



СЕКЦІЯ 5. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.942:616-006

DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-17>**ТЕОРЕТИЧНІ ТА ЕМПІРИЧНІ МОДЕЛІ ПОДОЛАННЯ ВИСОКОГО РІВНЯ СТРАХУ РЕЦИДИВУ В ОНКООДУЖУЮЧИХ****Лисник Катерина Анатоліївна,**
аспірант факультету психології*Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України*

kl0682311520@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8196-6696>

У статті відображено результати огляду іноземних наукових видань стосовно теми страху рецидиву раку в онкопацієнтів із метою виявлення теоретичних моделей, що описують когнітивні та емоційні складники причин виникнення страху рецидиву раку, з яким стикаються онкоодужуючі. Також за результатами огляду теоретично досліджено, які цілі психологічного впливу найчастіше обирають психонкологи для зниження клінічного рівня та/або подолання страху рецидиву раку відповідно до обраних теоретичних моделей. Проведено огляд та порівняння наявних апробованих практичних методів корекції психологічного стану в онкоодужуючих. **Мета** – здійснити порівняльний аналіз ефективності наявних теоретичних та емпіричних моделей подолання високого рівня страху рецидиву в онкоодужуючих. **Методи:** огляд наявних публікацій з обраної теми в іноземних наукових виданнях; класифікація наявних теоретичних моделей пояснення виникнення страху рецидиву раку; аналіз та опис когнітивних та емоційних конструктів перебігу цього психологічного явища; узагальнення ефективності апробованих практичних методів психосоціального впливу, застосованих до онкоодужуючих у різних дослідженнях із метою зниження клінічного рівня страху рецидиву раку. **Результати:** виявлено шість теоретичних моделей виникнення та перебігу страху рецидиву раку в онкоодужуючих та п'ять досліджень упровадження практичних методів корекції клінічного рівня цього страху. Всі наявні теорії і практичні методи, які дотепер запропоновані в іноземних дослідженнях, походять із когнітивно-поведінкової парадигми, стаючи з кожним роком усе більше персоналізованими, та включають соціальний складник підтримки. Деякі з них становлять практичний інтерес для психонкологів. **Висновки.** Перспективою подальших досліджень є створення, ураховуючи виявлені моделі та ефективні методи впливу, вітчизняної методики зменшення страху рецидиву в онкоодужуючих; проведення практичного дослідження ефективності цієї створеної методики в українських онкоодужуючих, оскільки страх рецидиву раку суттєво впливає на подальшу якість життя.

Ключові слова: психонкологія, когнітивна модель онкохвороби, поведінкові стратегії подолання, клінічний рівень FCR, методи психосоціальної корекції.

THEORETICAL AND EMPIRICAL MODELS OF OVERCOMING THE HIGH LEVEL OF FEAR OF CANCER RECURRENCE IN CANCER SURVIVALS**Lysnyk Kateryna Anatoliivna,**

Postgraduate Student at the Faculty of Psychology

Institute of Personnel Training of the State Employment Service of Ukraine

kl0682311520@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-8196-6696>

The article reflects the results of a review of theoretical models presented in foreign scientific journals, that are describing the cognitive and emotional components of the causes of fear of cancer recurrence – serious problem in psycho oncology, which cancer survivals are faced to and that significantly impair their quality of life. Also we investigate goals of psychological influence to reduce the clinical level and/or overcome the fear of cancer recurrence in cancer survivals and available proven practical methods of correction of their psychological state. **Purpose:** to carry out a comparative analysis of the effectiveness of existing theoretical and empirical models of overcoming the high level of fear of recurrence in cancer survivals. **Methods:** review of existing publications on the selected topic; classification of available theoretical models for explaining the fear of cancer recurrence; analysis and description of the cognitive and emotional constructs of the course of this psychological phenomenon; generalizations about the effectiveness of practical methods of psychosocial impact on cancer survivals in order to reduce the clinical level of their fear of cancer recurrence.

Results: There were identified six theoretical models of the origin and course of the fear of cancer recurrence in cancer patients and five research of the introduction of practical methods for correcting the clinical level of this fear. All existing theories and practical methods that have been proposed in foreign research so far originate from the cognitive-behavioral paradigm, but each year they become more personalized and include a social component of supporting too. Some of them are very interesting to practical psychooncologists. **Conclusions.** The prospect of further research is to create a native method of reducing the fear of cancer recurrence in cancer survivals taking into account the identified models and effective methods of influence; and conducting a practical research of the effectiveness of this method in Ukrainian cancer survivals, as the fear of cancer recurrence significantly affects their subsequent quality of life.

Key words: *psychooncology, cognitive model of cancer disease, coping strategies, clinical level of FCR, methods of psychosocial correction.*

Вступ

Страх рецидиву раку (англ. fear of cancer recurrence, FCR) – нова сфера досліджень із виживаності в онкології, що визначається як «страх або занепокоєння щодо того, що рак повернеться або буде прогресувати в тому ж органі або в іншій частині тіла». Досвід онкології дає початок невпевненості в майбутньому, виникненню страхів щодо можливого повернення хвороби, тимчасове подолання яких призводить до формування когнітивно-емоційних патернів, таких як роздуми, пильність щодо сигналів загрози, уникання чи придушення думок, створюючи порочне коло неадаптивних поведінкових стратегій. Високі рівні страху рецидиву раку (далі – FCR) призводять до низки негативних результатів, таких як дистрес і погіршення стану, знижуючи якість життя онкоодужуючих.

