолог в хоспісі застосовує такі психологічні методики і техніки, як:

- стандартизоване експрес-опитування;

- терапевтичне вислуховування;

- допомога в вираженні і прийнятті негативних почуттів;

- інформування;

- спрямована бесіда: клініко-психологічна і біографічна;

- сугестивні техніки і техніки дихання, візуалізації, релаксації;

- арт-терапевтичні техніки: плетіння шерстю, ліплення, малювання, кінотерапія, бібліотерапия.

Сьогодні дані доказової медицини показують необхідність і ефективність психологічного супроводу онкологічних хворих і їх найближчого оточення. Під найближчим оточенням маються на увазі не тільки родичів, близьких людей пацієнтів, а й лікарів, персонал установи, що надає медичну допомогу онкологічним хворим.

Таким чином, можна виділити три напрямки роботи психолога: пацієнт, родичі пацієнта і медичні працівники. В рамках паліативної допомоги психологічний супровід носить еклектичний характер, що включає в себе елементи екзистенціальної, когнітивної та підтримуюче-експресивної терапії. Психодинамічна і когнітивно-поведінкова моделі психотерапії використовуються в роботі з медичним персоналом. Елементи міжособистісної психотерапії можуть використовуватися в груповій роботі з родичами хворих. Також психолог хоспісу здійснює експрессдіагностику коморбідних психічних розладів пацієнтів з їх подальшим коригуванням.

**Робота психолога з пацієнтами**

В роботі з пацієнтами Хоспісу №1 (Санкт-Петербург) склалася традиція вітати нових пацієнтів при надходженні. В ході першої зустрічі встановлюється контакт з пацієнтом і родичами, які його супроводжують. В цей же час психолог проводить експрес-діагностику емоційного стану пацієнта. Як і в повсякденному житті, не всі люди, які приїхали в хоспіс, запитують допомогу психолога. Інкурабельні хворі, які перебувають у свідомості, можуть по-різному реагувати на ситуацію захворювання і по-різному ставитися до взаємодії з психологом. Подальше психологічний супровід пацієнта включає в себе, в першу чергу, надання психологічної підтримки та уваги кожному пацієнту. Турбота і участь кожного працівника по відношенню до конкретного хворого - це частина філософії хоспісу. При відвідуванні хворих, в ході спілкування формуються і психотерапевтичні мішені, на які слід надалі звернути увагу. Форми роботи психолога грунтуються на загальноприйнятих методах корекції і залежать від фізичного стану хворого.

Пацієнтів можна умовно розділити на три категорії.

Перша категорія пацієнтів - люди, що надійшли в хоспіс з больовим синдромом. Правильно підібране лікарями знеболювання і купірування всіх тяжких симптомів покращує якість життя пацієнта. У цих випадках хворі можуть тривалий час перебувати вдома. Такі пацієнти їдуть з хоспісу, потім, після погіршення стану, повертаються в хоспіс за новою схемою знеболювання і знову їдуть додому до наступного погіршення. Зазвичай ці хворі схильні до спілкування, готові до арт-терапевтичній роботі. У процесі взаємодії з психологом вони охоче діляться своєю життєвою історією, розповідають про обставини життя, про індивідуальні особливості, про сусіда по палаті і про своє реагуванні на його можливу смерть. Пацієнтів даної категорії часто лякають порушення у власній когнітивній сфері. Це може відбуватися як в результаті прямого впливу протипухлинних засобів, так і в результаті патологічної імунної відповіді на запальний процес, пов'язаний з розпадом пухлини або внаслідок пошкодження капілярних судин. Для підвищення якості життя пацієнтів, що повертаютьсяв хоспіс, істотне значення має профілактика цих порушень. До неї відносяться бібліо- і кінотерапія, плетіння та ліплення, ведення щоденника самоспостережень, побудова генограми сім'ї.

Приклад з практики №1. Жінка (48 років) дуже погано переносить хіміотерапію. Правильно підібрана відновна терапія дозволяє їй знову і знову повертатися додому до наступного курсу хіміотерапії. У перший раз дуже переживала через зниження пам'яті і загальмованості мови. На корекційну роботу з психологом йшла охоче - вчила вірші, скоромовки, обговорювала відеофільми.У четвертий і п'ятий рази відгукнулася на пропозицію плетіння шерстю і дуже захопилася. У хоспісі організована іменна виставка її робіт. Пацієнтка відзначає психічну адаптацію до змін, що відбуваються, поліпшення якості життя.

Друга категорія пацієнтів - термінальні хворі зі збереженою психікою. Як правило, такі пацієнти в деякій мірі усвідомлюють близькість власної смерті і використовують різні способи подолання, щоб житти з цим знанням. Одні використовують психологічні захисні механізми заміщення і витіснення. Інші чинять опір цьому знанню. Нарешті, є хворі, які дійсно приймають власну смерть. Спілкування з такими пацієнтами є дуже цінним і для самого психолога. Психолог в роботі з цією категорією пацієнтів використовує терапевтичне вислуховування і бесіди на екзистенційні теми.

Приклад з практики №2. Двоє чоловіків приблизно одного віку: один - доктор фізичних наук, інший - доктор біологічних наук. Обидва перебували в один і той же час в різних відділеннях. Один повністю приймав смерть, інший же відчував панічний жах при думці про неї. З першим пацієнтом психолог в бесіді торкався екзистенціальних питань про сенс життя, про майбутнє звільнення. А з другим - про специфіку написання дисертацій в області, близької до медицини. У першому випадку полегшення пацієнтові приносила бесіда на екзистенційні теми, у другому - бесіда, яка підтримує його психологічні захисти.

Третя категорія пацієнтів - вмираючі пацієнти в стані ракової інтоксикації. Таким пацієнтам психологічна підтримка може бути надана на тілесному рівні, так як у них, внаслідок втрати сил, вербальний контакт утруднений або повністю відсутній. До цієї категорії хворих можна віднести також літніх пацієнтів, у яких спостерігаються порушення слуху та мовлення. Адекватно збудований контакт між психологом і пацієнтом може допомагати взаємодії хворого з оточуючими його людьми.У роботі психолога з такими пацієнтами важлива психологічна присутність, він також використовує тактильний контакт, за допомогою жестів здійснює зв'язок з хворим.

Приклад з практики №3. Жінка 46 років перебувала в хоспісі більше п'яти місяців і протягом цього часу не хотіла працювати з психологом. Вона закривала очі, коли психолог працювала в палаті з іншими пацієнтами, відмовлялася розмовляти, відповідала односкладово. Тільки остаточно втрачаючи сили, вона попросила сидіти поруч і тримати її за руку. Сили йшли, пацієнтка іноді слабким голосом про щось тихо говорила. Це тривало по 15-20 хвилин три рази на тиждень. Потім відбулося прощання, і вона померла.

