

Плескач Б.В. Соціокультурні чинники формування вітчизняної традиції психологічної допомоги онкологічним хворим / Б.В. Плескач // Актуальні проблеми психології. Том.3.: Консультативна психологія і психотерапія. Вип. 7. – Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України; Видавець ПП Лисенко М.М. , 2010. – С. 66 - 78.

-66-

Плескач Б.В.,

Інститут психології

ім. Г.С. Костюка НАПН України

Соціокультурні чинники вітчизняної традиції психологічної
Допомоги онкологічним хворим

В статті здійснено порівняння соматопсихічної, психосоматичної та орієнтованої на особистість традицій психологічної допомоги онкологічним пацієнтам.

Сформульована гіпотеза про вплив соціокультурних факторів на методологію та вітчизняну практику надання допомоги хворим. Серед цих факторів: ідеологія суспільства; особливості виховання та сімейні історії; культурні настанови стосовно ставлення до старших, біди, роботи; фінансування зі сторони держави.

Ключові слова: соматопсихічна традиція, психосоматика, орієнтація на особистість, соціокультурні фактори.

Постановка проблеми.

Останнім часом відмічається тенденція гуманізації медицини, що проявляється у збільшенні випадків звернення за психологічною допомогою при переживанні тяжких захворювань, в тому числі онкологічних [8]. На законодавчому рівні це відображається у введенні в штат лікувальних закладів посад «лікар-психотерапевт» та «лікар-психолог». Так, згідно наказу МОЗ України №33 від 23.02.2000 року в онкологічних диспансерах передбачається одна посада лікаря-психотерапевта на 400 ліжок, а в службі хоспісу - одна посада лікаря-психолога/психотерапевта на 25 ліжок. Тому актуальною є проблема методологічного та методичного забезпечення психологічної допомоги

онкологічним хворим, набуття практичних навиків роботи серед професіоналів, які здійснюють допомогу.

В розумінні задач психологічної допомоги онкологічним хворим можна виділити певні традиції, що склались як на теренах колишнього СРСР (соматопсихічна парадигма - орієнтація на симптом, відхилення), так і в країнах Західної Європи та США (психосоматична парадигма – пошук психологічних та соціальних факторів, які впливають на початок захворювання та його перебіг). Окремо можливо вирізнити новітній підхід, який полягає в орієнтації на допомогу особистості онкологічного хворого.

В сучасних вітчизняних публікаціях, які присвячені проблемам психологічної допомоги онкологічним хворим, можна виділити три

-66-

-67-

основні тенденції. Перша проявляє себе в прямому запозиченні розробленої на Заході психосоматичної методології психологічної допомоги та адаптації її до проблем онкологічних хворих. Прикладом такої тенденції може бути публікація Луценко О.Г., Балабуха О.С. [7]. Автори виходять з припущення Менегетті А., що причиною онкологічного захворювання є потяг до смерті, який був задіяний в результаті сильної емоційної прив'язаності до втраченої людини. Свою роботу вони ілюструють випадком, в якому клієнт нарешті «дає дозвіл собі жити» та знаходить новий смисл життя. Друга тенденція проявляє себе в доповненні вітчизняної традиції розробленими за кордоном методами діагностики чи психотерапії. Наприклад, Васильєва А.О. [3] виходить з соматопсихічної традиції і ставить наступні завдання: проведення діагностики рівня дистресу (виявлення психічних порушень), проведення психологічних втручань з метою зменшення відхилень та психосоціальної адаптації хворого. Проте, допускає можливість використання деяких психосоматичних технологій роботи, наприклад, візуалізацій з метою активізації імунної системи. Антоненко М.М. [1] виходить з діяльно-особистісного підходу, досліджуючи порушення у мотиваційній сфері онкологічних хворих. Але автор пропонує групову терапію, явно запозичений метод, з метою корекції фіксації

на цінності «здоров'я». І, нарешті, третя тенденція проявляє себе в інтеграції вітчизняної та західної традицій навколо ідей турботи про особистість важко хворого. Прикладом може бути навчальний посібник, створений Максименко С.Д. та Шевченко Н.Ф. [8]. В цій праці вчені акцентують увагу на необхідності корекції певних цілей-мішеней, що визначаються фактом захворювання та проведенням складного лікування, а також роблять пріоритетом відновлення сенсу життя та особистісне зростання в результаті проходження через життєву кризу.

