

15. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции / Ю.В.Щербатых. – СПб.: Питер, 2006. – 256 с.
16. Эйдемиллер Э. Психология и психотерапия семьи. – 4-е изд. / Э.Эйдемиллер, В.Юстицкий. – СПб.: Питер, 2009. – 672 с.

The psychological influence of the stress on woman's pregnancy, child's birth and further life, also interrelations in the young family are analysed.

Keywords: stress, pregnancy, marital life, factors, risk.

Отримано: 2.03.2011

УДК 159.964

Г.О.Хомич

Психологічна допомога онкохворим у процесі консультування

У статті презентовано авторське бачення проблеми надання психологічної допомоги онкологічним хворим у процесі консультативної взаємодії: розкрито специфіку реагування на захворювання, описано технологічні аспекти збереження психічного здоров'я хворих під час перебування в клініці та в процесі реабілітації. На думку автора, консультування кризових клієнтів передбачає оптимізацію пошуку нових смислів існування, усвідомлення реальних перспектив. Складність такої роботи полягає в тому, що тривале перебування клієнта в умовах клініки провокує стан психічної депривації.

Ключові слова: психічне здоров'я, психологічна допомога, психологічне консультування, контракт, діагностична бесіда, реабілітація, релаксація, депривація, екзистенція, смисл існування.

В статье представлено авторское видение проблемы оказания психологической помощи онкологическим больным в процессе консультирования: раскрыта специфика реагирования на заболевание, описаны технологические аспекты сохранения психического здоровья больных во время пребывания в клинике и в процессе реабилитации. По мнению автора, консультирование кризисных клиентов предполагает оптимизацию поиска новых смыслов существования, осознание реальных перспектив. Сложность такой работы состоит в том, что длительное пребывание клиента в условиях клиники провоцирует состояние психической депривации.

Ключевые слова: психическое здоровье, психологическая помощь, психологическое консультирование, контракт, диагностическая беседа, реабилитация, релаксация, депривация, экзистенция, смысл существования.

Постановка проблеми. Дослідники часто пов'язують онкологічні захворювання з посиленням впливу стресу (Holmes and Rahe, 1967). Однак численні експериментальні дослідження так і не змогли знайти прямі підтвердження даної гіпотези. Можливо, важливішими є не самі стресові ситуації, а *реакції* людини на них, однак в побутовій психології продовжує превалювати думка про зв'язок між важкою хворобою і психологічними переживаннями – втрати, кризи, горя.

Прийнято вважати, що втрата життєво важливих позицій чи значущих людей значно послаблює імунну систему і загальний опір організму, що сприяє проникненню хвороби. Одне з найбільш драматичних запитань, на які хворий має знайти відповідь, стосується з'ясування причин власного захворювання: чому це сталося саме зі мною і саме тепер?

Мета нашої роботи – збереження психічного здоров'я клієнта, упередження нейротичних зрушень, емоційного вигорання. Одне з завдань – дослідити оптимальну структуру та специфіку побудови консультативного процесу з онкохворим. На нашу думку, взаємодія психолога та клієнта, перш за все, визначається запитом та станом клієнта. Якщо основне завдання зустрічі з консультантом – прийняття важливого рішення (наприклад, продовжити або припинити лікування за певним протоколом), то структура будується за звичайною схемою роботи з психосоматичними клієнтами [7]. Наголошуємо на важливості встановлення довірчих стосунків, автентичності психолога, умінні гнучко реагувати на нестандартну ситуацію.

Виклад основного матеріалу. Зосередимо увагу на *змісті роботи* психолога з онкохворими.

Першим етапом психологічної допомоги в умовах онкологічного стаціонарного відділення може стати *діагностична бесіда* з хворим, яка визначається станом хворого, його віком, специфікою стаціонарного відділення. Встановивши психологічний контакт (психотерапевтичний альянс), психолог і хворий спілкуються :

- про сприйняття клієнтом найважливіших подій життя за останній рік;
- про усвідомлення пацієнтом всієї складності ситуації, пов'язаної з онкологічним захворюванням;
- про те, як хворий бачить перспективи свого подальшого життя;

– з'ясовуються особистісне ставлення хворого та його оцінку впливу тих чи інших обставин на здоров'я, психічний стан, працездатність.