**2.4 Психологічна допомога сім’ям інкурабельних онкологічних хворих**

Протягом 1980-х та 1990-х рр. проведено дослідження з питань психоонкології, пов’язаних з близьким оточенням хворого [27]. Установлення діагнозу «рак» спричиняє «коливальний ефект» у сім’ї пацієнта, який виявляється виникненням страхів, невизначеності, зміною звичного образу життя, міжособистісної комунікації, екзистенційною тривогою, порушеннями у функціонуванні родини та посиленням напруження у сімейних стосунках [28].

Факт діагностування онкологічного захворювання є не єдиною стресовою подією для хворого та його родини, певний психологічний стан виникає як результуюча дії комплексу взаємозв’язаних та багаторівневих факторів, зокрема рецидиву раку, продовження хвороби, змін у терапевтичній тактиці, переходу від спеціального лікування до паліативної допомоги [29]. Переживаючи наявність онкологічного захворювання в одного з членів родини, родина намагається перебудувати своє функціонування, що спричиняє дестабілізацію навіть у ресурсних та добре адаптованих сімейних системах [28, 30]. Така дестабілізація виявляється у діадах «пацієнт-подружжя» та «пацієнт-дитина» і супроводжується дистресом [31]. Як дестабілізація, так і дистрес є нормативними процесами, які за сприятливого перебігу процесу адаптації змінюються рестабілізацією та пристосуванням сімейної системи до ситуації хвороби.

В процесі адаптації сім’я вчиться як упоратися з основними проблемами («ключовими пунктами») психологічного переживання хвороби члена родини [27]: проблема спілкування та підтримки хворого, реагування на почуття та висловлювання пацієнта щодо раку, вплив пригніченого настрою як самого хворого, так і членів його родини на сімейне функціонування, напруження у родині як наслідок зміни ролей, а також реконструювання неадаптивних стратегій поведінки у ситуації хвороби. Саме на вирішення цих проблем спрямована психологічна допомога членам родини, яка передбачає зменшення інтенсивності, тривалості та рівня дестабілізації спричиненого проходженням «ключових пунктів».

Особливого значення психологічна допомога набуває у разі прогресування хвороби, кардинальної зміни терапевтичної тактики від радикального лікування до паліативної допомоги, особливо на етапі «кінець життя» [32, 33].

На базі Київського міського клінічного онкологічного центру проведено вивчення особливостей психологічного стану 150 родичів інкурабельних онкохворих, які отримували паліативне лікування в умовах стаціонару відділення паліативної медицини (хоспіс) онкоцентру, за допомогою психодіагностичного та клініко-психологічного методів.

На термінальній стадії захворювання хворий та його родина стикалися з низкою проблем: потреба у спеціалізованій медичній допомозі, зміна звичного графіку роботи родича або звільнення у зв’язку з доглядом за хворим, виникнення емоційних проблем та конфлікти в родині на тлі стресової ситуації, збільшення фінансових витрат. У зв’язку з погіршенням соматичного стану пацієнти потребували як спеціалізованої медичної допомоги (лікування вираженого больового синдрому, легеневої недостатності), так і корекції психічних розладів. При цьому зростала потреба у сторонній допомозі у зв’язку зі зменшенням здатності хворого до самообслуговування. Важливим мотивом звернення до відділення паліативної медицини була наявність «соціальних показань» - надання родині хворого часу для «відпочинку», вирішення нагальних питань або позбавлення найбільш вразливих членів сім’ї (дітей, людей похилого віку) від споглядання страждань, пов’язаних з хворобою та вмиранням. Однак, незважаючи на складність догляду, для більшості обстежених сімей (87%) звернення до стаціонару було вимушеним заходом. Домінуючими мотивами звернення до спеціалізованого лікувального закладу (хоспісу) з метою госпіталізації хворого у стаціонар для більшості сімей (92%) були:

- неефективність лікувальних заходів на дому (виражений больовий синдром, дихальна недостатність);

- прогресуюче погіршення фізичного стану хворого та, відповідно, особливості догляду за тяжкохворим;

- психічні розлади, страхи та побоювання не впоратися із ситуацією вдома.

Родичі інкурабельних онкохворих переживали широкий спектр почуттів. Негативні та позитивні почуття і переживання перепліталися: провина, тривога, гнів, роздратування, відчуття спільності з близькою людиною, відповідальність за неї, обов’язок допомогти їй на завершальному етапі життя. Почуття та переживання відображували психоемоційний стан родича та були внутрішніми сигналами, які спонукали до дії, певного стилю поведінки. Психоемоційний стан членів сім’ї інкурабельних онкохворих характеризувався закономірною етапністю та відображував психологічний зміст переживання втрат та перешкод, спричинених хворобою. Зміни у соматичному (неспецифічні і специфічні симптоми) та психологічному стані пацієнта для членів родини відігравали роль пускових факторів у психологічному реагуванні. Неспецифічними симптомами, які свідчили про погіршення стану хворого, були слабкість, швидка втомлюваність, погіршення апетиту, зниження активності та здатності до самообслуговування, специфічними - кровотеча, жовтяниця, асцит, деформації, розпад пухлин, патологічні переломи, виражений больовий синдром, розлади дихальної і травної системи тощо. Повідомлення про неможливість проведення специфічної протипухлинної терапії та переведення хворого на паліативне лікування для 100% сімей було психотравмуючим чинником.

На тлі прогресування онкологічного захворювання та погіршення фізичного стану хворого, що виражалося у повторній появі симптомів хвороби та ускладнень, у поведінці членів родини спостерігалася модель гіперопіки. У переважній більшості випадків пацієнта «оберігали» від правдивого діагнозу, нав’язували очікування позитивної перспективи щодо лікування та видужання. Мотивами такої поведінки з боку сім’ї були уявлення, що знання про тяжкість захворювання і, відповідно, страх перед стражданнями та очікування неминучої смерті були гіршими за саму смерть, а також побоювання щодо вчинення пацієнтом суїциду. На думку членів родини, така поведінка оберігала хворого. Ризик суїциду є високим за наявності психічних розладів, особливо депресивного характеру.

З часом прогресування захворювання та відсутність очікуваного ефекту від лікування спричиняли дисонанс. В родині та у взаємодії з медичним персоналом наростало напруження, виникали конфлікти. Усвідомлення родичами, що «легкої смерті» не буде, запитання хворого щодо перспектив лікування та видужання на тлі прогресивного погіршення соматичного стану, зростання емоційних та фізичних потреб хворого, зіткнення з власними суперечливими та амбівалентними переживаннями щодо хвороби та екзистенційної кризи спричиняли бажання вийти з цієї ситуації з переходом на моделі дистанціювання. Внутрішнє переживання відчуженості та дистанціювання від хворого спричиняли почуття провини, що було вторинним психотравмуючим чинником. Та, незважаючи на виснаження емоційних та фізичних сил родичів, на передній план виходили усвідомлення потреби доглянути тяжкохворого та почуття обов’язку.

