

С.О. ЛУКОМСЬКА

кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник лабораторії методології і теорії психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ РЕСУРСИ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Лукомська С.О. Психосоціальні ресурси онкологічних хворих. Дану статтю присвячено визначенню психосоціальних ресурсів онкологічних хворих. Проаналізовано історію становлення онкопсихології, її відмінності від психоонкології, сучасний стан онкопсихологічних досліджень. Охарактеризовано основні поняття ресурсної моделі адаптації особистості до онкології, висвітлено стадії адаптації та психологічний зміст кожного етапу лікування, акцентовано, що у випадку онкологічної хвороби мова йде не про одужання, а про короткотривалу і довготривалу ремісію, відповідно визначено психологічні особливості онкохворих у різних видах ремісії. Визначено особливості посттравматичного зростання і резилентності та види соціальної підтримки онкохворих. Окреслено компоненти психоонкологічної моделі консультативної допомоги як короткотермінового втручання, яке базується на припущенні про тривалість і виснажливність медикаментозного лікування, що вимагає від онкохворого активізації всіх його ресурсів.

Ключові слова: онкологія, психосоціальні інтервенції, психоонкологія, клінічне консультування, особистість.

Постановка проблеми та її зв'язок з важливими практичними завданнями. Згідно із Національним карцер-реєстром в Україні станом на 1 січня 2019 року на обліку перебуває 1 254 700 онкохворих, зокрема у Черкаській області 3 930, для порівняння у Київській області – 55500, у м. Київ – 95 700, в Одеській – 70 700 та Харківській області – 82 600. За даними Національного інституту раку у віковій групі 18-29 років найбільшу питому вагу мають: у чоловіків – хвороба Ходжкіна і злоякісні новоутворення яєчка; у жінок – хвороба Ходжкіна і злоякісні новоутворення шийки матки. У віці 30-74 років найбільш поширені: у чоловіків – злоякісні новоутворення легенів і шлунку; у жінок – злоякісні новоутворення молочної залози. У віковій групі понад 75 років найбільш поширений: у жінок – рак шкіри; у чоловіків – рак легенів і шкіри.

До 1950-х років онкохворі традиційно лікувалися у лікарів загальної практики. Ця патологія розглядалася фахівцями як безперспективна з точки зору вивчення її в наукових дослідженнях, а пацієнти відчували себе значною мірою нехтуваними та безнадійними, оскільки лікарі проводили з ними менше часу, ніж із хворими інших нозологій, цуралися їх, уникали спілкування, не обговорювали діагноз і прогноз. Дослідження психологічних реакцій на хворобу у пацієнтів в онкології стали вперше проводитися за кордоном в середині ХХ століття і були спрямовані на вирішення суто етичного питання – чи варто повідомляти онкологічним хворим правду про

діагноз. У 1960-ті роки психіатр Е. Кюблер-Росс висловила проти заборони обговорювати з хворими на рак прогнозований смертельний результат, рекомендувала лікарям і медсестрам не уникати спілкування з цими пацієнтами, звертати увагу на їх емоційні переживання. Дещо згодом глибший інтерес дослідників проявився до вивчення психосоціальних реакцій пацієнтів на різних етапах онкологічного захворювання. Офіційне визнання психоонкології в світі почалося в 1975 році, коли з'явилася можливість відкритого діалогу лікарів з пацієнтами про хворобу і її наслідки для подальшого життя. Це співпало із декількома соціальними змінами. По-перше, громадськість різних країн відчула впевненість в можливості лікування раку, зумовлену, головним чином, збільшенням кількості виживших, таких, що перейшли у стан ремісії, що свідчило про розвиток ефективних методів терапії. По-друге, засоби масової інформації в усьому світі істотно ширше стали висвітлювати інформацію про онкологічні захворювання, діагностику, успішні випадки лікування раку. В результаті всіх цих факторів, злоякісна патологія перестала бути прихованою, і відкрилися можливості для дослідження психологічного аспекту злоякісного процесу. Розвиток когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії та впровадження його в світову медицину в кінці 1970-х років сприяло появі нової хвилі досліджень соціально-психологічних аспектів раку. З'являлися роботи, що описують теоретичні моделі подолання стресу і копінг-механізмів, серед яких визначалися найбільш ефективні; розроблялися когнітивно-поведінкові стратегії психологічних втручань, що набули широкого поширення і підтвердили свою ефективність [1].