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

Жінка 44 років (вища освіта, заміжня, має доньку) звернулася до психолога з проханням допомогти прийняти рішення щодо операції. Вона не могла прийняти діагноз “рак грудної залози”, оскільки це було пов'язано з операцією та страхом втрати фізичної привабливості. Однак відкритими усвідомленими аргументами стали: “я ще хочу народжувати дитину”, “я не зможу добудувати будинок, бо операція надто дорога”. Під час розмови клієнтка час від часу телефонувала чоловікові, заспокоюючи його або висловлюючи якісь дрібні прохання (підсвідомо вона боялась втратити довірчі стосунки та фізичний контакт з чоловіком). Після встановлення теплої атмосфери довіри, демонстрування обізнаності з даною проблемою (це має бути досвідчений фахівець немолодого віку) психолог спонукає клієнтку до розповіді про своє життя, оптимізуючи природний прояв емоцій.

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. (“*Деякий час тобі (вам) може знадобитись допомога психолога. Я буду допомагати адаптуватись до нових умов, переживати наслідки прийому ліків. Очікую, що ви приймете допомогу, будете відкрито розповідати про свої труднощі та почуття. Ми разом зможемо обговорити будь-яку ситуацію і прийняти рішення*”).

Варто встановити: чи зафіксував пацієнт свою реакцію на поставлений діагноз, чи пов'язує захворювання з якимись подіями та життєвими ситуаціями.

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. Гештальт-техніки, психодраматичні вправи допоможуть пацієнту вивільнити

прихований біль і сльози, дозволяючи відкрито проявляти емоції і ставлення, переживаючи давню ситуацію в “зверхреальності”[3].

У цей період хворий переживає активну сферу лікування. Більшість часу він вимушений приймати мегадозову хіміотерапію, здавати аналізи, проходити крапельниці. Такі процедури вимагають напруження, сили волі. Особливо це важко переживають діти, для яких природним є рух, бурхливе вираження емоцій, нестримність. Тому важливо паралельно проводити з хворими релаксаційні вправи. Коли пацієнт досягає певного розслаблення, йому, наприклад, пропонують *подумки уявити потік червоних клітин крові, їх рух, потім візуалізувати роботу лейкоцитів, продумати їх захисну функцію (як вони знаходять та знищують шкідливі для організму віруси, мікроби, злаякісні клітини та знищують їх)*.

Якщо це роблять діти, то можна використати персонажі з відомих мультиплікаційних фільмів чи казок. Для дітей молодшого та середнього шкільного віку завдання можна видозмінити – запропонувати намалювати боротьбу здорових та хворих клітин (в символічному плані), налаштувати їх на перемогу. Можна запропонувати розіграти окремі сценки: *здорові клітини ганяються за шкідливими, наздоганяють їх та убивають або виводять геть за двері*. Можна запропонувати провести спеціальну бесіду: клієнту пропонують поговорити про свої переживання (дітям – намалювати свої емоції, події, що відбулись).

Для дорослих онкологічних хворих спектр психологічних технологій значно ширший – від глибинних аналітичних процедур (витягування на світ свідомості “айсбергів” підсвідомих драматичних подій, неусвідомлених страхів, давніх тривог) – до простого складання щоденних планів, фіксації реалістичних думок чи формування адекватних поведінкових актів. Вибір техніки роботи консультанта залежить від методологічної орієнтації консультанта, його досвіду, професійної підготовки, з одного боку, і ситуації, що склалася, та індивідуальних особливостей клієнта – з іншого. Головне, щоб поряд був значущий авторитетний Дорослий, котрий би дозволяв хворому проявляти себе в різних Его-станах, здійснюючи підтримуючу та оптимізуючу функцію [2].

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. (Franckel, 1959). Найчастіше, зіткнувшись з реальною загрозою смерті, пацієнт вирішує боротись за життя будь-якою ціною. Робота психолога має полягати якраз в переконанні того, що жити далі

по-старому просто неможливо і сформуванню установку на новий стиль і нові смислові орієнтири. 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.