За умови формування психологічної адаптації родичі навчалися як впоратися з власними переживаннями та перебудовували відносини, перерозподіляли ролі у родині - відбувалося повернення до «нейтральних» взаємин. Усвідомлення наближення власної смерті давало можливість рідними та хворому визначити життєві пріоритети та пізнати себе, тоді стосунки між сім’єю та пацієнтом ставали партнерськими.

Порушення етапності психологічного реагування у членів родини виявлялося:

- полярними моделями поведінки (гіперопіка або дистанціювання);

- активним втручанням у лікувальний процес (вимога проведення спеціального лікування, відмова від призначення наркотичного знеболювання, застосування методів нетрадиційної медицини);

- поясненням погіршення соматичного стану пацієнта побічною дією лікарських засобів;

- конфліктами з медичним персоналом.

Більшість моментів, пов’язаних з доглядом за хворим і перебігом хвороби, ускладнення, які виникали при прогресуванні захворювання, переживання пацієнта, пов’язані з його станом, були новими для родичів, тому пристосування до нового способу життя було складним і тривалим процесом, який потребував нової інформації, активізації внутрішнього ресурсу, звернення до власного досвіду подолання криз у минулому, набуття нових навичок, внутрішньо особистісної перебудови. Будь-яка незначна зміна у фізичному та психічному стані хворого спричиняла інтенсивний емоційний відгук у членів сім’ї, погіршення стану пацієнта супроводжувалося негативними емоціями, поліпшення - позитивними. Часто виникав конфлікт між пацієнтом і членами його сім’ї у випадках, коли рідні намагалися необгрунтовано переконати хворого у тому, що йому неодмінно стане краще. Оскільки цього не відбувалося, то відносини у родині загострювалися або це було приводом до виникнення непорозумінь з медичним персоналом. Така ситуація є типовою для паліативної медицини. Правдиве інформування родичів щодо прогнозу та перебігу захворювання у хворого, повідомлення поганих новин поєднували з психологічною підтримкою.

Ураховуючи прогресування хвороби, в процесі паліативної допомоги постійно виникали ситуації погіршення стану хворого та його поліпшення на тлі лікування, відповідно, члени родини переживали « ефект маятника » - зміну психоемоційного стану від «полюсу надії» до «полюсу розпачу». Відсутність інших механізмів адаптації, крім суто емоційного реагування, спричиняло швидке виснаження, що було однією з ознак дезадаптації.

Установлено, що члени сім’ї інкурабельних онкологічних хворих переживали цілу гаму негативних емоцій, зокрема гіпертрофоване почуття провини. Це почуття і пошук відповіді на запитання «Чи все можливе зроблено?» були характерні для всіх родичів. З негативними емоціями боролися по-різному. Одним із способів зменшення внутрішнього напруження було винесення причини його виникнення за межі власного « Я » , передача відповідальності комусь або чомусь сторонньому, наприклад, пояснення погіршення стану хворого побічною дією препаратів, помилковою тактикою лікування, неправильним призначенням лікарських засобів, халатністю медперсоналу. Об’єктом зміщення могло стати будь-що, однак найчастіше це були нещодавно призначені ліки та проведені процедури і, відповідно, медичний персонал, відповідальний за їх призначення чи виконання. Частота застосування зміщення прямо пропорційно корелювала з тяжкістю стану хворого. Методом запобігання негативним виявам з боку родичів були планові періодичні роз’яснення медичними працівниками особливостей перебігу та лікування захворювання, з акцентуванням на тому, що стан хворого погіршується внаслідок природного прогресування хвороби, а не спричинений діями медперсоналу.

Іншим способом боротьби з негативними емоціями було концентрування на вторинних знаках (менш значущих). Типовими прикладами застосування цього способу в інкурабельних онкохворих та їх родичів є випадки, коли на підставі поліпшення лише одного із симптомів, несуттєвих змін лабораторних показників, незважаючи на картину в цілому, робився висновок щодо суттєвого поліпшення стану хворого або поява нових чи посилення існуючих симптомів захворювання приписувалися не пов’язаним з хворобою чинникам (погода, застуда, порушення дієти, фізичне перевантаження, побічна дія препаратів чи їх передозування, інші хвороби). Таким чином, ознаки прогресування хвороби нівелювалися і зникав причинний зв’язок із захворюванням. Чим більше психоемоційне напруження переживав член родини, тим виразнішими були вияви суб’єктивної інтерпретації реальності. Спостерігалася непропорційність у вияві емоцій - найменші позитивні зміни у соматичному чи психічному стані хворого спричиняли непропорційно більший внутрішній відгук, що виявлялося перебільшенням їх значення, їх розглядали як основний аргумент на користь «можливості вилікування», тоді як негативна інформація трансформувалася у більш прийнятну форму (знецінювання значущості симптому) або ігнорувалася.

Мали місце випадки, коли родичі хворих надавали мінімальним виявам психічної активності пацієнта (поодиноким рухам та словам) повноцінного значення (спілкування). Найчастіше цей феномен спостерігали, коли хворий перебував у стані порушеної свідомості (сплутаність свідомості, глибокий сопор), а також у разі когнітивних розладів, тобто ознаки порушення психічної діяльності не розпізнавалися, нівелювалися або заперечувалися. Механізмом цього явища був «когнітивний зсув», що формувався унаслідок браку інформації як такої (когнітивний компонент) і небажання сприймати симптоми як ознаки значного погіршення стану (емоційний компонент). У всіх родичів інкурабельних онкохворих виявлено брак інформації щодо психології пацієнта та його родичів на термінальній стадії захворювання, а також низки специфічних для паліативної медицини проблем. Тому з родичами хворих проводили психоосвітню роботу, яка передбачала інформацію щодо:

- змін у фізичному та психічному стані хворого на завершальній стадії хвороби;

- потреб паліативного хворого;

- психологічного стану родини інкурабельного онкохворого;

- наркотичного знеболювання, його впливу на психіку;

- психічних розладів у онкохворих на термінальній стадії хвороби;

- спілкування з хворим на «складні теми» (прогноз, лікування, майбутнє, смерть);

- повідомлення про несприятливий прогноз та смерть найбільш уразливим членам родини (діти, батьки);

- переживання втрати та горювання;

- саморегуляції психічного стану.

Установлено психологічні проблеми, які виникають у родичів, які доглядають інкурабельних онкологічних хворих:

- переживання психотравмуючої ситуації та високий рівень психоемоційного навантаження;

- спілкування з хворим з приводу прогнозу і, особливо, повідомлення «поганих новин» хворому та «вразливим членам родини» (батькам похилого віку, неповнолітнім дітям

- зміна соціальної активності (спілкування з друзями, близьким оточенням);

- труднощі поєднання професійної діяльності з доглядом за хворим (графік роботи, звільнення з роботи у зв’язку з доглядом за хворим).