Одним із сучасних напрямків у розвитку теорії психологічного стресу є ресурсний підхід, пов'язаний зі здатністю людини використовувати свої особистісні якості, соціальну підтримку, можливості громади у подоланні екстремальних, стресових життєвих ситуацій. Особливо актуальною проблема ресурсів постає при важких, інвалідизуючих, загрозливих для життя хворобах, насамперед онкологічних. Окремою галуззю міждисциплінарних досліджень і клінічної практики, що сформувалася на перетині психології, онкології і соціології є психоонкологія.

Останні дослідження і публікації, виділення невирішених питань загальної проблеми, якій присвячується стаття. Перші кроки до розуміння онкології зроблено після появи якісної анестезії, що дозволила видаляти пухлини до того, як вона поширяться всім організмом, відповідно шанси на виживання онкохворих значно зростали. Опромінення стало наступним кроком у лікуванні пухлин, особливо ефективним воно було у випадку невдалої хірургічної операції, тобто у пацієнта з'являвся шанс на одужання й після неможливості видалення пухлини за допомогою скальпелю. У 1937 р. Національний інститут раку був створений як перший Національний інститут здоров'я, а у 1948 р. з'явилися перші повідомлення про тривалу ремісію гострої лейкемії та хвороби Ходжкіна, відтоді розпочалися активні пошуки ефективних хімотерапевтичних препаратів, які також давали онкохворим шанс на подальше життя.

Слід зазначити, що до ХХ-го століття діагноз «рак» вважався еквівалентом смерті, його причини були незрозумілі, а лікування – невідомим, відповідно, негуманним вважалося і використання слова «рак» у розмові з пацієнтом, звідси й виникло поняття «білої брехні» або «брехні во благо», коли родичі знаючи діагноз, не говорили його пацієнтові аби не позбавляти останньої надії на одужання. Дуже яскраво ця ситуація описана у романі Л. Толстого «Смерть Івана Ілліча» (1886 р.). Намагаючись показати будівельникам, як слід вішати гардини, Іван Ілліч впав з драбини. Це падіння стало початком його хвороби, що спочатку виражалася тупим болем в боці, а згодом переросла в те, що нині називають онкологією. Поки Іван Ілліч самотійно боровся зі своїм болем і усвідомленням, що він смертельно хворий, його сім'я і лікар брали участь у змові мовчання. Як зазначав відомий хірург А. Лідський, кожен лікар будь-якої спеціальності повинен уважно прочитати цей роман для того, щоб зрозуміти, який жах переживають хворі на рак, лишаючись сам на сам зі своєю хворобою. Пройшли роки, а ситуація не змінилася. Лікарі та родичі вважають, що краще розуміються на тому, що потрібно онкохворому і часто не повідомляють йому про всю складність ситуації і діагноз «рак» [4].

У 50-ті роки ХХ ст. вперше з'явилося поняття «інформованої згоди пацієнта на лікування», що можлива лише контексті відкритого діалогу з лікарем з приводу діагнозу та варіантів лікування. Якщо в 70-х роках ХХ ст. в США було визнано право пацієнтів знати свій діагноз, прогноз і можливості одужання, то в Україні й понині «біла брехня» є дуже поширеним явищем.

Формулювання цілей і постановка завдань статті. Метою даної статті є визначення ролі психосоціальних ресурсів у медико-психологічній роботі із онкохворими.

Виклад методики і результатів досліджень. Базуючись на результатах наукових досліджень [3], [5], [6] й на власних спостереженнях ми виділяємо наступні стадії адаптації людини до онкологічної хвороби.

1. Психотравматичний шок. Зумовлений отриманням інформації про наявність захворювання. Відбувається втрата почуття безпеки, пацієнт знаходиться в стані розгубленості, відчаю, паніки, виникає відчуття безвиході, глухого кута, людина не може адекватно сприймати ні слова лікаря, ні реальність навколо себе. Основна емоція – сильний, паралізуючий страх. *Функцією даної стадії є психологічний захист від стресу.* Бажано, щоб у момент оголошення діагнозу з хворим був хтось поруч, принаймні чекав його в коридорі, соціальна підтримка у цей момент людині життєво необхідна.