На сьогоднішній день домінуючою вітчизняною тенденцією допомоги онкологічним хворим можна вважати орієнтацію на симптом, його корекцію, виконання професіоналом певних завдань, що постають на кожному етапі лікування хворого. Це твердження можна довести тим, що в обов'язки лікаря-психотерапевта (згідно наказу МОЗ України № 199 від 15.04.2008 року), який має працювати в онкологічному диспансері, входять: діагностика, лікування, профілактика, реабілітація розладів психіки і поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний. Можна допустити, що уповільнення у використанні найбільш нових, особистісно-орієнтованих, методів допомоги онкологічним хворим відбувається в зв'язку з певними соціокультурними факторами, характерними для нашої країни.

Мета статті полягає у порівняльному теоретичному аналізі методологічних підходів допомоги онкологічним хворим, що склались на

-67-

-68-

території колишнього СРСР та в країнах Заходу (США) з метою виділення соціокультурних факторів, які визначали вітчизняну традицію допомоги.

Результати теоретичного аналізу проблеми.

Передусім слід дати загальну характеристику традиціям або парадигмам психологічної допомоги, порівняння яких є завданням дослідження.

Соматопсихічна парадигма. Описуючи вітчизняну традицію психологічної допомоги онкологічним хворим, Шевченко Н.Ф. [13] узагальнює її як

соматопсихічний напрямок. Його базис був закладений в працях видатних психіатрів Корсакова С.С., Ганнушкіна П.Б., Гіляровського В.А., Краснушкіна Є.К. Як видно з аналізу літератури, проблема надання психологічної допомоги онкологічним хворим знаходилась в компетенції психіатрів. Проблеми пацієнтів були описані як різні за своєю інтенсивністю психогенні реакції, викликані несприятливою для подальшого життя інформацією. Як приклад цього підходу можна навести публікацію Саф'янова М.Г. [11]. Інший вітчизняний підхід, який був узагальнений Максименко С.Д. та Шевченко Н.Ф. [8] як діяльно-особистісний, виник в результаті потреб реабілітації онкологічних хворих. В ряді досліджень були помічені зміни в системі мотивів, цінностей хворого, його «образу Я», які негативно впливають на стосунки з оточуючими та трудову діяльність після проходження лікування [11, 5]. Герасименко В.Н. та співавт. [5] описують подібну деформацію особистості як процес, наслідком якого ціль збереження життя стає головним мотивом, а колишні мотиви втрачають свою цінність і стають конкретними цілями для досягнення збереження життя. Наприклад, працювати для того, щоб були гроші на лікування; друзі для матеріальної підтримки; родина для того, щоб отримати піклування.

Наукові розробки допомоги онкологічним хворим були узагальнені в методичних рекомендаціях під редакцією Бажина Є.Ф. [2]. Основною проблемою під час стаціонарного лікування вважається інтенсивна психогенна реакція, оскільки вона пов'язана з підвищеним ризиком ускладнень, повільним одужанням, деструкцією особистості та неможливістю повернення до трудового життя. В рекомендаціях описана залежність між преморбідними особистісними рисами та розвитком психогенних реакцій, а також зв'язок між особистісними рисами та певним ставленням до хвороби, внутрішньою картиною захворювання. Так, особистості з істероїдними рисами схильні до заперечення, тривожні риси пов'язані зі змінним ставленням, шизоїдні - з частковим або неповним прийняттям, синтонні та циклотимічні риси - з реалістичним прийняттям. Найбільш вразливими вважаються особи з

тривожними рисами, оскільки вони схильні бачити найгіршу перспективу та, як правило, мають виражену психогенію. Підкреслюється, що психотерапевтичний вплив не повинен знаходитись у протиріччі з особистісними особливостями хворих і в певному значенні має їх доповнювати/компенсувати. Так, з шизотимними пацієнтами рекомендують проводити раціональну психотерапію, ставитись з повагою до їхнього уявлення про хворобу. Істероїдним та синтонним хворим рекомендується відволікаюча психотерапія (арт-, трудо- музикотерапія). Особам із збудливими рисами рекомендують давати незначні обов'язки для того, щоб вони мали змогу контролювати свій процес лікування. Тривожним особистостям рекомендують давати дуже чіткі та точні інструкції, без зайвих коливань.