На основі вивчення особливостей психологічного стану родичів інкурабельних онкохворих сформульовано завдання медикопсихологічної допомоги, орієнтованої на членів сім’ї паліативних пацієнтів, та визначено мішені психокорекційного впливу:

- низька стресостійкість та високий рівень психосоціального стресу;

- психопатологічна симптоматика у вигляді афективних та невротичних симптомів;

- неадекватне почуття провини;

- неадаптивні стратегії стрес-долаючої поведінки;

- симптоми дисфункціонування родини;

- розвиток специфічних страхів (канцерофобія);

- труднощі спілкування з пацієнтом з приводу діагнозу та прогнозу;

- пояснення факту смерті «вразливим членам родини»;

- нерозуміння або брак інформації щодо соматичних і психічних симптомів хвороби пацієнта;

- зміна соціальної активності;

- конфлікт інтересів «хворий/родич».

Після втрати близької людини родич поступово починає відновлюватися фізично і психологічно та краще розуміти, що з ним відбувалося. І вчасно надана психологічна допомога дає змогу менш болісно пережити втрату, а головне - запобігти розвитку психічних порушень, пов’язаних із хворобою та смертю близької людини. Необхідно оберігати психіку родича під час повідомлення поганих новин та факту смерті хворого. Подібна психологічна позиція є одним з основних заходів психопрофілактики, що запобігає розвитку психічних порушень у членів сім’ї. Деякі родичі стають добровольцями, які допомагають членам інших сімей у такій складній життєвій ситуації, як термінальна стадія онкологічного захворювання в їх близьких. Вжиття психологічних заходів дало змогу нормалізувати психологічний стан родичів інкурабельних онкологічних хворих та поліпшити їх психологічну адаптацію. У родичів як на стаціонарному етапі, так і після втрати, у разі вжиття заходів медикопсихологічної допомоги установлено зменшення почуття провини, психоемоційного напруження; зниження виявів «соматизації»; гармонізація стосунків у родині; поліпшення міжособистісних стосунків; підвищення комунікативної компетентності та асертивної поведінки; наближення змісту та характеру переживань до «нормальної реакції горя».

Таким чином, медико-психологічна допомога особам, які здійснюють догляд за інкурабельними онкологічними хворими, є одним з пріоритетних завдань спеціаліста з психічного здоров’я, який працює в галузі паліативної медицини.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2**

Для первинних онкохворих завданнями медико-психологічної допомоги були: послаблення психічного дистресу, навчання способам зниження психоемоційного напруження, формування реалістичних уявлень щодо онкологічного захворювання та адаптивного стилю поведінки під час лікувального процесу. Для пацієнтів, які госпіталізувалися повторно акцент медико-психологічної допомоги був зміщений на трансформацію психотравматичних переживань щодо захворювання, психокорекцію неадаптивних форм психічного реагування та поведінки під час лікування, інтервенції були спрямовані на психосоціальну реадаптацію та дестигматизацію. Щодо пацієнтів, які проходили діагностичний етап, провідним завданням медико-психологічної допомоги було встановлення та підтримання контакту з хворим, забезпечення супровідної психологічної підтримки.

Потреби онкологічних хворих на різних етапах лікування відрізнялися, що відображалося на пріоритетності вибору форм, умов, тривалості та інтенсивності медико-психологічних заходів. Психоосвіта була найбільш затребуваною для пацієнтів, які зіштовхнулися з онкологічною хворобою вперше, в подальшому зростали значимість психокорекції та тренінгу. Медико-психологічні заходи інтенсифікувалися у кризові періоди – рецидиву, прогресування захворювання, переходу на паліативну допомогу, появу хронічного больового синдрому. Тривалість психологічних інтервенцій враховувала фізичний стан онкологічних пацієнтів, що відображалося на модифікації класичних правил сетінгу.

Медико-психологічними аспектами, пов’язаними з оперативним лікуванням були питання психологічної підготовки до операції, феномени перед- та післяопераційної тривожності, «операційні» страхи, пристосування до наслідків післяопераційного статусу. Психологічна допомога при хіміотерапії та променевій терапії включала психологічну підготовку до процедур, підвищення мотивації до лікування, зниження психоемоційного та психофізіологічного стресу під час терапії, корекцію хибних уявлень щодо протипухлинної терапії, побудова моделей поведінки, спрямованих на подолання негативних наслідків даного виду лікування. У психологічній роботі з онкологічними хворими застосовували когнітивно-поведінкові, гештальт, арт-терапевтичні техніки, психологічні інтервенції на основі підходу центрованого на особистості.

Важливим практичним завданням було формування позитивного відношення, створення позитивного іміджу та привабливості психологічної допомоги, які б мотивували пацієнтів на участь у медико-психологічних заходах. Значимим фактором виступала доступність психологічної допомоги: проінформованість пацієнтів про наявність спеціаліста з психічного здоров’я, графік проведення психологічних заходів, наявність психоосвітних матеріалів безпосередньо у відділеннях. Створення ефективної системи медико-психологічної допомоги також включало роботу не лише з пацієнтами, але і їх оточенням – близькими та медичними працівниками.

На етапі первинного лікування для родичів онкохворих особливо важливим була нормалізація психоемоційного стану, зменшення тривоги, корекція ірраціональних уявлень щодо онкопатології, створення довірливих підтримуючих стосунків з пацієнтом та формування адаптивної моделі поведінки і реагування на онкологічне захворювання близької людини. При повторному зіткненні з хворобою та протипухлинним лікуванням для членів сім’ї більш актуальними ставали питання досягнення балансу між допомогою хворому та підтриманням його активності і відповідальності за ситуацію, формулювання сімейної стратегії подолання наслідків хвороби (перерозподіл обов’язків, бюджету), визначення форм участі та ступінь залученості до лікувального процесу, налагодження взаємодії з медичним персоналом. На паліативному етапі зростала значимість переживань екзистенційного характеру, наявності почуття провини, гіпервідповідальності за ситуацію, гіперопіки, були присутні суттєві труднощі у спілкуванні з хворим в наслідок приховування частини негативної інформації.

Мішенями медико-психологічного впливу у лікарів, які надають онкологічну допомогу були: налагодження та підтримання контакту з онкологічним пацієнтом, достатнього для реалізації основних лікувальних завдань; повідомлення несприятливих новин; ведення «переговорів щодо протипухлинної терапії» - вміння у доступній формі донести до хворого важливу інформацію щодо лікування захворювання, мотивувати на протипухлинну терапію, обґрунтовувати зміни лікувальної тактики у відповідності до змін клінічних завдань; рівень проінформованості щодо питань психоонкології; діагностування порушень психічної діяльності на рівні норма/розлад, а також, орієнтування щодо необхідності залучення спеціаліста з психічного здоров’я та застосування психофармакотерапії.