2. Заперечення. Запускаються психологічні захисні механізми, що знижують травматизацію від отриманої інформації про наявність захворювання, хвороба або цілком заперечується, або заперечується зляканий характер новоутворення. Зовні людина здається спокійною, зосередженою, однак віддає перевагу численним консультаціям з лікарями в надії почути, що онкології в неї немає, звертається до знахарок, екстрасенсів,

священників, парапсихологів, лікується содою, чистотілом, чагою, схильна пов'язувати свій стан із психосоматикою, сподіваючись, що вилікується без медикаментозних і, особливо, без хірургічних втручань. *Функцією даної стадії є адаптація до діагнозу, пошук альтернатив лікування. Анозогнозичне ставлення до хвороби.*

3. *Агресія.* Пацієнт визнає серйозність ситуації, шукає причини хвороби, нерідко – звинувачує оточуючих і життєві обставини у її виникненні, але значно частіше – сприймає онкологію як покарання (за гріхи, спосіб життя тощо). Типовими реакціями онкохворих на даному етапі є «мене зараз дратує абсолютно все», «я зриваюсь на дітях, дружині», «я винен в тому, що захворів і маю нести за це покарання». Онкохворий агресивно реагує на типові слова «заспокойся, все буде добре, зберись», тому тут дуже важливо дати людині виговоритись, слухати і чути її. Особливо дратує онкопацієнтів, коли здорова людина говорить їм «як я тебе розумію». Насправді, коли реакція йде зовні – це вважається нормальною реакцією, незважаючи на те, що може призводити до серйозних конфліктів і проблем у відносинах, гірше, коли людина спрямовує агресію на себе. *Функцією даної стадії є мобілізація ресурсів, активізація діяльності.* По суті, людина визнає свою хворобу, але відчуваючи безсилля перед нею, страх болу, каліцтв в наслідок лікування, виражає свої переживання в агресії. На цій стадії також дуже важлива соціальна підтримка з можливістю проговорити свої страхи, сумніви.

4. *Торг або самосугестія або стадія магічного мислення.* Для цієї стадії характерні спроби «виторгувати» якомога більше часу у найрізноманітніших інстанцій: лікарів, Бога тощо. Людина схильна використовувати різні способи продовжити життя за принципом: «якщо я зроблю це, чи продовжить мені це життя?», «я згоден на все, лише тільки вилікуйте». Лікарі відмічають, що онкохворі часто витримують дуже сильні больові навантаження, не скаржачись, не панікуючи, це також є проявом фази торгу, оскільки пацієнт терпить біль, сподіваючись на одужання. На цій стадії вперше від моменту діагностування хвороби людина намагається контролювати ситуацію, відповідально приймає зважені рішення. Агресія, страх поступаються надії. На цій фазі важливо демонструвати приклади одужання пацієнтів з подібним діагнозом, спілкування за принципом «рівний рівному». *Функцією даної стадії є позитивне ставлення до процесу лікування, надія на одужання.* Важливо знайти свій власний ресурс, який стане внутрішньою опорою у лікуванні.

5. *Депресія.* Часто проявляється після виписки зі стаціонару, коли людина лишається віч-на-віч зі своїми проблемами. Зазвичай тригером, або провокуючим фактором стає фраза лікаря «я зробив все, що зміг, тепер все залежить виключно від вас». За таких умов онкохворий всі погіршення самопочуття пов'язує із власними помилками, з'являється гіперуважність до сигналів організму, бажання жити «правильно» (наприклад, відмовитися від м'ясних страв чи від хліба). При аналізі чинників ризику розвитку клінічної депресії відзначені погано контрольований больовий синдром;