До кожного етапу лікування (діагностичний, початок госпіталізації, передопераційний, післяопераційний, підготовка до виписки, катамнестичний) визначені завдання психологічної роботи. На діагностичному етапі це робота з емоційним стресом (викликаним повідомленням діагнозу), формування активного ставлення до хвороби, допомога у пристосуванні. На початку госпіталізації – сприяння у встановленні адекватної внутрішньої картини захворювання. На передопераційному етапі психолог має нівелювати гострі психогенні реакції особистості. Підготовка до виписки та катамнестичний етапи потребують проведення реабілітації, корекції патологічних змін в ціннісно-мотиваційній сфері особистості.

Психосоматична парадигма. В США після публікації Alexander F. психосоматичної теорії намітилась тенденція розглядати онкологічні захворювання як психосоматичні. Особливо це стосувалось онкогематологічних захворювань, патогенез яких медицина того часу не могла а ні пояснити, а ні ефективно лікувати. Так, Greene W.A. [35] зробив ряд психоаналітичних припущень стосовно жінок, які були хворі на лейкемію. За його даними захворюванню передують психологічні травми (втрата значимих об'єктів або цілей життя); однак хворі живуть довше (в середньому на два роки), якщо мають об'єкт ідентифікації, на який здійснюється проекція їх значень та емоцій, і по відношенню до яких вони можуть проявляти

турботу як до самих себе. Дослідник також формулює психоаналітичну інтерпретацію онкогематологічних хвороб. За його думкою, втрата об'єкта ідентифікації є настільки нестерпною для особи, що на рівні особистості майбутні пацієнти лише раціонально визнають втрату і виявляють нездатність пережити на психологічному рівні процес власної безпомічності; на рівні організму – імунна система сприймає втрату як ворожий агент (оскільки втрата об'єкту сприймається як втрата себе і вимагає знищення), що викликає її перевантаження та хворобу.

-69-

-70-

Інший підхід був розвинений в працях Temoshok L. [15], яка узагальнила всі відомі дослідження в області психоонкології та запропонувала виділяти особистісний профіль «С» (cancer) як набір рис, що визначають схильність до онкологічної патології. До нього були віднесені такі особистісні риси, як заборона на вираження почуттів, намагання бути ввічливим, справити добре враження, визнання авторитету. Людина з цими рисами є соціально-бажаною та приємною, що дається їй ціною сильного психологічного дистресу, який врешті-решт закінчується хворобою.

В західних країнах була проведена значна кількість досліджень з метою вивчення взаємозв'язку між психологічними і соціальними факторами та схильністю до онкологічної хвороби й особливостями її перебігу. Зокрема, вивчалися стрес (фізичний, соціальний, психологічний), депресія, утримання від вираження емоційної відповіді, стратегії подолання онкологічного захворювання, соціальна підтримка тощо [9].

Яскравим прикладом психологічної допомоги онкологічним хворим у психоматичній парадигмі є програма, яку створила подружня пара Carl та Stephanie Simonton [10]. На основі доступних в літературі досліджень ними були виділені психологічні фактори, пов'язані з онкологічною патологією, та розроблені психологічні техніки, спрямовані на їх корекцію. Одна з таких технік націлена на активізацію роботи імунітету за допомогою візуалізації того, як імунна система атакує пухлину. Carl та Stephanie Simonton припускають, що досягнення ряду

психологічних параметрів, як: емоційна експресія, активна реакція на неприємні події, емоційна відкритість та щирість у спілкуванні, здатність висловлювати свої справжні потреби, довгострокові цілі життя, можуть відновити роботу імунної системи та наблизити одужання.