Загальними засадами організації медико-психологічної допомоги в онкології були комплексність заходів, їх послідовність, методичність, клінічна обґрунтованість, гнучкість щодо форм та методів у зв’язку з умовами реалізації.

**ВИСНОВКИ**

1.Проведене теоретичне узагальнення і вирішення проблеми реабілітації онкохворих різного віку психологічними засобами реабілітації, яке полягає у розкритті особливостей психологічної діагностики та реабілітації онкологічних хворих, експериментальному дослідженні психологічних особливостей ставлення до захворювання хворих, розробці та апробації програм психологічних засобів реабілітації хворих різного віку, впродовж стаціонарного та катамнестичного етапів захворювання. Показано, що онкологічні хворі, знаходячись тривалий час у кризовому стані та в критичних умовах онкологічної клініки, потребують спеціальних реабілітаційних заходів з метою адекватного пристосування до ситуації хвороби та ефективної взаємодії з довкіллям.

Вікові особливості онкологічних хворих в практиці здебільшого не враховуються, тоді як вони визначають специфічні особливості сприймання захворювання, ставлення до хвороби, рівень депресії та якості життя, характер страхів, дослідження яких дозволяє більш досконало вивчити особистість онкохворого, а значить більш цілеспрямовано і продуктивно розробити та впровадити психологічні засоби реабілітації.

2. Система психологічних засобів реабілітації онкохвори повинна базуватися на принципах: поступовості та постійності, комплексності, індивідуалізації та активності, переслідувати мету - досягнення фізичного, душевного та соціального оптимального пристосування до оточуючого середовища шляхом цілеспрямованого свідомого навчання і відповідати віковим особливостям ставлення до хвороби.

Впровадження психологічних засобів реабілітації є найбільш ефективним при використанні різних форм роботи: індивідуальної, групової та колективної. Вибір форми залежить від етапу захворювання, преморбідних особливостей особистості, соціально-конституціональних параметрів, стану здоров’я та характеру лікування.

3.Психологічна реабілітація онкохворих повинна здійснюватись поетапно, що сприяє створенню певної загальної системи ефективної психологічної допомоги. Найбільш логічним і ефективним є виділення чотирьох етапів: перед вступом до стаціонару (період, коли паціент дізнається про свій діагноз, вирішує питання про госпіталізацію та оперативне лікування); передопераційний (відбувається після вступу до клініки і до моменту операції); післяопераційний (займає час після операції і до моменту підготовки хворого до виписки); катамнестичний (довгий проміжок часу після виписки хворої зі стаціонару).

Одним з основних принципів реабілітаційної системи онкохворих різного віку має бути принцип індивідуалізації – використання психологічних засобів на основі результатів діагностичного дослідження особливостей кожної особистості хворих. При цьому особлива увага повинна звертатися на тип ставлення хворих до хвороби, що сприяє вибору найбільш доцільного напрямку корекції та терапії.

4.Етап перед вступом до стаціонару є для хворих найбільш психотравмуючим і викликає переважно шокові психогенні реакції. В зв’язку з цим метою застосування психологічних засобів реабілітації на цьому етапі повинно бути зняття емоційного напруження та усвідомлення онкохворими ситуації, що склалася, її прийняття та формування активної позиції відносно хвороби. Передопераційний етап характеризується різким підйомом психогенних реакцій. З огляду на це, завданнями застосування психологічних засобів реабілітації на цьому етапі мають бути: формування оптимістичної спрямованості на операцію та віри в успішне видужання; виявлення страхів, які викликає операція, і допомога у їх подоланні; надання необхідної інформації про рак та механізми його лікування в доступній для хворого формі. Післяопераційний етап характеризується зниженням емоційного напруження та більшою тривалістю в порівнянні з першими двома етапами і має переслідувати мету ліквідації хворобливих проявів та формування у хворих якостей особистості, що сприяють оптимальній психологічній адаптації до нових умов життя.

На катамнестичному етапі захворювання найважливіше значення має групова робота, спрямована на оволодіння знаннями, уміннями та навичками ефективного подолання стресових ситуацій та вирішення психологічних проблем онкохворих з врахуванням вікових особливостей ставлення до хвороби