психопатологічні розлади в анамнезі пацієнта, не пов'язані з онкопатологією (не менше двох депресивних епізодів, суїцидальні спроби, алкоголізм), наявність супутніх захворювань, пов'язаних з високим ризиком депресії (інсульт, інфаркт міокарда та інші), а також депресії або суїцидальні спроби в сімейному анамнезі. У випадку ж відсутності клінічної депресії відбувається переосмислення сенсу життя, адаптація до нового тіла (після операції), до певних обмежень в способі життя, зумовлених онкологією. *Функцією даної стадії є переосмислення життя, прийняття факту хвороби.*

6. Прийняття хвороби або стадія посттравматичного зростання. Зазвичай дана стадія характеризується наступною установкою пацієнта «я хворий, але хвороба мені не заважає». Однак, на мою думку вихід з онкології – це посттравматичне зростання: що нового я дізналася про себе завдяки хворобі? Чому хвороба мене навчила? В чому сенс хвороби особисто для мене? *Функцією даної стадії є посттравматичне зростання, усвідомлення позитивних змін, які відбулися завдяки онкології.*

Окрім традиційних стадій прийняття хвороби ми визначаємо ще й психологічні особливості пацієнтів на різних етапах лікування онкології.

1. Поліклічний (діагностичний) – перший контакт пацієнта з онкологами, триває до моменту госпіталізації. Найбільш психотравматичний з усіх етапів, у понад 70% пацієнтів спостерігається тривожно-депресивний синдром. Збігається зі стадією прийняття хвороби – психологічний шок. Характерні переживання: виражена тривога, відчуття безнадії, апатія, психомоторне збудження.

2. Госпітальний – перші 7 днів від моменту госпіталізації. При госпіталізації спостерігається зниження інтенсивності переживань «я не сам, є люди з таким самим діагнозом», «я в лікарні, тут мені допоможуть». Важливе значення має активна участь пацієнта в оглядах, діагностичних процедурах, насичені подіями дні перебування в стаціонарі, це дає відчуття захищеності. Тривога, на відміну від попереднього етапу, пов'язана не зі страхом смерті, а із бажанням якнайшвидше почати лікування (особливо оперативне).

3. Передопераційний – триває від моменту прийняття рішення про оперативне втручання до власне переміщення в операційний блок. Спостерігається різке підвищення інтенсивності психогенних переживань, які часто сильніші за ті, що були на діагностичному етапі. Відповідно, виникає бажання відмовитися від операції, сподівання на інші, нетравматичні способи лікування. Особливо негативно на пацієнта впливає спілкування із нещодавно прооперованими людьми, які зазнали сильних післяопераційних каліцтв і ще не усвідомлюють своїх подальших ресурсів. За нашими спостереженнями, саме у передопераційному етапі сильні ритуали, стереотипні дії, активізується магічне мислення. Переконавати пацієнта у тому, що байдуже ногами чи головою вперед його завезуть в операційну на цьому етапі неефективно, набагато кориснішими виявляються релаксаційні, візуалізаційні психотерапевтичні техніки.

4. *Післяопераційний* – час після завершення оперативного втручання до відновлення можливості обслуговувати себе. Інтенсивність негативних переживань значно знижується, пацієнти радіють вдалій операції, видаленню пухлини, поживлені, комунікабельні, оптимістично сприймають своє майбутнє. Зазначимо, що на даному етапі психічний стан пацієнтів значною мірою зумовлений заспокійливими препаратами та знеболенням, втім по мірі зниження дози медикаментів, пацієнти дедалі більше виявляють астено-невротичні симптоми, тривожаться про результати оперативного втручання та своє подальше життя.

5. *Післягоспітальний* – виписка зі стаціонару, перші 7 днів адаптації вдома. Попри відчуття полегшення від того, що людина їде додому, у неї відбувається фіксація на своїх соматичних відчуттях, виражена тривога за всі сигнали свого тіла, особливо в районі оперативного втручання. Негативні переживання посилюють ще й від усвідомлення необхідності продовжувати лікування: ставати на облік до онколога, вирішувати питання із хіміотерапією та опроміненням.