Парадигма, орієнтована на допомогу особистості. Останнім часом в країнах Заходу намітилась абсолютно нова тенденція, яка полягає в турботі по відношенню до особистості хворого. Це стосується надання паліативної допомоги і поступово поширюється на сферу психологічної роботи з онкологічними хворими. Гнезділов А.В. [6] відмічає, що після досліджень, котрі були присвячені досвіду клінічної смерті, та експериментів Грофа С. істотно змінилося бачення життя й смерті та пріоритети лікування термінальних хворих. Вчений дотримується думки, що духовне чи психологічне існування людини, безсумнівно, має більший пріоритет над біологічним. Тому, коли хворобу неможливо вилікувати, вступає в силу паліативна медицина, спрямована на зменшення болі, хворобливих симптомів, вирішення духовних питань. Гнезділов А.В. пише: «Годами мы привыкали к борьбе за жизнь пациента до последнего вздоха. Но, насколько гуманен этот

-70-

-71-

подход к умирающему? Насколько наши усилия не превращают его жизнь в затянувшуюся агонию?» [6, с. 20].

Wess M. J. [16], працюючи в хоспісі капеланом, використовував холічний підхід до горювання своїх пацієнтів. Смысл підходу в тому, що страждання пацієнтів зменшуються після того, як вони зможуть прийняти певні речі (власну смерть, вічне розставання з близькими тощо) та пройдуть через процес горювання. Наприклад, один помираючий пацієнт (рак легенів) страждав сильними болями та був дуже злий на всіх оточуючих. Wess M. J. виявив, що медичний персонал хоспісу намагався займатись перевихованням пацієнта, забороняючи йому палити. В цьому також виражалось воля медичного персоналу підтримувати максимально довго життя пацієнта та неприйняття його особистості. Кроком до встановлення контакту між капеланом та пацієнтом було те, що Wess M. J. дозволив хворому палити,

оскільки для нього був більш важливим внутрішній світ хворого та його переживання, ніж звички. Такий підхід дозволив хворому стати більше відкритим та розслабленим, зменшилась агресивність. Він зміг розповісти капелану про свої переживання з приводу запущеної стадії раку легенів; це вказувало на процес горювання, який має принести полегшення пацієнту.

Володін Б.Ю. [4] відмічає, що деякі автори рекомендують в лікуванні онкологічних хворих керуватись не стільки можливістю продовжити життя, стільки поліпшенням його якості. Шаверен Дж. [12] описує роботу з хворим на рак легенів протягом декількох років до моменту його смерті. Працюючи в стандартній техніці юнгіанського психоаналізу, Шаверен Дж. не намагалась вплинути на перебіг захворювання чи лікування. Проте, в повній мірі розділила із своїм клієнтом всі думки, переживання та страждання (була свідком його життя), створила надійні та сповнені довіри психотерапевтичні стосунки. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. бачать одне із завдань допомоги онкологічним хворим у проходженні життєвої кризи, спричиненої захворюванням, інтеграції нового унікального досвіду захворювання для осмислення і переосмислення якості, смислу і мети людського життя, призначення і можливостей людини у світі. Для цього рекомендується максимально уникнути маніпулювання особистістю, спрямувати роботу на розділення переживань, зумовлених захворюванням та співчуття.

Порівняння ключових моментів у підходах надання психологічної допомоги онкологічним хворим

Відповідальність та провина. Вітчизняна традиція лікування онкологічного хворого базується на принципі оптимізму та фактично навчає хворого, як йому жити, поводитись та приймати випробування

-71-

-72-

[6]. Психологічна допомога виглядає як така, що обслуговує процес лікування, полегшуючи його психологічний травматизм. Разом з тим відбувається трансляція лікувального принципу оптимізму та надії у ефективність лікування. З порівняння

соматопсихічної та психосоматичної парадигм видно, що участь (відповідальність) особистості хворого у походженні та перебігу захворювання у вітчизняній традиції не розглядається, відповідальність за лікування цілком перекладається на лікаря, який відчуває провину в випадках, коли лікувальні зусилля неефективні. За таким ставленням стоїть певний деонтологічний принцип, який рекомендує позбавити особистість почуття провини за своє захворювання, оскільки важкі почуття ускладнюють процес лікування. В психосоматичній парадигмі певна відповідальність за перебіг захворювання надається особистості хворого. Підхід, що орієнтований на особистість клієнта, не стільки обслуговує процес лікування, скільки спрямований на те, щоб розділити критичну ситуацію з хворим (обслуговує особистість пацієнта).