Важкі захворювання, особливо онкологію, зараховують до психотравмивної події, яка може спричинити психотравму. Психотравма (як ситуація/подія) – це будь-яка особисто значуща ситуація/подія, що має характер патогенного емоційного впливу на психіку людини і може (у разі недостатності захисних психологічних механізмів) зумовити психічні розлади. Психотравма (як стан) – це переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їх подолання (Основи реабілітаційної психології, 2018).

Науковці в галузі психоонкології досліджують психологічний стан онкохворих та особливості психологічного реагування на захворювання в онкохворих на різних етапах лікувального процесу. Так, було виявлено, що адаптивні типи реагування на захворювання у період повторного лікування визначалися лише у 21,3±4,1%, також у 14,2±3,5% опитуваних на цьому етапі виявлено змішано-адаптивні типи реагування (Мухаровська, 2016). Тобто після проходження первинного лікування типи з виразним порушенням особистісної та психосоціальної адаптації становили 62,8%.

У цьому огляді аналізуються наведені в сучасній науковій літературі теоретичні моделі виникнення та перебігу FCR та дослі-

дження впровадження практичних методів корекції клінічного рівня цього страху. Українські вчені розглядають етапи лікування онкологічної хвороби, але не беруть до уваги етап ремісії (одужання), на якому й виникає психологічне явище страху рецидиву раку (Лукомська, 2020; Кирилова, Кирилова, Вострокнут, 2020; Будкіна, Волинець, 2017)

Виявлення клінічно високого рівня FCR має велике значення для практиків із психоонкології, щоб вчасно ідентифікувати тих онкоодужуючих, кому необхідна психологічна підтримка для зменшення рівня страху і покращення якості життя. Для того, щоб надавати якісну психологічну підтримку, необхідно спиратись на теоретичні моделі виникнення та перебігу явища FCR, спланувати відповідно до них програму психокорекції та провести її практичне випробування. Для вибору найкращого напрямку психотерапевтичного впливу та з метою уникнення повтору використання неефективних методик вивчено досвід іноземних джерел (за відсутності вітчизняних розробок із цієї теми) та досліджено ефективність наявних концепцій для корекції FCR.

Мета дослідження – здійснити порівняльний аналіз ефективності наявних теоретичних та емпіричних моделей подолання високого рівня страху рецидиву в онкоодужуючих.

1. Теоретичне обґрунтування проблеми

Проведені дослідження стосовно страху рецидиву раку виявили, що від помірних та високих рівнів FCR (клінічний рівень страху рецидиву) страждають 49% онкологічних хворих і що клінічно високий рівень FCR має тенденцію зберігатися з часом (Crist & Grunfeld, 2013).

Страх – це психічний стан, пов'язаний із вираженою дестабілізацією психічних процесів, а також виявом астеничних реакцій, направлених на джерело реальної або уявної загрози. Щодо страху рецидиву раку загрозу можна вважати реальною. Аналіз конструктивних виникнення та перебігу FCR виявив, що значною мірою FCR спирається на когнітивні та емоційні реакції онкоодужуючих на стимули та тригери, такі як періодичне медичне обстеження чи інформація про онкологію із зовнішнього простору. Деякі з реакцій



включають особистісні чинники, такі як загальна тривожність, притаманна індивідові, чи рівень обізнаності стосовно перебігу онкологічної хвороби.

За результатами огляду іноземних наукових джерел (за відсутності вітчизняних робіт за темою страху рецидиву раку) виявлено теоретичні моделі виникнення та перебігу FCR та проведені відповідно до них дослідження (доказова база), опис та аналіз яких наведено нижче.

1. Модель розширеного паралельного процесу

Модель розширеного паралельного процесу Extended Parallel Process Model (EPPM) розвиває модель паралельного процесу Левенталя за рахунок включення елементів теорії захисної мотивації і моделей страху. Згідно з EPPM те, чи буде відчувати людина страх у відповідь на певну загрозу, визначається її початковою оцінкою своєї сприйнятливості до загрози і серйозності наслідків, пов'язаних із цією загрозою (тобто оцінкою можливості загрози). Якщо суб'єктивна оцінка сприйняття загрози маркується як помірна або висока, то виникає страх. Подальша когнітивна оцінка ефективності і здатності власної передбачуваної, потенційної можливості відповіді на загрозу (тобто самосприйняття можливої ефективності відповіді) визначає, чи буде людина активно протидіяти загрозі. Якщо людина розуміє, що вона може надати ефективну відповідь, страх зменшується.

Застосовність EPPM в онкології була проведена в дослідженні пацієнток із раком молочної залози на ранній стадії (McGinty, Goldenberg, Jacobsen, 2012), в якому вивчались загроза, що сприймається особою, передбачувана ефективність протидії і взаємозв'язок між ними стосовно рівня FCR. Результати показали, що оцінка загрози значно пов'язана з FCR, а оцінка виживання – несуттєво. Результати цього дослідження деякою мірою підтвердили застосовність моделі EPPM.