6. *Катамнестичний* – перебування пацієнта вдома, амбулаторне лікування. Даний етап характеризується прагненням до самоізоляції, негативним ставленням до звичної раніше активності, особливо пов'язаної із сильними фізичними навантаженнями та емоційними переживаннями. Особливо це позначається на стосунках в родині, часто від людини на цьому етапі можна почути «ви мене не розумієте, мені погано». Слід підкреслити й те, що ці особливості поведінки не залежать від стану соматичного здоров'я і спостерігаються навіть у випадку задовільного фізичного самопочуття. Період психосоціального переходу людини від «хворої на рак» до «людини із досвідом онкохвороби» передбачає завершення основних етапів лікування раку і зазвичай виявляється не в радості від ремісії, а у безпорадності, нерозумінні того, що чекає на неї далі. Патерналістська модель в медицині сприяє розвитку пасивності, цілковитій довіри авторитету лікаря, що по завершенні лікування зумовлює панічний страх і неможливість самотійно, без приписів лікарів, справлятися зі своїм життям (A. L. Stanton, J. H. Rowland, P. A. Ganz) [6].

Ми акцентуємо, що на катамнестичному етапі виникає виражена потреба спілкування із «собі подібними», людьми, які мають схожий онкологічний досвід. Повертаючись до історії становлення психоонкології, слід наголосити, що психологічна допомога онкохворим розпочиналась із груп взаємопідтримки, насамперед для осіб із ларингектомією (видаленою гортанню) та колостомою внаслідок травматичних операцій на кишківнику, згодом подібні групи почали створюватися і для жінок після мастектомії (зазвичай радикальної). Вважається, що психоонкологія як галузь знань виникла у 1975 р. саме завдяки активній діяльності груп самопомоги, а перший підручник із психоонкології вийшов у 1989 р. (Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer). Проаналізувавши численні наукові дослідження, ми вважаємо за необхідне розділити психоонкологію та онкопсихологію, якщо остання більше стосується

розуміння психологічних (і психіатричних) реакцій онкопацієнтів на свою хворобу, то психоонкологія акцентує на можливостях психологічної підтримки онкопацієнтів, стимулюванні їх посттравматичного зростання та резилентності. На рис. 1 зображено евристичну модель шляху онкохворої людини в ремісії.



Рис. 1 Евристична модель шляху онкохворої людини в ремісії

Психологічна допомога спрямована насамперед на підвищення якості життя пацієнта на всіх етапах лікування, у тому числі й на етапі профілактики (робота із онкофобією, з анозогнозією), діагностування, активного лікування, реабілітації, паліативу та завершення життя.

Психоонкологічна модель консультативної допомоги (РОСМ, Т. L Deshields, S. K.Nanna, 2010) – це короткотермінове втручання, яке базується на припущенні про тривалість і виснажливість медикаментозного лікування, що вимагає від онкохворого активізації всіх його ресурсів. Модель спрямована на сприяння ефективному спілкуванню між пацієнтом та лікарями; виявлення психосоціальних потреб (таких як інформаційна підтримка, допомога в поточних справах та доступі до логістичних ресурсів), акцентування на сильних якостях онкохворого, розвиток адаптивних копінгів та резилентності. У табл. 1 представлено цілі даної програми відповідно до передбачених нею конкретних втручань [2].

Таблиця 1

Цілі та інтервенції психонкологічної моделі консультативної допомоги

Інтервенції	Цілі допомоги				
	Мінімізація дистресу	Акцент на сильних якостях	Розвиток самоефективності	Розвиток адаптивних копінгів	Задоволення інформаційних потреб
Вислухати історію					
Зрозуміти ресурси					
Дати можливість пацієнту проаналізувати його досвід					
Нормалізувати стан пацієнта					
Провести психоедукацію					
Сприяти розумінню пацієнтом його ресурсів					
Допомогти пацієнту прийняти рішення					
Рекомендувати спеціальні додаткові інтервенції					