Тривога смерті. У соматопсихічній та, частково, психосоматичній парадигмах демонструється неприйняття смерті, натомість цінність життя декларується як найвища. Гнезділов А.В. дуже чітко сформулював доктрину життя: «Смерть воспринимается как абсолютный враг, в исключительно негативных тонах. Жизнь на земле – единственная и самая большая ценность, никакая иная не может заменить ее ни на земле, ни на небесах» [9, с.12]. Можна припустити, що подібне ставлення у професіонала до проблеми смерті співіснує з інтенсивним психологічним захистом проти факту смертності людини. Традиція, орієнтована на допомогу особистості онкологічному хворому, спрямована на розділення його почуттів, а значить і на часткову ідентифікацію з пацієнтом, та потребує певної здатності психотерапевта витримувати тривогу власної смерті.

Позиція професіонала. Можна допустити, що в соматопсихічній та психосоматичній парадигмах спеціаліст займає більш авторитетну та віддалену позицію по відношенню до хворого, ніж в парадигмі, орієнтованій на допомогу особистості та рівноправні стосунки.

Конструкт, на який орієнтується психологічна допомога. Соматопсихічна парадигма орієнтована на психогенне порушення, симптом. Його поява вважається загрозою, потребує уваги спеціаліста до клієнта. При цьому виникнення психогенії більше пов'язується з біологічними факторами, такими як стадія онкологічного

захворювання, конституційно зумовлені риси, особливості нервової системи. Натомість, психосоматична традиція орієнтована на суб'єктивне ставлення до захворювання, певні особистісні та соціальні фактори.

-72-

-73-

Останні розглядаються як такі, що можуть впливати на початок захворювання та тривалість життя (що не властиве соматопсихічній традиції). Орієнтація на особистість, як вже зазначалось, спрямована на досвід людини та її смисли.

Особливості мислення. Соматопсихічна традиція тяжіє до закінчених, цілісних концепцій, в яких виражається класичне причинно-наслідкове мислення. В вітчизняній психології це, як правило, ідеологічно забарвлені концепції, на основі яких здійснюється інтерпретація тих чи інших порушень. Психосоматична парадигма хоча і зберігає істотні ознаки класичного мислення (вимога об'єктивності та ефективності) враховує багато факторів, більш тонко підходить до розв'язання психофізіологічної проблеми. В історії розвитку цього напрямку часто зустрічаються дедуктивні висновки (узагальнення та теоретизування на основі досвіду та спостережень дослідників), спрямованість на розв'язання практичних проблем. Оскільки об'єктом досліджень в цій традиції часто є виживання онкологічних хворих (достатньо об'єктивний критерій), можна допустити, що практична спрямованість цього напрямку зумовлена ідеями біхевіоризму та позитивізму. Традиція допомоги, яка орієнтована на особистість, не має настанови щодо впливу на фізичний стан людини, не претендує на об'єктивність, а є вираженням турботи про потреби особистості онкологічного хворого.

Трансляція цінностей. Соматопсихічна традиція, переслідуючи цінність життя, фактично транслює фаталістичну картину світу та структурує пацієнта у підлеглий залежній позиції, що особливо характерно для етапу перебування в стаціонарі.

Психосоматична традиція транслює ідеалістичні ідеї про можливість впливу суб'єкта на перебіг захворювання. Припускаємо, що це може відчуватися пацієнтом як сподівання на всемогутність власного бажання щось змінити.

Орієнтація на особистість переслідує гуманістичні цілі, надає перевагу особі над біологічним існуванням. В підході відсутній акцент на індивідуальній всемогутності, проте клієнт може відчувати підтримку його особистості, розуміння його життєвих замислів, починань, цінностей, ідей тощо.

Гіпотеза про соціокультурні фактори, які визначили відмінність між парадигмами допомоги онкологічним хворим.

Основна задача статті полягає в тому, щоб сформулювати припущення (гіпотези) про ймовірні соціокультурні фактори, які визначають особливості надання допомоги онкологічним хворим. Допускається, що соціокультурне середовище впливає на ціннісно-мотиваційну

-73-

-74-

сферу, соціально-психологічні та особистісні риси психологів. Останні визначають особливості психологічної допомоги. В подальшому планується емпірична перевірка сформульованих гіпотез.