Таку роботу можна схарактеризувати як формування смислоутворюючих мотивів (пізнавальних, соціальних) та *постановка близьких і далеких перспектив*. Варто зупинитись на найбільш перспективному та найменш представленому в спеціальній літературі езистенційному підході (Р.Мей, І.Ялом), що доречно вписується у профіль допомоги тривожному, “загнаному у куток” кризовому клієнту.

Екзистенційна криза так званих “неконструктивних” клієнтів часто пов'язана з важким переживанням *ізоляції*, страхом *смерті*, неготовністю до втрати *свободи* – руху, вибору, контактів. Це викликає неспокій, посилює напруженість, викликану страшним діагнозом та болючими процедурами У ситуації важкої життєвої кризи хворі можуть піти відносно конструктивним шляхом (пошуки виходу із ситуації, усвідомлення своїх можливостей, налаштування на випробування, конформізм). Це відбувається у ситуації готовності до переживання тяжких станів, часто – з допомогою релігійних товариств. Це трапляється з глибоко релігійними хворими, які переконані, що важка хвороба – це випробування або покарання, яке треба витримати. У таких клієнтів можна спостерігати покірність, постійне звернення до Бога, почуття провини та власної приреченості. Вони дисципліновані, не проявляють агресії, часто моляться.

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.

На цьому етапі добре себе зарекомендували аутогенні тренування, візуалізація, казкотерапія (для дітей та дорослих), обговорення психологічних історій, посилення на власний досвід (викликає особливу довіру, створює *терапевтичний альянс*) [2; 7].

Для дорослих психологи пропонують використовувати символдраматичні техніки. Зокрема, жінкам з раком молочної залози пропонують *візуалізувати “поведінку пухлини”*, її реакцію на променеви та гормональну терапію. *Хворі уявляють величезний екран, який перешкоджає поширюватись пухлині*. Ресурсний мотив

онкохворим може дати робота з образом “джерела”, оптимізувати мотивацію досягнень – символічна робота з образом “гори” [8].

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). Для осіб, які не вірять у своє цілковите видужання, доречною є робота, показана для осіб з ПТСР, детально описана в літературі [4].

У нашій практиці ми часто використовуємо техніки та прийоми *глибинної психокорекції*, спрямовані на актуалізацію та нівелювання тенденції до психологічної смерті людини (Т. Яценко, 2008). Зокрема, робота з символічними та метафоричними образами (наприклад, “Казка про власне життя”) дає стимул до самопізнання, виявлення логіки несвідомого, дозволяє структурувати життя “протагоніста” (клієнта) з позиції зовнішнього спостерігача, побачити свої приховані особливості [10].

Особливого значення на всіх етапах роботи ми надаємо формуванню здатності пацієнта до *релаксації*. Для цього пропонуємо хворим нескладні вправи (10 – 15хв), які нескладно виконувати протягом дня у зручний для них час. Найкраще, коли вправи на релаксацію виконуються відразу після пробудження, до і після обіду, перед сном. Звичайно, найкраще це робити разом з близькими (хоча б один раз в день), яким також вкрай необхідне відновлення втрачених енергетичних ресурсів. В клінічній практиці існує багато підходів до здійснення релаксаційної роботи. Один з найбільш відомих і апробованих – метод, за яким хворі послідовно напружують, а потім послаблюють м'язи (Jakobson, 1938).

Результатом лікування має бути готовність до повного видужання. Клієнт описує психологу свій стан і свій вигляд після лікування – стан щасливої і здорової людини. Психологічний аналіз змін особистості при деяких онкозахворюваннях показав, що в пацієнтів проявляється широкий спектр зрушень, що складають групу антено-тривожно-депресивних розладів, центральне місце в яких займає реактивна ситуаційно зумовлена депресія.

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. Тому при підборі кадрів

надається перевага клінічному психологу з відповідною базовою освітою.

Онкохворих очікує тривале і важке лікування, яке супроводжується соматичними та психічними ускладненнями, що змушують переживати негативні емоції, фізичні страждання, рухову та соціально – психологічну депривацію. Клінічний 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.