2. Теорія захисної мотивації – Protection Motivation Theory (PMT)

Теорія захисної мотивації (PMT) передбачає, що інформація (або стимули) ініціюють два процеси оцінки. Перший процес: оцінка загрози і оцінка виживання, на які впливають серйозність загрози і вразливість до неї, а також внутрішні та зовнішні вигоди, пов'язані з реагуванням на загрозу. Другий процес: ефективність відповіді, що сприймається особою, і передбачувана ефективність виконання цієї відповіді відповідно. Теоретично, чим вище сприймається вразливість перед загрозою (рецидивом раку), тим вище очікуваний рівень FCR.

Кілька досліджень показали, що висока суб'єктивна оцінка ризику рецидиву пов'язана

з більш високим FCR і побоюваннями щодо раку в цілому (Park et al. 2013). Однак не всі вони доказали зв'язок між сприйняттям ризику рецидиву і FCR. Таким чином, ці результати припускають, що аспект передбачуваної вразливості моделі PMT (тобто сприйняття ризику) не повністю враховує рівень FCR, оскільки оцінюється без урахування індивідуальних чинників онкоодужуючого (Fardell et al., 2016).

3. Теорія невизначеності хвороби – Theory of uncertainty in illness

Хоча невизначеність – не те ж саме, що конкретні побоювання щодо рецидиву раку, аспекти теорії невизначеності хвороби були застосовані для розуміння FCR. Відповідно до цієї теорії невизначеність генерується тоді, коли є невідповідність, випадковість, складність, непередбачуваність і брак інформації про захворювання, його лікування та пов'язані події (симптоми). Інтеграція невпевненості у своє життя, як і погляд на життя та напрям його розвитку, вважаються важливими для адаптації до онкодіагнозу. Невизначеність і невпевненість у ймовірності рецидиву раку викликається подіями, які дійсно є непередбачуваними, випадковими і пов'язаними з FCR (Eisenberg et al., 2015).

Дослідження в підтримку використання теорії невизначеності хвороби стосовно FCR проведено як пілотне дослідження когнітивно-екзистенційного групового психологічного втручання (Lebel et al., 2014), в якому пацієнти з ремісією після раку грудей або яєчників продемонстрували зниження FCR. Важливо зазначити, що зниження FCR супроводжувалося зменшенням невизначеності, однак взаємозв'язок між зміною FCR і невизначеністю не був перевірений очевидно. Тобто деякий ступінь невизначеності щодо рецидиву, ймовірно, існує для всіх онкоодужуючих, але не у всіх розвиваються клінічно значущі рівні FCR. Важливим фактором пояснення цього є індивідуальна мінливість ступеня толерантності до невизначеності. Толерантні до невизначеності, пов'язаної з ризиком рецидиву раку, навряд чи розвинули високий рівень FCR, тоді як нетерпимі до невизначеності більше потерпають від FCR.

4. Саморегуляція хвороби або модель здорового глузду – The Common Sense Model (CSM).

Модель здорового глузду (CSM) передбачає, що в разі зіткнення із загрозою власному здоров'ю активується уявлення людини про хворобу, яке складається з двох паралельних систем (когнітивної та емоційної) обробки мотивації (Leventhal, Diefenbach, Leventhal, 1992). Активація когнітивної системи перед загрозою здоров'ю призводить до певної реакції. Потім реакція оцінюється, що призводить до виникнення петлі зворотного зв'язку,

і людина, ймовірно, буде продовжувати використовувати ті стратегії виживання, які вона вважає корисними. Однак проблеми можуть виникнути, якщо загроза здоров'ю поєднується з підвищеним емоційним збудженням (як зазвичай буває у разі з онкодіагнозом), тому система управління емоційним дистресом перебиває (пересилує) когнітивну систему. В цьому разі стратегії подолання, що застосовуються, мають таку першорядну мету: якнайшвидше впоратися зі стресом (як-от поведінкова стратегія з пошуку підтримки, або перевірка тіла на наявність ознак хвороби). Виникає збій когнітивної системи: зусилля з подолання оцінюються як корисні, оскільки страждання тимчасово знімається, тим самим посилюється ймовірність подальшого використання цих стратегій подолання. Але в довгостроковій перспективі це тільки збільшує тривогу, оскільки фактичні тригери дистресу не усуваються, бо використовуються тимчасово успішні стратегії подолання (Sharpe & Curran, 2006). Вирішальне значення має те, що поведінкові реакції на високий FCR, такі як тривожна перевірка ознак і симптомів раку, можуть збільшувати FCR через неправильну інтерпретацію нейтральних тілесних симптомів.

Відповідно до моделі CSM страх рецидиву раку впливає на когніції і емоції людини, причому когнітивна система сприймання ризику рецидиву перебуває під впливом таких чинників, як минулий досвід раку і переконання про викорінення раку. З іншого боку, система обробки емоцій пов'язана з тривогою щодо повернення раку, занепокоєнням щодо небезпеки раку і жалем про попередні рішення в лікуванні. Уявлення про хворобу в розумінні людини є ключовим, оскільки ті, хто розглядає рак як хронічне захворювання з неконтрольованими негативними наслідками, матимуть вищий FCR. Проте уявлення про хворобу можуть із часом змінюватися під впливом особистого досвіду, міфів щодо онкології й інформації ЗМІ.