Впродовж різних етапів захворювання повинні використовуватись різні психологічні засоби реабілітації, такі як раціональна терапія, бібліотерапія, сугестивна терапія, релаксація, візуалізація, музикотерапія та арт-терапія, психогімнастика, психодрама і гештальт-терапія, методи, пов’язані з усвідомленням, зниженням та прийняттям страху смерті, поведінкова терапія. Лише їх індивідуалізовано-комплексне використання з врахуванням вікових особливостей сприймання хвороби, етапу та складності захворювання призводить до зниження депресії, підвищення якості життя та вироблення більш адекватного типу ставлення до хвороби.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Бажин Е.Ф., Гильяшева И.Н., Левина Т.Л., Тонконогий И.М.Клинический личностный опросник (модифицированный вариант ММРI) / Методические рекомендации. – Л. – 1974. – 33 с.
2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). – М.: Медицина.– 1976. – 176 с.
3. Карпова Э.Б. Разработка и клинико-психологическая апробация методики исследования системы отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями // автореф. дисс. канд. психол. наук. – Л.– 1985. – 22 с.
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.:Медицина. – 1970. – 215 с.
5. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММРI. – М.: НИИ психиатрии. – 1971. – 62 с.
6. Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическое и биохимическое исследование состояния фрустрации и эмоционального стресса при неврозах // автореф.дисс. канд.психолог.наук. – Л. – 1973. – 19 с.
7. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера. – Л. – 1976. – 16 с.
8. Чулкова В.А. Исследование системы отношений и эмоциональной напряжённости у больных раком молочной железы // Социальнопсихологические исследования в психоневрологии. – Л.: Из-во: НИПНИ им. В.М.Бехтерева. – 1980. – С. 128 – 132.
9. Чулкова В.А. Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы // автореф. дис. канд. психол. наук. СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 1999. – 18 с.
10. Чулкова В.А., Блинов Н.Н., Комяков И.П., Константинова М.М., Котова Д.Г., Тришкина Е.А. Психотерапевтическая помощь больным раком молочной железы // Пособие для врачей–онкологов. – СПб. –2002. – 23 с.
11. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля личности (УСК) – М.: Смысл. – 1993. – 16 с.
12. Психодиагностическая методика для определения невротических и неврозоподобных нарушений: пособие для врачей и психологов / Сост. В.А. Абабков и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 1995. – 21 с.
13. Психологическая диагностика отношения к болезни // Пособие для врачей Авторы-сост. Л.И. Вассерман и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 2005. – 31с.
14. Симонова О.Н., Корытова Л.И., Мусс В.Ф., Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Информированность больного раком легкого о заболевании и его психологическая адаптация // Вопросы онкологии. – 2008. – Т.54, №1. – С.82 – 85.
15. Айзенк Г. Дж. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии // Психологический журнал. – 1994. – Т. 14, № 4. – С. 3-19.
16. Бочаров В.В., Карпова. Э.Б., Чулкова В.А., Ялов А.М. Экстремальные и кризисные ситуации с позиции клинической психологии // Вестник СПбГУ. – 2010. – Сер.12, вып.1. – С. 9-17.
17. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение // СПб. – М.: Изд. Центр «Академия». – 2003. – 736 с.
18. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология // СПб.: Питер, 2002. – 959 с.
19. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер. – 2000. – 1019 с.
20. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака.– СПб: Питер. – 2001. – 288 с.
21. Тарабрина Н.В., Ворона О.В., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н. Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. – М: Изд-во «Институт психологии РАН». – 2010. – 175 с.
22. Чулкова В.А., Васильева Н.Г., Черненко О.А. Боль при онкологических заболеваниях и психологические методы ее коррекции // Вопросы онкологии.–2016.-Т.62, № 4 – С.529 – 534. 173
23. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Душевный мир онкологического больного // Вопросы онкологии. – 2010. –Т.56, №1 – С. 83-87.
24. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. – М.: Изд-во «Класс». 1999. – 576 с.
25. Вагайцева М.В. Психологическая помощь в паллиативной медицине (На примере Хосписа № 1, Санкт-Петербург) // Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие под ред. Н.С. Хрусталевой – СПб.: Из-во СПбГУ.-2013. – Раздел II, параграф 7.4.- С. 125 – 133
26. Чулкова В.А. О месте онкопсихологии в структуре психологической науки // Тез. докл. IV Всероссийского съезда онкопсихологов. – М. – 2012. – С.8-10.
27. Holland J.C., Breilbart W.S., JacobsenP.B. el al. (2010) Psycho-Oncology. Oxford University press: 3-12.
28. Кужель I.P. (2011) Система сімейних відносин та психодинаміка родини з інкурабельним онкологічним хворим. Укр. вісн. психоневроя., Т. 19, N° 3, с. 45-49.
29. Маркова М. В., Піонтковська О. В., Кужель І. Р. (2012) Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології. Укр. вісн. психоневроя., Т. 20, вип. 4 (73), с. 86-91.
30. Васильєва А.Ю. (2009) Особенности коррекции непсихотических расстройств психики у лиц, осуществляющих уход за больными, страдающими онкологической патологией. Психічне здоров’я, N° 3- 4, с. 16-19.
31. McLean L. М., Jones J. M., Rydall A. C. et al. (2007) A couples intervention for patients facing advanced cancer and their spouse caregivers: outcomes of a pilot study. Psycho-Oncology: 17, 11: 1152-1156.
32. Tsigaroppoulos T., Mazaris E., Chatzidarellis E. et al. (2009) Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. International Journal of Nursing Practice: 15. 1: 1-6.
33. Кужель I.P., Маркова M.B. (2011) Особливості надання медико-психологічної допомоги родичам інкурабельних онкологічних хворих. Таврический журнал психиатрии, Т 15, № 3 (56), с. 92-9

**ДОДАТКИ**

**Додаток А**

КЛІНІЧНА БЕСІДА

Клінічна бесіда проводиться в формі неформального інтерв'ю або напівструктурної бесіди. Залежно від завдань дослідження визначається коло питань, що підлягають обговоренню, але при цьому тривалість і зміст бесіди заздалегідь не регламентуються, що створює можливість вільного викладу хворим своїх проблем.

Соціально-демографічні характеристики

1. Стать.

2. Вік.

3. Освіта.

4. Трудова діяльність.

5. Сімейний статус:

- одружений / заміжня;

- цивільний шлюб;

- неодружений / незаміжня;

- розведений / а;

- вдівець / вдова.

6. Наявність дітей:

- є;

- немає.

Клінічні характеристики

7. Діагноз захворювання.

8. Стадія захворювання.

9. Клінічні етапи перебігу хвороби:

- госпіталізація;

- перед операцією;

- після операції;

- первинне лікування;

- лікування рецидиву.

10. Яке лікування ви зараз проходите:

- готуюся до операції;

- після операції, належить подальше лікування;

- проходжу хіміотерапію;

- проходжу променеву терапію;

- проходжу хіміо-променеву терапію;

- проходжу інше (яке?) лікування.

11. Тривалість захворювання (міс.)

Клініко-психологічні характеристики

Ставлення до діагнозу

12. Характер емоційної реакції на виявлення захворювання (рецидиву):

- страх, шок;

- занепокоєння;

- ажитація;

- спокій.

13. Інформація про перспективи захворювання:

- позитивна інформація;

- негативна інформація;

- позитивна і негативна інформація;

- не мають інформації.

14. Основне джерело інформації про захворювання для вас:

- лікар;

- телебачення, радіо;

- інтернет;

- медична література;

- рідні і знайомі;

- інший.

15. Визнання злоякісного характеру захворювання

- заперечення;

- часткове визнання;

- визнання.

Ставлення до лікування

16. Які види лікування онкологічних захворювань ви знаєте і які з них вам видаються найбільш страшними, небезпечними?

17. Від чого (кого) в більшій мірі залежить успіх лікування:

- від форми і стадії захворювання;

- від фінансових можливостей;

- від самої людини, її волі до життя;

- від лікаря (професійних і людських якостей);

- від Бога (долі, удачі);

- інше.

18. Яка була ваша реакція при призначенні лікування?

19. Ставлення до лікувальних процедур зараз:

- страх безпорадності;

- страх болю;

- страх зміни зовнішності;

- ускладнень;

- головне, що лікують.

20. Чи є спілкування з лікарем для вас підтримкою (чи є контакт з лікарем):

- так (у чому він полягає);

- важко визначити;

- немає.

21. Чи достатньо ви поінформовані про своє лікування лікарем:

- так;

- ні.

22. Чи прагнете ви отримати нову інформацію про хворобу та лікування?

23. Чи є питання, які вам хотілося б обговорити з лікарем додатково:

- результат хвороби;

- про лікування;

- про життя після хвороби.

24. Інформуєте ви родичів про своє лікування:

- так;

- ні.

25. Що дозволяє вам переносити тяготи перебування в клініці і лікування:

- впевненість, що все буде добре;

- віра у лікаря, медицину;

- інше.

26. Якщо припустити, що відповідальність за лікування дорівнює 100%, то яка частка належить хворій людині, а яка лікарю?

Внутрішня картина хвороби

27. Чи є суб'єктивна причина хвороби:

- є;

- немає.

28. Модель хвороби (за поданням хворого):

- фізична;

- психологічна;

- спадковість;

- вік як причина;

- не знаю.

29. Чи є досвід хвороби взагалі (бути в ролі хворого):

- так (раніше переносив / ла операції і т.п. і виліковувався / лася);

- немає (до цього вважав / ла себе здоровою людиною);

- є хронічні супутні захворювання (можна записати )

30. Чи був досвід взаємодії з онкологічним хворим:

- так;

- ні.