Суспільний устрій. Розрізнення певного конструкту, на який опирається психологічна допомога, позицію професіонала та трансляцію певних цінностей можна пов'язати з особливостями суспільного устрою. Практика публічного засудження цілих напрямків гуманітарних досліджень (про які в своїй роботі, присвяченій структурі особистості, згадує Платонов К.К.) могла викликати почуття незахищеності серед вітчизняних психологів. Одним із способів, за допомогою якого психологічне дослідження або практика може захиститись від нещадної критики, є вибір беззаперечного, об'єктивного конструкту, на який би могла орієнтуватись практична робота. У вітчизняній соматопсихологічній парадигмі таким конструктом є зворотне психічне відхилення, психогенія. Тобто, в якості гіпотези допускається, що сприйняття суспільства як авторитарного, очікування критики зі сторони колег веде до схильності орієнтуватись в роботі на психічне порушення чи симптом.

На відміну від історичних умов, які склались в нашому суспільстві, в західних країнах підкреслюється роль індивідуалізму та здатності особистості самотужки досягти соціальних висот. В якості гіпотези допускається, що суспільний акцент на індивідуальних досягненнях сприяє тому, що в фокусі емпіричних досліджень і психологічної допомоги постає суб'єктивне ставлення до захворювання (психосоматична парадигма). Цей підхід виявився достатньо плідним, оскільки довів, що відсутність надії та відчуття безвиході хвороби пов'язані з поганим виживанням пацієнта; а применшення тотальності онкологічного захворювання пов'язано з добрим прогнозом.

Домінуючий у слов'янських країнах в середині ХХ століття командно-адміністративний тип керівництва фактично регулював діяльність, виходячи із сформульованих на вищому рівні задач. В якості гіпотези можна допустити, що вказаний тип керівництва повторюється в соматопсихічній парадигмі, коли на першому місці ставиться проходження лікування, а психологічна допомога обслуговує цей процес. Також, слід допустити, що професіонал, надаючи психологічну допомогу, відтворює командно-адміністративний стиль керівництва, знаходиться в позиції керівника та обирає директивний стиль роботи.

Релігія та сімейні історії. Є підстави допускати, що певні соціокультурні фактори впливають на здатність витримувати тривогу смерті. Від здатності психолога переносити в собі думку про обмеженість життя залежить, в якій мірі ним будуть зрозумілі переживання клієнта. Неможливість професіонала переносити тривогу смерті зменшує його

-74-

-75-

здатність до емпатії в роботі з онкологічним хворим, схиляє до вибору директивного стилю роботи (при якому всю відповідальність та провину відчуває спеціаліст). Можна допустити, що клієнт, відчуваючи дистанцію та нерозуміння, неможливість розділити з кимось свої роздуми та емоції, переживає фатальність. Гіпотетично припускаємо, що: 1) чим більше професіонал поділяє думку про фатальність онкологічного діагнозу, тим більша дистанція виникає в процесі роботи; 2) релігійні

вчення та вірування пом'якшують трагічність смерті, оскільки допускають віру в потойбічне життя; 3) випадки онкологічних захворювань серед родичів можуть передаватись як певні сімейні історії і виховувати страх цих хвороб.

Культурні традиції. Слід допустити, що певні культурні традиції можуть впливати на позицію професіонала та особливості його мислення. Так, у вітчизняній культурній спадщині можна знайти настанови, що застерігають від біди, небезпечних людей та вчинків. Вони, будучи засвоєними особою, можуть створювати дистанцію в практичній роботі з онкологічним хворим. Вимогливий стиль виховання і культурні настанови, що закликають прислухатись до думки оточуючих, старших за віком, бути скромним та працьовитим, можуть сприяти: 1) створенню особистісної готовності працювати в організації з командно-адміністративною структурою та брати на себе відповідальність за кінцевий результат; 2) неготовності діяти на власний розсуд (конформізм); 3) інтенсивній роботі процесів мислення в бік утворення цілісної та завершеної моделі своєї роботи. Також, в якості гіпотези можна допустити, що тип міжособистісних стосунків в батьківській родині та на робочому місці можуть впливати на когнітивний стиль. Стосунки за типом «розпорядження-виконання» схожі на причинно-наслідкове мислення. І, навпаки, толерантність до альтернативних думок, прийняття рішення на основі різнобічного бачення проблеми можна пов'язати з багатofакторними моделями пояснення.