Дослідження показують, що люди, які вважають, що вони більш схильними до ризику рецидиву раку і більш емоційно збуджені соматичними стимулами, мають більш високий FCR. Сприйняття хвороби, пов'язане з рівнем FCR, у дослідженні пацієнтів із раком грудей на ранній стадії показало, що жінки, які розглядали свій рак як хронічне або циклічне захворювання, яке «ховається десь у їхньому тілі», були більш тривожними, пригніченими і мали вищий рівень FCR, ніж ті, хто вважав рак гострим короткостроковим захворюванням. Інші дослідження повідомили про подібні результати: жінки, які все ще вважали себе хворими на рак, мали більш високі рівні FCR. Також (відповідно до моделі CSM) виявлено,

що люди з високим FCR із більшою ймовірністю будуть використовувати дезадаптивні когнітивні й поведінкові стратегії подолання, як-от уникання інформації, пов'язаної з онкологією (Fardell et al., 2016).

Дослідження щодо використання моделі CSM, отримані за результатами психологічного втручання з когнітивного коригування страху, загрози або очікування рецидиву (Humphries & Rogers, 2012), призвели до поліпшення рівня FCR і зменшення загальної тривоги у пацієнтів із раком голови і шиї (відразу після втручання) порівняно з учасниками з контрольної групи зі звичайним доглядом.

Деякі дослідження повідомили, що оптимізм є найсильнішим особистісним прогностичним фактором зниження FCR (незалежно від рівня тривоги і страху щодо лікування). Диспозиційний оптимізм може пом'якшити переконання пацієнтів і рівні тривожності, але представлена у дослідженні вибірка була занадто мала, щоб доказати такий взаємозв'язок. У пацієток із високим рівнем загальної тривожності упередження, особливо песимістичні, підсилювались, що призводило до підвищеного передбачення ризику розвитку рецидиву (Fardell et al., 2016).

5. Модель саморегульованої виконавчої функції – Self-Regulatory Executive Function (S-REF)

Модель саморегульованої виконавчої функції (S-REF) особливо корисна для розуміння FCR, оскільки вона (а) враховує фактори, що сприяють розвитку і підтримці тривожних розладів; (б) є ефективним підходом до лікування тривожності, пов'язаної зі здоров'ям; (с) пропонує конкретні когнітивні чинники як цілі для ефективного лікування.

Модель S-REF вводить когнітивний синдром уваги (cognitive attentional syndrome – CAS), що складається із: зосередженої на собі уваги; занепокоєння і роздумів; зміщення уваги в бік тяжіння до інформації, пов'язаної із загрозами; неадаптивної поведінки (як-от придушення думок, уникнення, мінімізації), яка сприяє виникненню тривоги. Страх рецидиву раку складається із занепокоєння щодо тілесних симптомів, можливого рецидиву і наслідків рецидиву раку разом із надмірним і негнучким моніторингом загрозливих ознак і симптомів, що повністю відповідає CAS.

Модель S-REF стверджує, що уявлення про свої думки (тобто метакогнітивні переконання) лежать в основі активації CAS. Тобто ті, хто вважає, що занепокоєння важливе і може вплинути на результат (як-от «якщо я тривожусь, я буду готовий» або «погані думки можуть призвести до поганих речей»), з більшою ймовірністю будуть демонструвати когнітивний синдром уваги CAS, що буде



лише підсилювати їх страхи і тривожність, та заважати адаптаційній емоційній обробці.

Модель S-REF особливо придатна до використання стосовно FCR через низку причин. По-перше, вона є транс-діагностичною, а щодо таких конструкцій, як занепокоєння, страх рецидиву раку, не є конкретним діагнозом, а скоріше нормальною реакцією на досвід онкодіагнозу і лікування, який існує в континуумі. По-друге, після лікування раку існує невизначеність і реальна ймовірність того, що рецидив виникне, тому зміст переконань не є повністю ірраціональним і зосередження уваги на когнітивних процесах, а не на оскарженні їх змісту є більш прийнятним (порівняно з більш традиційними підходами когнітивно-поведінкової терапії, які перевіряють раціональність переконань). По-третє, модель S-REF пояснює, чому підвищена емоційна реакція після постановки онкодіагнозу (спочатку нормальна) зберігається протягом довгого часу в певній категорії людей.

Існують дослідження, що підтверджують валідність моделі S-REF у контексті FCR. Онкоодужуючі з підвищеною особистісною тривожністю демонструють упередженість уваги до загрозливих стимулів, а уявлення про свою уразливість до онкології виявилось пов'язаним із високим рівнем FCR. Рівень загального занепокоєння щодо свого здоров'я виявився також важливим для визначення FCR. Крім того, виявлено, що дезадаптивні метакогніції викликають і підтримують дис-трес від онкодіагнозу, викликаючи занепокоєння (як безпосередньо, так і опосередковано) (Fardell et al., 2016).

Неадаптивні стратегії подолання, засновані на уникненні, часто пов'язані з високим рівнем FCR, а також є підтвердження в проведених дослідженнях, що навчання альтернативним адаптивним поведінковим стратегіям подолання є корисним (Lebel et al., 2014). Метакогнітивна терапія Metacognitive Therapy (MCT), заснована на моделі S-REF, використовувалась у цих дослідженнях і показала себе досить корисною під час лікування FCR. Зокрема, аспекти MCT, пов'язані з технікою тренування уваги (attention training technique – ATT) і відстороненою усвідомленістю (detached mindfulness – DM), допомагають упоратися з неконтрольованим FCR. На відміну від стратегій, заснованих на майндфулнес, які використовують певні точки уваги, такі як увага, сфокусована на власному тілі або диханні, DM описується як стан усвідомлення внутрішніх подій без реакції на них постійною оцінкою, спробами контролювати або пригнічувати їх, як і реагування на них певною поведінкою (Wells, 2005).