Як вже зазначалося, онкологічна хвороба є сильним стресом для людини, тому головною метою усіх видів допомоги є зменшення страждань, як соматичних, так і психологічних. В нашому суспільстві домінує стереотип, що онкологія відноситься до психосоматичних хвороб («багато ображався», «часто сердився», «жив в негативі»), відповідно, допомога часто базується на негативних аспектах досвіду пацієнта або на його обмеженнях або слабких місцях, натомість для успішного лікування наголос потрібно робити саме на сильних якостях онкохворого, його досягненнях і минулому вдалому досвіді подолання складних ситуацій. Дійсно, згідно із медичною моделлю допомоги, пацієнт вважається хворим, залежним, некомпетентним, натомість у психосоціальной моделі підкреслюється необхідність підвищення його самоефективності, як запоруки активної, усвідомленої участі в лікувально-реабілітаційному процесі. Дуже важливим моментом підвищення самоефективності онкохворого є ознайомлення та тлумачення медичної термінології, зазвичай у лікарів на це немає часу, тому психолог і соціальний працівник повинні пояснити пацієнтові основні поняття, що стосуються його

хвороби, інформувати про доступ до якісних ресурсів, у тому числі й груп самопомогі чи спільнот осіб із подібним досвідом.

Проаналізуємо інтервенції, передбачені психоонкологічною моделлю консультативної допомоги. Першою, дуже важливою процедурою є *активне слухання історії пацієнта* (не лише історії його хвороби, але і життя в цілому). Слухаючи, фахівець звертає увагу на те, що важливо для онкохворого, які сфери життя найбільше потерпають від хвороби, його він найбільше боїться і до чого прагне. Важливо *визначити наявні ресурси*, які допоможуть в адаптації до онкохвороби, особливу увагу слід приділити ресурсам соціальним: до кого пацієнт може звернутися за допомогою, чи обмежується соціальна підтримка сім'єю, і чи є сім'я джерелом соціальної підтримки, яку саме підтримку надає сім'я – матеріальну, емоційну, інформаційну, чи зміниться коло спілкування онкохворого після того, як рідні і друзі дізнаються про його діагноз, хто може потенційно надати допомогу онкохворому, як можна розширити його коло спілкування, які навички для цього йому потрібні, яким чином забезпечити доступ до усіх можливих джерел підтримки. Розвиток адаптивних копінгів відбувається шляхом усвідомлення ресурсів, підвищення самоконтролю та впевненості у прийнятті рішень, *позитивне переструктурування* сприяє розвитку ефективних копінгів і налаштовує онкохворого на подальше лікування («так, у мене рак, але...»), «завдяки хворобі я...»).

Висновки і подальші перспективи досліджень. Отже, самопомога та професійна допомога онкохворим базується на п'яти принципах: безпеки, спокою, самоефективності і колективної ефективності, залученості до спілкування і надії. Відчуття безпеки формується на індивідуальному (розвиток адаптивних копінгів і когніцій, формування безпечного фізичного простору), груповому (обговорення ресурсів подолання негативних наслідків стресів у мікрогрупах), організаційному (створення безпечного фізичного середовища для великих груп, розвиток моделей підтримки і допомоги на випадок травмуючих ситуацій) рівнях і рівні громади (організація системи охорони здоров'я і соціального захисту, яка забезпечить допомогу усім членам спільноти). Принцип спокою стосується насамперед, профілактики афективних, панічних реакцій на стреси та травмуючі ситуації, крім того, це надання можливостей для безпечного сну та відпочинку і, за потреби, фармакологічна підтримка, спрямована на подолання інсомнії. Одним із наслідків травми є відчуття своєї некомпетентності («я безсилий», «я не здатен це зробити») відповідно, існує потреба в підвищенні відчуття власної самоефективності шляхом успішного виконання спочатку нескладних завдань, а потім і складніших, що вимагають від високої відповідальності; до колективної самоефективності ми відносимо людини ефективність функціонування родини, малої групи, вона формується аналогічно із самоефективністю. Залученість до спілкування це профілактика самотності, формування відчуття соціальної підтримки, яка складається із емоційної близькості, мережі соціальних зв'язків, фізичної та матеріальної підтримки. Принцип надії полягає насамперед у формуванні оптимізму як адаптивного

емоційного копінгу у теорії Е. Хейма, зміні життєвих пріоритетів, усвідомленні нових можливостей і сили власної особистості. У випадку організованої та самодопомоги за окресленими принципами, у онкохворого формуються кореляти адаптації.