31. Чи є рідні і близькі з онкологічними захворюваннями:

- є (результат - одужання);

- є (летальний результат);

- немає (просто чув /ла про те, що є онкологічні хворі)

32. Чи були передчуття, думки, що з вами це теж може трапитися:

- так;

- ні.

33 . Стежили ви за своїм здоров'ям, проходили профогляди і т.д.:

- так;

- ні.

34. Чи були ознаки захворювання:

- так;

- ні.

35. Скільки часу пройшло з початку появи ознак нездужання до звернення до лікаря (міс.)?

36. Розуміння хворим особистісного сенсу захворювання: хвороба - це

- випробування;

- покарання;

- рішення життєвих проблем;

- інформація про себе, про життя;

- не знаю

37. Особистісний сенс одужання:

- сім'я, діти, будинок;

- соціальні зв'язки;

- незавершені справи;

- безпорадність;

- робота;

- інше.

Соціально-психологічна ситуація в зв'язку з захворюванням

38. Чи відчуваєте ви труднощі при повідомленні про свій діагноз найближчому оточенню:

- так;

- ні.

39. Кому було важче повідомити про захворювання:

- чоловікові / дружині;

- дітям;

- батькам;

- іншим близьким;

- іншим людям.

40. Чи потрібна психологічна підтримка людині в ситуації хвороби:

- так;

- ні.

41. Була підтримка на етапі від виявлення захворювання до надходження в клініку:

- підтримували, і це допомагало;

- підтримували, але це не допомагало;

- підтримки не було

42. Хто з вашого оточення підтримує вас зараз:

- чоловік (дружина);

- діти;

- друг / подруга;

- товариші по службі;

- сусіди;

- сусіди по палаті;

- ніхто;

- батьки

43. У чиїй підтримці ви найбільше потребуєте:

- чоловік / дружина;

- сім'я;

- друзі;

- лікар;

- психолог;

- інше.

44. Як ви ставитеся до психологічної допомоги професійного психолога:

- потребують всі;

- я потребую;

- вона не потрібна.

Ставлення в родині

45. Характер очікуваних відносин в сім'ї в зв'язку з захворюванням:

- впевнений / а в підтримці;

- майбутнє покаже;

- підтримки не буде.

46. Характер зміни сімейних відносин в зв'язку з захворюванням (по поданням хворого):

- покращилися;

- залишилися колишніми;

- погіршилися.

Відносини з оточуючими

47. Вплив хвороби на сприйняття відносин із значущими іншими:

- відносини покращилися;

- відносини залишилися колишніми;

- відносини погіршилися.

48. Зміна соціального функціонування:

- залишилося колишнім;

- знизилося.

Ставлення до сьогодення та майбутнього

49. Чи змінилося ваше життя в зв'язку з захворюванням:

- так, змінилися місце проживання, розпорядок дня, режим харчування,довелося відмовитися від якихось планів;

- ні;

- все змінилося.

50. Установка на майбутнє:

- оптимістична ( «одужаю, життя ще має сенс»);

- невизначена ( «не знаю, це залежить від лікарів»);

- безнадійна ( « мені вже нічого не допоможе »);

- не думав про це.

51. Чи можете ви сказати, що, незважаючи на хворобу, ви знаходите в своєму житті багато такого, що дозволяє назвати вас щасливою людиною?

52. Чи є у вас плани на майбутнє:

- є певні плани - зустрічі, поїздки, незавершені справи;

- немає, є загальна картина майбутнього.

53. Що людина може зробити сам для себе, щоб йому легше було справлятися з хворобою?

**Додаток Б**

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕТОДИКИ І ТЕСТИ

Методики оцінки тривожності

1. Шкала тривоги Ч. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини):

- шкала складається з 40 пунктів;

- проводиться в індивідуальній та груповій формі.

2. Особистісна шкала проявів тривоги Тейлора (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS) призначена для вимірювання проявів тривожності:

- шкала складається з 50 тверджень;

- проводиться в індивідуальній і груповій формі.

Методики діагностики депресивних станів

3. Методика диференціальної діагностики депресивних станів (Zung Self-Rating Depression Scale) дозволяє оцінити рівень депресії пацієнтів і визначити ступінь депресивного розладу:

- в тестуванні враховується 20 чинників, що визначають чотири рівня депресії;

- проводиться в індивідуальній формі.

4. Шкала Монтгомері - Асберг (MADRS) призначена для оцінки тяжкості депресії та її динаміки в процесі терапії:

- відбудеться з 10 питань;

- проводиться в індивідуальній формі.

5. Шкала Гамільтона (HDRS) для оцінки депресії:

- містить 23 пункти, 2 з яких складаються з двох частин - А і Б, які заповнюються альтернативно;

- проводиться в індивідуальній формі.

6. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) A S. Zigmond, R.P. Snaith призначена для виявлення тривоги і депресії у пацієнтів соматичного стаціонару:

- шкала складається з 14 тверджень, 2 субшкал: А ( «anxiety») - «тривога», D ( «depression») - «депресія»;

- проводиться в індивідуальній формі.

Методики оцінки невротичних розладів

7. Опитувальник невротичних розладів - симптоматичний (ОНРСі) дозволяє провести кількісне визначення ступеня вираженості невротичних синдромів у пацієнта:

- відбудеться з 138 скарг невротичного порядку, наявність і вираженість яких оцінює у себе випробуваний;

- всі твердження опитувальника згруповані в 13 форм невротичних розладів:

1. тривожно-фобічні розлади;

2. депресивні розлади;

3. афективна напруженість;

4. розлади сну;

5. афективна лабільність;

6. астенічні розлади;

7. сексуальні розлади;

8. дереалізаціонні-деперсоналізаціонні розлади;

9. обсесивні розлади;

10. порушення соціальних контактів;

11. іпохондричні розлади;

12. ананкастичні розлади;

13. сомато-вегетативні розлади;

- проводиться в індивідуальній формі.

8. Я-структурний тест Амона (Ich-Struktur-Test nach Ammon, ISTA) надійно відображає зміни в ядрі особистості в процесі терапевтичного процесу. Сфера застосування тесту - особистісна діагностика людей, які страждають неврозом, прикордонним синдромом і психозом:

- тест складається з 220 тверджень, 6 шкал:

1. агресія,

2. тривога / страх,

3. зовнішнє відмежування Я,

4. внутрішнє відмежування Я,

5. нарцисизм і сексуальність;

- проводиться в індивідуальній формі

Методики діагностики особистісних особливостей

9. Мінесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) - особистісний опитувальник, є реалізацією типологічного підходу до вивчення особистості:

- складається з 550 тверджень;

- 10 основних діагностичних шкал:

1. іпохондрія (HS),

2. депресія (D),

3. істерія (Hy),

4. психопатія (Pd),

5. маскулінність - фемінність (Mf),

6. паранойя (Pa),

7. психастенія (Pt),

8. шизофренія (Sc),

9. гіпоманія (Ma),

10.інтроверсія (Si);

- проводиться в індивідуальній формі.