Існують докази того, що психологічне втручання, засноване на усвідомленості, допома-

гає онкоодужуючим у поліпшенні загального емоційного стану та якості задоволеності життям. У цих дослідженнях виявлено значне зниження FCR (про який повідомляється як про вторинний результат дослідження) відразу після 6–8 сеансів групової роботи зі зниження стресу на основі усвідомленості (mindfulness-based stress reduction), але довгострокові дані опубліковані не були (Fardell et al., 2016). Показано, що АТТ змінює звичні реакції на нав'язливі думки, образи і турботу про здоров'я, перериває самонавіювані повторювані думки, не ставлячи під сумнів їх декларативний зміст.

6. Теорія реляційних меж – Relational Frame Theory (RFT) – та терапія прийняття і прихильності – Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Завершення лікування знаменує собою момент, коли багато онкоодужуючих починають розмірковувати про ключові аспекти свого існування, страхи щодо рецидиву раку виникають серед інших екзистенційних проблем, пов'язаних зі смертю, ізоляцією, свободою і безцілісністю життя. Терапія прийняття і прихильності (ACT), заснована на теорії реляційних фреймів (Relational Frame Theory – RFT), може бути особливо актуальною в цьому контексті, оскільки фокусується на важливості прийняття когнітивних подій. RFT стверджує, що відносини між подіями або стимулами лежать в основі мови і процесу пізнання. В цій парадигмі психопатологія є результатом надмірного або неправильного використання вербальних і когнітивних процесів, яке призводить до нездатності застосовувати поведінку, направлену на досягнення значущих результатів. Результатом є емпіричне уникнення, коли людина намагається свідомо уникати і/або тікати від почуттів, думок, спогадів і тілесних відчуттів, які сприймаються як відразливі (Fletcher & Hayes, 2005). У контексті страху рецидиву раку теорія RFT передбачає, що деякі люди через свій попередній травматичний досвід можуть бути більш уразливі до FCR, ніж інші.

Як і MCT, ACT прагне змінити функцію когнітивних процесів і відносини людини з ними, а не зміст думок. Основна мета ACT – підвищити психологічну гнучкість, щоб дозволити людині повністю зануритися в справжній момент і вибрати таку поведінку в будь-якій ситуації, яка відповідає внутрішнім цінностям (Fletcher & Hayes, 2005). Таким чином, ACT спрямована на те, щоб допомогти людям краще зрозуміти, що для них важливо (їх цінності), і обрати цілеспрямовані дії в контексті цих цінностей.

Фахівці у сфері психосоціального здоров'я в онкологічних установах визначили ACT як клінічно корисну стратегію лікування

FCR, дослідження щодо використання АСТ в контексті психоонкології дало багатообіцяючі результати (Thewes et al., 2014). Воно виявило, що дев'ять сеансів АСТ збільшують психологічну гнучкість і приводять до поліпшення якості життя, опору стресу і підвищенню настрою в групі онкологічних хворих зі змішаними діагнозами.

2. Методологія та методи

Розробка протоколів лікування, специфічних для FCR, – це сфера світової психоонкології, в якій останнім часом спостерігається найбільший прогрес. Українські дослідження, які б зосереджувались на проблемі страху рецидиву раку на етапі ремісії, виявлені не були. Отож, розглянуто декілька іноземних досліджень стосовно практичних методів корекції підвищеного рівня FCR з контрольованими випробуваннями, що охоплюють діапазон від коротких втручань до більш інтенсивних індивідуальних підходів. П'ять із них зведено до таблиці 1.

3. Результати та дискусії

Перше дослідження (нерандомізоване, без відбору за рівнем FCR) за участю жінок із раком молочної залози як психологічного втручання використовувало *методику написання листа подяки*. Дослідження виявило деяке покращення психологічного самопочуття учасників, пов'язаного з FCR (на два пункти) і загального позитивного ефекту щодо самопочуття. Це випробування не дає

переконливих доказів того, що це написання листів подяки ефективно для FCR (Otto et al., 2016).

Друге рандомізоване дослідження *Програми модифікації когнітивного упередження* використовувало мінімальне психологічне втручання, яке спеціально було націлене на когнітивні процеси, а саме на спотворення інтерпретації та уваги (Lichtenthal et al., 2017). 120 жінок із раком грудей, які отримали клінічну оцінку FCR, розподілили рандомно між двох підгруп, одна з яких отримала комп'ютерну програму навчання з восьми сеансів, а друга – плацебо. Програма модифікації когнітивного упередження навчила учасників робити позитивні інтерпретації пов'язаних із раком двозначних припущень. Результати показали, що психологічне втручання не призвело до зниження загального FCR порівняно з плацебо, але принесло користь щодо турботи про здоров'я. Крім того, було виявлено, що застосування підходів, які становлять короткі втручання, що не потребують особливої участі терапевта, можуть добре масштабуватися та бути застосовані в періоди, коли FCR очікувано підвищується (як-от перед плановим оглядом).