Фінансування. Є підстави зробити припущення, що такий соціальний фактор як недостатність державного фінансування досліджень в області психоонкології гальмує емпіричні дослідження та негативно відображається на якості практичної допомоги онкологічним хворим. В Західній Європі та США дослідження ролі психологічного фактору в розвитку та перебігу онкологічних захворювань добре фінансувались, що відобразилось в великій кількості публікацій та створенні спеціалізованого психодіагностичного інструментарію. Як приклад можна навести наступні опитувальники: EORTC QLQ-C30 (шкала якості життя онкологічних хворих), SIRI (опитувальник, створений за теорією Grossarth-

Maticek R. та Eysenck H.J. і спрямований на визначення схильності до онкологічних, серцево-судинних хвороб,

-75-

-76-

асоціальної поведінки та тривоги), SECS (шкала емоційного контролю), MAC (психічна адаптація до онкологічної хвороби), PAC (шкала психологічного пристосування до раку). В країнах пострадянського простору дослідження щодо ролі психологічного фактору в області онкології не фінансувались та здійснені переважно в рамках виконання дисертаційних робіт на невеликих вибірках. В Україні ніколи не було фінансування проектів по створенню психодіагностичного інструментарію для потреб допомоги онкологічним хворим.

Як гіпотеза можливе припущення, що відсутність фінансування та заохочення досліджень в області психоонкології визначає сприйняття власних ідей як безперспективних, невартих уваги, що гальмує теоретичні та емпіричні дослідження. Відсутність методичного забезпечення, організації роботи (можливість представляти власну роботу й мати доступ до досвіду своїх колег, отримувати підтримку) може негативно впливати на діяльність психологів-практиків. Натомість, західна практика фінансування проектів на чесній конкурсній основі можуть сприяти впевненості в тому, що розумна ініціатива буде підтримана та буде простягнута рука допомоги.

Висновки.

На основі аналізу ключових моментів у трьох традиціях психологічної допомоги онкологічним хворим (соматопсихічний, психосоматичний та орієнтований на особистість напрямки) сформульовані гіпотези про вплив соціокультурного контексту на вітчизняну методологію та практику роботи. Культурні традиції, особливості виховання, суспільно-політичні процеси та ідеологія суспільства, фінансування галузі та релігійність формують певні психологічні особливості спеціалістів, які в свою чергу визначають вибір тих або інших методів роботи. Припускаємо, що в нашому суспільстві суворе виховання в

родині, традиції прислухатись до думки авторитетних людей, сприйняття суспільного устрою як авторитарного створюють базу для психологічної неготовності витримувати невизначеність, сприяють розвитку конформізму та страху покарання. В свою чергу, названі психологічні особливості визначають схильність спеціаліста шукати просту та цілісну модель роботи, займати директивну позицію по відношенню до клієнта, відчувати провину у випадках смерті клієнтів, працювати з відхиленням (а не з суб'єктивним ставленням), переживати сильну тривогу при представленні роботи іншими фахівцями. Стереотипи сприйняття онкологічного захворювання як смертельного, трагічні родинні історії сімей (в який були випадки онкологічних захворювань), культурні застережливі настанови від лиха можливо збільшують

-76-

-77-

дистанцію в роботі професіонала з онкологічним хворим, знижують його рівень емпатії, сприяють вибору директивних моделей психологічної допомоги. Недостатність фінансування знижує інтерес психологів до проведення емпіричних досліджень в області онкології, що врешті-решт гальмує розвиток надання психологічної допомоги онкологічним хворим.