Список використаних джерел

1. Демин Е.В. Психоонкология: становление и перспективы развития / Е.В. Демин, А.В. Гнездилов, В.А. Чулкова // Вопросы онкологии. – 2011. – №1. – С.86-91
2. Deshields T. L. Providing care for the “whole patient” in the cancer setting: The psycho-oncology consultation model of patient care / T. L. Deshields, S. K. Nanna // Journal of clinical psychology in medical settings. – 2010. – Vol. 17(3). – P. 249-257
3. Hagopian G. A. Cognitive strategies used in adapting to a cancer diagnosis / G. A. Hagopian // Oncology Nursing Forum. – 1993. – Vol. 20 (5). – P. 759-763.
4. Holland J. C. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers / J. C. Holland // Psychosomatic medicine. – 2002. – Vol. 64(2). – P. 206-221
5. Kiecolt-Glaser J. K. Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer / J. K. Kiecolt-Glaser, T. F. Robles, K. L. Heffner // Annals of Oncology. – 2002. – Vol. 13(suppl 4). – P. 165-169.
6. Stanton A. L. Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: Contributions from psychosocial oncology research / A. L. Stanton, J. H. Rowland, P. A. Ganz // American Psychologist. – 2015. – Vol. 70(2). – P. 159-174.

References transliterated

1. Demin E.V., Gnezdilov A.V., Chulkova V.A. (2011) *Psiihoonkologiya: stanovlenie i perspektivyi razvitiya* [Psycho-oncology: formation and development prospects]. *Voprosyi onkologii* [Questions of oncology]. N. 1. P. 86–91 (in Russian)
2. Deshields, T. L., & Nanna, S. K. (2010). Providing care for the “whole patient” in the cancer setting: The psycho-oncology consultation model of patient care. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 17(3), 249-257.
3. Hagopian, G. A. (1993). Cognitive strategies used in adapting to a cancer diagnosis. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 20, No. 5, pp. 759-763).
4. Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 206-221.
5. Kiecolt-Glaser, J. K., Robles, T. F., Heffner, K. L., Loving, T. J., & Glaser, R. (2002). Psycho-oncology and cancer: psychoneuroimmunology and cancer. *Annals of Oncology*, 13(suppl_4), 165-169.
6. Stanton, A. L., Rowland, J. H., & Ganz, P. A. (2015). Life after diagnosis and treatment of cancer in adulthood: Contributions from psychosocial oncology research. *American Psychologist*, 70(2), 159-174.

Лукомская С.А. Психосоциальные ресурсы онкологических больных. Данная статья посвящена определению психосоциальных ресурсов онкологических больных. Проанализирована история становления онкопсихологии, ее отличия от психоонкологии, современное состояние онкопсихологических исследований. Охарактеризованы основные понятия ресурсной модели адаптации личности к онкологии, освещены стадии адаптации и психологическое содержание каждого этапа лечения, акцентировано, что в случае онкологической болезни речь идет не о выздоровлении, а об кратковременной и долгосрочной ремиссии, соответственно определены психологические особенности онкобольных в различных видах ремиссии. Определены особенности посттравматического роста, резилентности и виды социальной поддержки онкобольных. Сформулированы компоненты психоонкологической модели консультативной помощи как краткосрочного вмешательства, базирующегося на предположении о продолжительности и истощаемости медикаментозным лечением, требующим от онкобольного активизации всех его ресурсов.

Ключевые слова: онкология, психосоциальные интервенции, психоонкология, клиническое консультирование, личность.

Lukomska S.O. Cancer patients psychosocial resources. This article is devoted to determining the psychosocial resources of cancer patients. The history of formation of oncopsychology, its differences from psycho-oncology, current state of oncological and psychological researches are analyzed. The basic concepts of the resource model of adaptation of personality to oncology are described, the stages of adaptation and the psychological content of each stage of treatment are highlighted, it is emphasized that in the case of oncological illness it is not about recovery, but about short and long-term remission, respectively, the psychological peculiarities of different types of cancer. The features of post-traumatic growth and resistance and the types of social support for cancer patients are identified. The components of the psycho-oncological model of counseling help as a short-term intervention, based on the assumption of the duration and exhaustion of drug treatment, which requires the activation of all its resources, are outlined.

Keywords: cancer, psychosocial interventions, psychooncology, clinical consultation, personality.