Третє дослідження *SWORD* визначало ефективність втручання модифікації поведінки для FCR в когнітивно-поведінковому підході (van de Wal et al., 2017). Воно поєднувало індивідуальні очні сеанси, електронні

Таблиця 1

Характеристики інтервенційних досліджень

Втручання	Контроль	Попередній результат	Розмір ефекту
Отто та інші Подяка: 10 хвилин щотижня писати лист комусь, кому учасники вдячні.	Лістинг активності, виконаної на попередньому тижні	CARS	Не розраховано; NS
Ліхтенталь та інші Модифікація когнітивного зміщення: комбінована модифікація зсуву уваги та інтерпретації.	Плацебо	CARS	0,25 при постобробці; 0,44 при подальшому спостереженні
Ван дер Валь та інші Когнітивно-поведінкова терапія: 5 індивідуальних сеансів по 1 годині; Три 15-хвилинні електронні консультації. Психоедукація; пізнавальна реструктуризація; модифікація поведінки.	Догляд як зазвичай	FCRI	0,76
Діенг та інші Брошура з психоедукації та 3 консультації телефоном 1 годину. включали інформацію про ризики, лист для відповідей на питання, планування догляду та підтримку	Догляд як зазвичай	Підшкали ступеня тяжкості FCRI	0,5 при постобробці; 0,3 протягом 6 місяців
Бутов та інші ConquerFear (Перемогти страх): метакогнітивна терапія, терапія прийняття і прихильності, техніка тренування уваги, відстороненість, уважність, поведінкові контракти. 5 очних занять протягом 10 тижнів	Розслабляюча терапія: 5 сеансів лицем-до-лиця протягом 10 тижнів	Підшкали FCRI	0,46 при постобробці; 0,38 через 3 місяці; 0,39 протягом 6 місяців



консультації та доступ до вебсайту інтерактивної терапії. Учасники (в період від 6 місяців до 5 років після лікування раку) пройшли скринінг на високий FCR, були випадково розподілені для отримання SWORD або лікування в звичайному порядку. Учасники експериментальної групи повідомили про значно менший рівень FCR відразу після лікування, ніж учасники, які отримували звичайне лікування з розміром ефекту від помірного до великого ($d \frac{1}{4} = 0,76$). Клінічно значуще поліпшення виявлено у 29% учасників втручання SWORD порівняно з відсутністю в контрольній групі. Майже три чверті (71%) в групі лікування порівняно з менш як третьою (33%) у контрольній групі звичайної допомоги оцінили, що їх стан «покривився».

Четверте дослідження з *Мінімального психосоціального втручання* для онкоодужуючих, які пережили меланому на ранній стадії, рандомізовано розподілило 164 учасники або в групу для отримання буклету з Психоедукації і трьох телефонних дзвінків, або в групу з використанням стандартної брошури «Розуміння меланоми» Ради Австралії з раку (Dieng et al., 2016). Психоедукація першої групи включала інформацію про ризик, подальше спостереження, плани догляду, про те, як самостійно обстежитися на предмет меланоми, включало листи з питаннями, що спонукало пацієнтів більш ефективно спілкуватися зі своєю медичною бригадою про ризики і подальші дії. Значні поліпшення були виявлені щодо зниження тяжкості FCR після лікування та за результатами шести місяців спостереження.

П'яте дослідження стосовно ефективності впливу психологічного втручання *ConquerFear* (яке включає тренування уваги, метапізнання, прийняття/уважність, поведінку щодо самоскринінгу і постановку цілей подальшого життя на основі цінностей) проводилося порівняно з методикою, направленою на контроль уваги (Take-it-Easy, релаксаційна терапія) (Butow et al., 2017). *ConquerFear* теоретично розроблена на основі Моделі здорового глузду (CSM), моделі саморегульованої виконавчої функції (S-REF; націлена на метапізнання) і Теорії реляційних рамок (RFT; теоретичний основи терапії прийняття і прихильності). Ключові цілі *ConquerFear*: навчити стратегіям контролю занепокоєння і надмірного моніторингу загроз (SREF), змінити непотрібні уявлення про занепокоєння (SREF), розробити відповідний моніторинг та скринінг поведінки (CSM), провести психоедукацію щодо подальших дій і стратегій для зниження ризику повторення (CSM), рішення екзистенціальних проблем (RFT) і сприяння постановці цілей (RFT). Тренування уваги як ще одна методика з метакогнітивної терапії використовувалась для навчання систематичного зосередження уваги, щоб забезпе-

чити більший контроль над нав'язливих думках або образах про рецидив раку. Управління увагою (Take-it-Easy), адаптоване на основі програми тренувань із релаксації, включало в себе прогресивне і пасивне розслаблення м'язів, медитативне розслаблення, техніки швидкого розслаблення і візуалізацію.

Дослідження продемонструвало значно більше зниження FCR (оцінка за шкалою FCRI) в групі *ConquerFear* порівняно з Take-it-Easy (відразу після терапії, через 3 місяці і через 6 місяців). *ConquerFear* також справив значно більший вплив на загальну тривогу, специфічний для онкології дистрес, психічне здоров'я і загальні показники якості життя відразу після втручання, незважаючи на те, що обидва методи мали однакову вихідну достовірність і очікуваний результат. Висновок дослідження довів, що *ConquerFear* очевидно ефективний в очному форматі, але вимагає багато часу і ресурсів. Розробники *ConquerFear* передбачають, що можлива робота через Інтернет, в групі або телефоном. Також вони пропонують використовувати поетапний підхід, за якого тільки пацієнти з високим FCR отримуватимуть очне втручання (Butow et al., 2017).