В подальшому емпіричному дослідженні планується вивчення взаємозв'язку між стилем роботи психологів (які працюють з онкологічними хворими) та їх соціально-психологічними рисами, культурними установками, вимогами до освіти та фінансування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антоненко Н.Н. Социально-психологическая реабилитация онкологических больных: автореферат дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05/ Ярослав. гос. ун-т П.Г. Демидова. – Ярославль, 2007. - 24с.
2. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., Цейтина Г.П. О медико-психологической работе в онкологических учреждениях // Метод. рекомендации. Под. ред. Е.Ф. Бажина – Л. 1987. – 27с.

3. Васильева А.О. Особенности психотерапевтического подхода в комплексном лечении пациентов онкологического профиля // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2006. - №1 (16). – С. 126-131.
4. Волидин Б.Ю. Качество жизни онкологических больных: подходы к проблеме // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2007. - №2. – С.50-53.
5. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В., Тхостов А.Ш. Применение психологических методов в восстановительном лечении и реабилитации онкологических больных // Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза. Тез. респ. научн. конференции. – Каунас, Райде, 1983. – С. 142-144.
6. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. Пособие по паллиативной медицине для врачей, психологов и всех интересующихся проблемой. – СПб.: Издательство «Речь», 2002. – 162с .
7. Луценко О.Г., Балабуха О.С. Можливості сімейної психотерапії в роботі з онкологічними хворими //Медична психологія. – 2007. – Том 2, №1. – С. 38-41.
8. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: Навчальний посібник. К.: Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України; Ніжин: Міланік, 2007. – 115 с.
9. Плескач Б.В. Психологічні фактори в розвитку та перебігу онкологічного захворювання; гіпотези для психотерапії // Актуальні проблеми психології. Том.3.: Консультативна психологія і психотерапія. Вип. 6. Ніжин: Вид. ПП Лисенко М.М., 2009. – С. 241-257.
10. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. – СПб.: Питер, 2001. – 288 с.
11. Сафьянов Н.Г. Психогении у онкологических больных // Тез. научно-практ. конф. Онкологов, посвященные 30-летию образования Омского обл. онкол. диспансера. – Омск: РИО Упрполиграфиздата, 1986. – С. 91-93.

-77-

-78-

12. Шаверен Джой. Умиращий пациент в психотерапии: Желания. Сновидения. Индивидуация /Пер. с нгл.. – М.: «Когито-Центр», 2006. – 318 с.

13. Шевченко Н.Ф. Практикум із психологічної допомоги соматичним хворим: Навч. посібник. – Запоріжжя: «Інссервіс», 2003. – 52 с.
14. Шиповников Н.Б., Чулкова В.А. О социально-психологических сторонах реабилитации онкологических больных на постгоспитальном этапе // Социально-психологические исследования в психоневрологии. – Л.: изд-во Ленинградского НИИ им. В.М. Бехтерева, 1980. – С. 110 – 115.
15. Temoshok L. Personality, coping style, emotion, and cancer: toward an integrative model // Cancer Surveys, 1987. – No 6. – P. 545-567.
16. Wess M. J. Bringing hope and healing to grieving patients with cancer // Am. Osteopath. Assoc. – 2007. – Vol. 107, suppl. 7. – P. 41-47.

Социокультурные причины отечественной традиции психологической помощи онкологическим больным. Плескач Б.В.

В статье проведено сравнение соматопсихологической, психосоматической и ориентированной на личность традиций психологической помощи онкологическим пациентам. Сформулирована гипотеза о влиянии социокультурных факторов на методологию и отечественную практику оказания помощи больным. Среди этих факторов: идеология общества, особенности воспитания и семейные истории, культурные наставления относительно отношения к старшим, к беде, работе; финансирование со стороны государства.

Ключевые слова: соматопсихическая традиция, психосоматика, ориентация на личность, социокультурные факторы.

Social and cultural factors in national practice of psychological assistance for oncological patients. Pleskach B.

The article is devoted to comparison of somatopsychological, psychosomatic and personality-oriented traditions of psychological assistance for oncological patients. The hypothesis was formulated concerning influence of social and cultural factors on methodology and national practice of such help. They include the ideology of society;

peculiarities of education; family history; cultural guidelines on attitudes for elderly people, troubles, work; financial support from the state.

Keywords: somatopsychological tradition, psychosomatic, focus on personality, social and cultural factors