Консультативна допомога в рамках стаціонарного лікування передбачають: цикл бесід, спрямованих на подолання екзистенційної тривоги хворого, упередження чи корекцію неврозоподібних та депресивних станів, що погіршують або унеможливають процеси видужування. Поряд з класичними (описаними З.Фройдом) механізмами психологічного захисту – раціоналізацією, регресією, витісненням, запереченням – такі хворі демонструють захист за допомогою специфічних, “екзистенційних” форм активності: зображення “жертвою” обставин та долі; звинуваченням у хворобі близьке оточення, родичів; приховування симптомів хвороби, діагнозу; уникнення автономності, самостійного прийняття рішень; серійна (компульсивна) поведінка; маніпулювання іншими для самоствердження та досягнення винагородження за страждання; негативізм та агресивне поведіння; скептичне ставлення до можливості повного видужання.

Процес консультування передбачає: встановлення довірчих відкритих стосунків “консультант-клієнт”; розповідь клієнта про етапи особистісного зростання (досягнення, їх значення в житті, яким чином це відбувалось), взаємодію з оточенням; озвучення життєвих цілей та орієнтирів (до хвороби); аналіз непотрібних, малозначущих подій, вчинків, непотрібних втрат, “жертв”; усвідомлення свого реального стану, хвороби та можливих наслідків; переоцінка цінностей з огляду на нинішню ситуацію, знаходження нових орієнтирів та смислів існування; перегляд свого ставлення до хвороби, прийняття себе в цілому, пошуки форм та шляхів досягнення нових цілей. Консультант постійно наголошує:

життя не відкладається, воно продовжує дарувати нові переживання, знайомства, духовне зростання, формування нових рис характеру.

Ми рекомендуємо такі **прийоми та методи**: розкриття (ідентифікація) механізмів захисту, які використовує клієнт (з демонструванням їх незрілості, обговоренням наслідків); робота з темою “недовговічності” існування (це нормально і характерне для всіх); саморозкриття консультанта (його досвіду переживання кризових ситуацій, озвучення своїх думок у почуттів у процесі сприйняття даної ситуації); обговорення актуальних аспектів та сфер життя у даній ситуації; зіткнення клієнта з проблемою ізоляції; протистояння екзистенційній провині (аргументування, що хвороба не є наслідком вини); ідентифікація міжособистісної патології (уникнення контактів); фасилітація прийняття рішень (робота з почуттями щодо пригнічення клієнтом своїх можливостей); навчання азбуці довіри та інтимності; перейменування клієнтом власних проблем, виявлення реальних перешкод до видужання.

Консультація після виходу з лікарні передбачає продовження роботи у напрямку пошуків нових смислів існування та способів реалізації значущих життєвих цілей. За В.Франклом, прагнення смислу – це фундаментальна мотиваційна сила: люди потребують напруженого устремління до смислів, вартих їх існування, а не станів, позбавлених напруги. У випадку фрустрації смислу існування настає стан апатії, “екзистенційний вакуум” [6; 9]. Останній може призвести до ноогенного неврозу чи невротичної тріади: депресії (до самогубства), наркоманії, агресії. Такий стан може підтримуватись втратою традицій і суспільних цінностей, пригніченням власної духовності, втечею від відповідальності та невротизацією суспільства.

Етапи та методи роботи після виходу з клініки у процесі *реабілітації*:

Усвідомлення актуального психічного стану (наприклад, екзистенційного вакууму) та переформулювання проблеми; доведення клієнту, що екзистенційний відчай – скоріше досягнення, ніж невроз, це – глибина, а не поверховість.

Поглиблення екзистенційного стану. Методичні прийоми: пояснення, пропозиція “максимум” (жити так, ніби життя дароване вдруге); використання порівнянь (життя уявляється як картини, що знімаються на кіноплівку); пропонується уявити себе скульптором, який обмежений у часі.

Концентрація уваги на пошуках нового смислу життя: підведення клієнтів до усвідомлення своєї відповідальності за знаходження нових орієнтирів; вислуховування голосу свого

внутрішнього “Я” постановка та відповідь на запитання про можливі успіхи та потенціал; збільшення кількості джерел смислів існування; використання логограми (загострення конфліктних ситуацій шляхом уведення нових джерел інформації); аналіз сновидінь для виявлення пригнічених джерел духовності.