10. Тест оцінки самоактуалізації (САТ) призначений для діагностики рівня самоактуалізації особистості:

- базові шкали тесту:

1. компетентність у часі,

2. підтримка;

- додаткові шкали:

1. ціннісні орієнтації,

2. гнучкість поведінки,

3. сензитивність до себе,

4. спонтанність,

5. самоповага,

6. самоприйняття,

7. уявлення про природу людини,

8. синергія,

9. прийняття агресії,

10.контактності,

11.познавальні потреби,

12.креатівность;

- проводиться в індивідуальній та груповій формі.

11. Методика самооцінки Т.В. Дембо - С.Я. Рубінштейн призначена для психологічної діагностики стану самооцінки:

- включає наступні шкали:

1. висота самооцінки (фон настрою),

2. стійкість самооцінки (емоційна стійкість),

3. ступінь реалістичності і / або адекватності самооцінки (при її підвищенні),

4. ступінь критичності,

5. вимогливість до себе (при зниженні самооцінки),

6. ступінь задоволеності собою (за прямими і непрямими індикаторами),

7. рівень оптимізму (за прямими і непрямими індикаторами),

8. інтегрованість усвідомленого і неусвідомленого рівнів самооцінки,

9. суперечливість / несуперечність показників самооцінки,

10.зрілість / незрілість відносин до цінностей,

11.наявність і характер компенсаторних механізмів,

12.участь у формуванні «Я-концепції»,

13.характер і зміст проблем і їх компенсацій;

- проводиться в індивідуальній формі.

12. Методика «Семантичний диференціал часу» (СДВ) призначена для вивчення когнітивних і емоційних компонентів в суб'єктивному сприйнятті особистістю свого психологічного часу:

- містить 25 полярних шкал, на основі яких виділено 5 чинників:

1. активність часу (АВ),

2. емоційне забарвлення часу (ЕВ),

3. величина часу (ВВ),

4. структура часу (СВ),

5. відчування часу (ОВ);

- проводиться в індивідуальній формі.

Методики оцінки якості життя

13. Короткий опитувальник ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOLBREF) дозволяє оцінити якість життя в контексті культури і системи цінностей особистості, а також її особистих цілей, стандартів і інтересів:

- методика складається з 26 пунктів , які оцінюють такі широкі області:

1. фізичне здоров'я,

2. психологічне здоров'я,

3. соціальні відносини і навколишнє середовище;

- проводиться в індивідуальній формі.

14. Коротка форма оцінки здоров'я (Medical Outcomes Study-Short Form, MOS SF-36) призначена для дослідження якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, незалежно від наявного захворювання, статевих, вікових особливостей і специфіки того чи іншого лікування:

- складається з 11 розділів, розбитих на шкали;

- всі шкали опитувальника об'єднані в два виміри: фізичний компонент здоров'я (1 - 4 шкали) і психічний (5 - 8 шкали);

- проводиться в індивідуальній формі.

15. Анкета-опитувальник Європейської організації дослідження і лікування раку (EORTC-QLQ-C30):

- містить 30 питань, що становлять 9 шкал;

- 5 функціональних шкал відображають статус:

1. фізичний (PF),

2. рольовий (RF),

3. когнітивний (CF),

4. емоційний (EF),

5. соціальний (SF);

- 3 симптоматичних шкали включають:

1. стомлюваність (FA),

2. біль (РА),

3. нудоту і блювоту (NV);

- шкала загального стану здоров'я та рівня якості життя (QL2);

- проводиться в індивідуальній формі.

Методики оцінки подолання стресу

16. Тест фрустраційної толерантності Розенцвейга призначений для дослідження реакцій на невдачу і способів виходу із ситуацій, які перешкоджають діяльності або задоволенню потреб особистості:

- складається з 24 схематичних контурних малюнків, на якому зображені 2 людини або більш, зайняті ще незакінченою розмовою;

- проводиться в індивідуальній та груповій формі.

17. Методика діагностики поведінки впорання зі стресом (копінг-стратегії):

- включає 50 тверджень, кожне з яких відображає певний варіант поведінки у важкій або проблемнії ситуації;

- пункти опитувальника об'єднані в 8 шкал, що відповідають основним видам копінг-стратегій, виділених авторами:

1. конфронтація,

2. дистанціювання,

3. самоконтроль,

4. пошук соціальної підтримки,

5. прийняття відповідальності,

6. втеча-уникнення,

7. планування вирішення проблеми,

8. позитивна переоцінка;

- проводиться в індивідуальній формі.

18. Рівень суб'єктивного контролю особистості (УСК) - методика призначена для діагностики інтернальності - екстернальності, тобто ступеня готовності людини брати на себе відповідальність за те, що відбувається з ним:

- методика складається з 44 пунктів;

- проводиться в індивідуальній формі.

Методики оцінки соматичного і психосоматичного статусу

19. Гисенський опитувальник психосоматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB) призначений для реєстрації окремих скарг, комплексу скарг і визначення сумарної оцінки їх інтенсивності:

- складається з 57 пунктів - переліку скарг, які стосуються до таких сфер як загальне самопочуття, вегетативні розлади, порушення функцій внутрішніх органів;

- має 4 основні шкали і одну сумарну:

1. виснаження,

2. шлункові скарги,

3. ревматичний фактор,

4. серцеві скарги,

5. тиск скарг;

- індивідуальна форма проведення.

20. Тип ставлення до хвороби (Тобол), методика призначена для психологічної діагностики ставлення до хвороби:

- 12 типів ставлення до хвороби:

1. сенситивний,

2. тривожний,

3. іпохондричний,

4. меланхолійний,

5. апатичний,

6. неврастенічний,

7. егоцентричний,

8. паранойяльний,

9. анозогнозічний,

10.дісфорічний,

11.ергопатичний,

12.гармонійний;

- відбудеться з ряду тверджень, диференційованих за шкалами:

1. самопочуття,

2. настрій,

3. сон і пробудження від сну,

4. апетит і ставлення до їжі,

5. ставлення до хвороби,

6. ставлення до лікування,

7. ставлення до лікарів і медперсоналу,

8. ставлення до рідних і близьких,

9. ставлення до роботи,

10. ставлення до оточуючих,

11. ставлення до самотності,

12. ставлення до майбутнього;

- індивідуальна форма проведення.

21. Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події (ШОВТС) (Impact of Event Scale, IES-R) призначена для діагностики особливостей емоційних переживань людей, які перенесли важкі стресові ситуації:

- шкала складається з 22 пунктів, які розподіляються по 3 шкалами:

1. вторгнення,

2. уникання;

3. збудливість;

- проводиться в індивідуальній формі.