Висновки

Виходячи з біопсихосоціальної моделі подолання онкології, окрім якісного медичного лікування, онкопацієнтам має надаватися психологічна та соціальна підтримка для повернення до продуктивного життя в ремісії.

Страх рецидиву раку, особливо його помірний та високий рівень (клінічний рівень), притаманний онкоодужуючим, яким насамперед необхідна психологічна підтримка і втручання для покращення якості життя. Всі наявні теорії і формулювання, які дотепер запропоновані і застосовані до FCR, виявлені в іноземних дослідженнях та походять із когнітивно-поведінкової парадигми. Більшість теорій, що використовують для розуміння FCR, включають (у різному ступені) оцінку загрози здоров'ю в контексті наявних переконань (когнітивних схем), які можуть бути викликані як внутрішніми, так і зовнішніми подіями (стимулами) і реакціями на загрозу, як когнітивними, так і емоційними. Деякі з розглянутих вище апробованих моделей психологічного втручання для зниження рівня FCR мають практичний інтерес для використання в українській психоонкології. Але ефективність наведених теоретичних моделей практично досліджена ще не достатньо.

Перспективою подальших досліджень є створення, урахування виявлені моделі та ефективні методи впливу, вітчизняної методики зменшення страху рецидиву в онкоодужуючих та проведення практичного дослідження ефективності цієї методики в українських онкоодужуючих, оскільки клінічний рівень страху рецидиву раку суттєво впливає на якість життя.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Будкіна Н.В., Волинець О.В. Особливості психоемоційних станів онкологічних хворих. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2017. № 14. С. 184–188.
2. Кирилова О.О., Кирилова Є.І., Вострокнутов І.Л. Особливості соматопсихічних проявів в онкології на різних етапах протипухлинного лікування (оглядова стаття). *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2020. Вип. 6. С. 84–92
3. Лукомська С.О. Ресурсний підхід до подолання особистістю кризових ситуацій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*. 2020. Випуск 1. С. 190–195.
4. Мухаровська І.Р. Особливості психологічного реагування на захворювання у онкологічних хворих. *ScienceRise. Medical science*. 2016. № 11. С. 16–20.
5. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник / За ред. Н. Пророк. Київ, 2018. Том 1. 208 с.
6. Butow Ph, Turner J, Gilchrist J, Sharpe L. Randomized Trial of ConquerFear: A Novel, Theoretically Based Psychosocial Intervention for Fear of Cancer Recurrence. *Journal of Clinical Oncology*. 2017. № 35(36). P. 1–13.
7. Crist JV, Grunfeld EA. Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*. 2013. № 22(5). P. 978–986.
8. Dieng M, Butow PN, Costa DS, et al. Psychoeducational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2016. № 34. P. 4405–4414.
9. Eisenberg SA, Kurita K, Taylor-Ford M. et al. Intolerance of uncertainty, cognitive complaints, and cancer-related distress in prostate cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2015. № 24. P. 228–235.
10. Fardell, J.E., Thewes, B., Turner, J. et al. Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal of Cancer Survivorship*. 2016. № 10. P. 663–673.
11. Fletcher L, Hayes S. Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*. 2005. № 23. P. 315–336.
12. Humphries G, Rogers S. After and beyond: cancer recurrence fears and test of an intervention in oropharyngeal patients. *Social Science and Dentistry*. 2012. № 2. P. 29–38.
13. Lebel S, Maheu C, Lefebvre M, et al. Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *Journal of Cancer Survivorship*. 2014. № 8. P. 485–496.
14. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*. 1992. № 16. P. 143–163.
15. Lichtenthal WG, Corner GW, Slivjak ET et al. A pilot randomized controlled trial of cognitive bias modification to reduce fear of breast cancer recurrence. *Cancer*. 2017. № 123. P. 1424–1433.
16. McGinty HL, Goldenberg JL, Jacobsen PB. Relationship of threat appraisal with coping appraisal to fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2012. № 21. P. 203–210.
17. Otto AK, Szczeny EC, Soriano EC et al. Effects of a randomized gratitude intervention on death-related fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*. 2016. № 35 (12). P. 1320–1328.
18. Park CL, Cho D, Blank TO, Wortmann JH. Cognitive and emotional aspects of fear of recurrence: predictors and relations with adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2013. № 22. P. 1630–1638.
19. Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*. 2006. № 62. P. 1153–1166.
20. Thewes B, Brebach R, Dzidowska M, et al. Current approaches to managing fear of cancer recurrence; a descriptive survey of psychosocial and clinical health professionals. *Psycho-Oncology*. 2014. № 23. P. 390–396.
21. van der Wal M, Thewes B, Gielissen M, et al. Efficacy of a blended cognitive behaviour therapy for high fear of recurrence in breast, prostate and colorectal cancer survivors: the SWORD study, a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2017. № 35 (19). P. 2173–2185.
22. Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*. 2005. № 23. P. 337–355.