На всіх етапах роботи ми використовували *спеціальні методи*:

- парадоксальної інтенції (клієнтам з обесивно-компульсивними розладами та фобіями пропонують робити те, чого вони найбільше бояться);
- дереклексії (у ситуації компульсивної тенденції до само-спостереження): клієнтам пропонується переключити увагу зі спостереження за фобічним актом на щось інше, менш болюче;
- аналіз его-станів та життєвих сценаріїв (виокремлюються батьківські послання та накази, переглядаються власні цінності, приймаються нові рішення щодо подальшого життя).

У процесі консультування рекомендується враховувати стан клієнта, чергуючи активні методи консультування з роботою, спрямованою на релаксацію, активний відпочинок, відновлення втрачених сил, поновлення енергетичних ресурсів.

Висновки та перспективи дослідження. Основним видом роботи онкопсихолога (кризового психолога) має виступати планове надання психологічної допомоги хворим, що передбачає необхідну діагностику, розвивальні заняття (особливо творчі сюжетні ігри для дітей), проведення психологічних консультацій для батьків та медичного персоналу, підготовку реабілітаційних заходів та просвітницьку діяльність. Він має пройти спеціальну профільну підготовку.

Професійна діяльність психолога-консультанта значною мірою відрізняється від роботи лікарів та медичних сестер. Останні покликані здійснювати часто болючі маніпуляції та розпорядження, кінцевою метою яких є радикальні фізичні зміни. Психолог виконує здебільшого *підтримуючу функцію*, спрямовану на розкриття енергетичних резервів, формування оптимістичних установок, зниження психогенних стресових впливів та використання адаптаційних механізмів психіки. Це гуманістична місія, яка вимагає високої професійної культури, альтруїстичних і оптимістичних установок, здатності до прийняття несподіваних рішень, а також глибокої віри в доцільність і значущість психологічної допомоги.

Наступні наші дослідження будуть стосуватись психологічної допомоги клієнтам, котрі перебувають у стані тривалої емоційної депривації.

Список використаних джерел

1. Берн Э. Введение в психиатрию и психоанализ для непосвященных: Пер. с англ. /Э.Берн. – Симферополь: Реноме, 1998 – 496 с.
2. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично-хворим: навч. посіб. для студ. вищих навч. закладів / С.Д.Максименко, Н.Ф.Шевченко. – К.: Ніжин Міланік, 2007. – 115 с.
3. Психодрама – вдохновение и техника /Под ред. П.Холмса и М.Карп; Пер. с англ. В.Мершавки и Г.Ченцовой. – М.: Класс, 1997. – 288 с.
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В.Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
5. Фрейд З. Введение в психоанализ. Лекции /З.Фрейд. – СПб.: Питер, 2002. – 384 с.
6. Франкл В. Человек в поисках смысла /В.Франкл. – М.: Прогресс, 1990. – 308 с.
7. Хомич Г.О. Основи психологічного консультування: навч. посіб. /Г.О Хомич., Р.М Ткач – К.: МАУП, 2004. – 152 с.
8. Шевченко Н.Ф. Врачевание словом. Опыт использования метода символдрамы в лечении онкологических больных / Н.Ф.Шевченко //Журнал практического психолога. – 1999. – № 1. – С.113-121.
9. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия /И.Ялом. – М.: Класс, 1999. – 312 с.
10. Яценко Т.С. Глибинна психологія: діагностика та корекція тенденції до психологічної смерті /Т.С.Яценко, О.В.Глузман, І.В.Калашник. – Ялта: РВВ КГУ, 2008. – 204 с.

The article presents the author's vision to provide psychological support to cancer patients in the counseling process: the specificity of response to the disease, describes the technological aspects of preservation of mental health patients during their stay in hospital and in rehabilitation. According to the author, crisis counseling clients involves optimizing the search of new meanings of existence, the awareness of real prospects. The complexity of this work is that a long stay in a clinic client triggers state of mental deprivation.

Key words: mental health, psychological counseling, psychological counseling, contract, diagnostic interview, rehabilitation, relaxation, deprivation, existence, the raison d'etre.

Отримано: 17.02.2011