REFERENCES:

1. Budkina, N. V. Volynets O.V. (2017). Osoblyvosti psykhoemotsiinykh staniv onkologichnykh khvorykh [Features of psycho-emotional states of cancer patients]. *Zbirnyk naukovykh prats Khmelnytskoho instytutu sotsialnykh tekhnolohii Universytetu "Ukraina" – Collection of scientific works of Khmelnytsky Institute of Social Technologies of the University "Ukraine"*, 14, 184–188 [in Ukrainian].
2. Kyrylova O. O., Kyrylova Ye. I., Vostroknutov I. L. (2020). Osoblyvosti somatopsychichnykh proiaviv v onkologii na riznykh etapakh protypukhlynnoho likuvannia (ohliadova stattia). [Features of somatopsychic manifestations in oncology at different stages of antitumor treatment (review article)]. *Aktualni problemy suchasnoi medytsyny – Actual problems of modern medicine*, 6, 84–92 [in Ukrainian].
3. Lukomska S.O. (2020). Resursnyi pidkhid do podolannia osobystistiu kryzovykh sytuatsii [Resource approach to overcoming personal crises]. *Naukovyi visnyk Khersonskoho derzhavnoho universytetu. Seriiia Psykholohichni nauky – Scientific Bulletin of Kherson State University. Psychological Sciences Series*, 1, 190–195 [in Ukrainian].
4. Mukharovska I. R. (2016) Osoblyvosti psykholohichnoho reahuvannia na zakhvoriuvannia u onkologichnykh khvorykh. [Features of psychological response to disease in cancer patients]. *Scientific journal «sciencerise: medical science»*, 11 (7), 16–20 [in Ukrainian].



5. Osnovy reabilitatsiinoi psikhologii: podolannia naslidkiv kryzy. (2018). Navchalnyi posibnyk [Fundamentals of rehabilitation psychology: overcoming the effects of the crisis. Tutorial] / General edition N. Prorok. T. 1. Kyiv, 208. [in Ukrainian].
6. Butow Ph, Turner J, Gilchrist J, Sharpe L. (2017) Randomized Trial of ConquerFear: A Novel, Theoretically Based Psychosocial Intervention for Fear of Cancer Recurrence. *Journal of Clinical Oncology*, 35(36). 1–13.
7. Crist JV, Grunfeld EA. (2013) Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 22(5). 978–986.
8. Dieng M, Butow PN, Costa DS, et al. (2016) Psychoeducational intervention to reduce fear of cancer recurrence in people at high risk of developing another primary melanoma: results of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 34. 4405–4414.
9. Eisenberg SA, Kurita K, Taylor-Ford M. et al. (2015) Intolerance of uncertainty, cognitive complaints, and cancer-related distress in prostate cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 24. 228–235.
10. Fardell, J.E., Thewes, B., Turner, J. et al. (2016) Fear of cancer recurrence: a theoretical review and novel cognitive processing formulation. *Journal Cancer Survivorship*, 10. 663–673.
11. Fletcher L, Hayes S. (2005) Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 23. 315–336.
12. Humphries G, Rogers S. (2012) After and beyond: cancer recurrence fears and test of an intervention in oropharyngeal patients. *Social Science and Dentistry*, 2. 29–38.
13. Lebel S, Maheu C, Lefebvre M, et al. (2014) Addressing fear of cancer recurrence among women with cancer: a feasibility and preliminary outcome study. *Journal Cancer Survivorship*, 8. 485–496.
14. Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA. (1992) Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16. 143–163
15. Lichtenthal WG, Corner GW, Slivjak ET et al. (2017) A pilot randomized controlled trial of cognitive bias modification to reduce fear of breast cancer recurrence. *Cancer*, 123. 1424–1433
16. McGinty HL, Goldenberg JL, Jacobsen PB. (2012) Relationship of threat appraisal with coping appraisal to fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 21. 203–210.
17. Otto AK, Szczeny EC, Soriano EC et al. (2016) Effects of a randomized gratitude intervention on death-related fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 35. 1320–1328.
18. Park CL, Cho D, Blank TO, Wortmann JH. (2013) Cognitive and emotional aspects of fear of recurrence: predictors and relations with adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 22. 1630–1638
19. Sharpe L, Curran L. (2006) Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*, 62. 1153–1166.
20. Thewes B, Brebach R, Dzidowska M, et al. (2014) Current approaches to managing fear of cancer recurrence; a descriptive survey of psychosocial and clinical health professionals. *Psycho-Oncology*, 23. 390–396.
21. van der Wal M, Thewes B, Gielissen M, et al. (2017) Efficacy of a blended cognitive behaviour therapy for high fear of recurrence in breast, prostate and colorectal cancer survivors: the SWORD study, a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 35 (19). 2173–2185.
22. Wells A. (2005) Detached mindfulness in cognitive therapy: a metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 23. 337–355.

Стаття надійшла до редакції 02.03.2021.

The article was received 02 March 2021.

УДК 159.942.5:616.89

DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-2-18>

МОТИВАЦІЙНИЙ ПРОФІЛЬ ОСОБИСТОСТІ ТА ЙОГО ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ІЗ СУБ'ЕКТИВНИМ СПРИЙНЯТТЯМ ЩАСТЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Марута Оксана Сергіївна,

кандидат психологічних наук,

старший науковий співробітник відділу медичної психології

Інститут неврології, психіатрії та наркології

Національної академії медичних наук України

os_maruta150@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0002-6374-6278>

Мета. Вивчення мотиваційної структури особистості та її зв'язку із суб'єктивним сприйняттям щастя у пацієнтів із психічними розладами для визначення механізмів їх формування.