

УДК 159.9.072.43

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2023.16.3>

ОСОБЛИВОСТІ АДАПТАЦІЇ CONQUERFEAR ДЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ УКРАЇНСЬКИМ ОНКОДУЖУЮЧИМ

Лисник Катерина

Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»,

вул. Львівська, 23, м. Київ, Україна, 03115

ORCID ID 0000-0002-8196-6696

e-mail: kl0682311520@gmail.com

У статті розглянуто результати адаптації методики психологічного втручання ConquerFear для допомоги українським онкоодужуючим знижувати рівень страху рецидиву раку, якій вони мають на етапі ремісії онкозахворювання. Наведено структуру програми втручання та рекомендації щодо створення груп підтримки. **Мета:** розробити методику психологічного втручання, яке надасть можливість ефективно знижувати виявлений дисфункційний рівень страху рецидиву раку. Методи: порівняльний аналіз наявних методів психологічного втручання та компіляція структури програми задля подальшого використання в Україні. Результати: Страх рецидиву раку не є діагностованим психічним розладом, а клінічною проблемою, яка в різному ступені виявляється у багатьох людей, які перенесли рак. Також він відрізняється тим, що нерозривно пов'язаний з проблемами виживання та екзистенціальними проблемами. Онкоодужуючі на етапі ремісії стикаються з кризою життєвого спрямування, а також використовують надмірний та негнучкий моніторинг загрозливих симптомів можливого рецидиву. Розроблене втручання допомагає онкоодужуючим окреслити цінності і розвинути поведінкові цілі на майбутнє. Виявлено, що найбільш ефективним засобом втручання є психоедукація, робота з цілями та цінностями, та когнітивна переробка використання поведінкових копінг-стратегій. Висновки: За розробленою структурою психологічного втручання ConquerFear-UA пропонується проводити групи підтримки онкоодужуючих, особливо для тих, в кого рівень страху рецидиву раку є підвищеним або дисфункційним. Завдяки чіткій структурі та докладно описаним етапам заняття проводили групи може широке коло психологів після навчання використання цього втручання. Отримана методика допоможе надати широку психологічну допомогу українським онкоодужуючим, особливо зважаючи на можливість проводити групи підтримки онлайн.

Ключові слова: страх рецидиву раку, групи підтримки, відсторонена уважність, моніторинг загроз, переоцінка цінностей і цілей.

Вступ. Багато людей, коли стикаються з діагнозом рак, зосереджуються на тому, щоб робити все можливе і завершити лікування якнайшвидше, з метою залишити все позаду. Завдання, як правило, полягає в тому, щоб зробити все можливе, щоб «подолати» рак повністю. Отже, основне припущення полягає в тому, що повернення раку, необхідність знову зіткнутися з хворобою в майбутньому – це те, чого слід побоюватися і уникати.

Онкодіагноз, прийняття рішень і лікування можуть бути всепоглинаючими, і часто лише після завершення активного лікування людина має час подумати про те, що сталося, і що це означає для її майбутнього. Період після завершення лікування буває складним і під час ремісії страх рецидиву раку може виникнути і стати тривалим наслідком перенесеного. Це страх, що рак може повернутися або прогресувати в тому самому місці або в іншій частині тіла (англ. fear of cancer recurrence, далі FCR). Страх рецидиву складається з занепокоєння щодо симптомів, занепокоєння щодо рецидиву та наслідків рецидиву раку

[1]. Він також включає надмірний та негнучкий моніторинг загрозливих ознак і симптомів, що може провокувати проходження надмірної кількості медичних оглядів.

Коли онкоодужуючі стикаються з проявами сумніву чи занепокоєння щодо можливості рецидиву, майже неминуча тенденція родини та друзів полягає в тому, щоб заспокоїти людину, перешкоджаючи їй висловлювати свої страхи та занепокоєння. Також відомо, що онкоодужуючі неохоче висловлюють свою стурбованість медичним працівникам, щоб їх не вважали невдячними за те, що вони вилікувались [2]. Неможливість обговорювати свій страх може призвести до відчуття відірваності від інших і погіршення настрою.

Завершення лікування означає, що короточасні побічні ефекти лікування минули, але онкодіагноз часто залишає спадок. Довгострокові побічні ефекти можуть включати втому, когнітивні зміни та постійні зміни образу тіла та сексуальної функції. У той час, коли люди очікують відчуття полегшення та «продовжити з того місця, де зупинилися» до діагностики раку, багато онкоодужуючих почуваються незахищеними, ізольованими, наляканими та покинутими [2]. Оскільки контакт із медичною командою зменшується, зростає невизначеність щодо того, хто відповідатиме на запитання про фізичні чи емоційні проблеми та чи безпечно довіряти тільки повторним оглядам для виявлення нових захворювань.

FCR є майже повсюдним досвідом для тих, хто пережив раку, причому більшість онкоодужуючих повідомляють про певний рівень страху перед рецидивом [3]. Однак приблизно для третини онкоодужуючих цей страх може бути хронічним, руйнівним та заважати гарному настрою, стосункам, роботі та постановці цілей на майбутнє. Це саме та група, що отримує користь від психологічних втручань щодо FCR, і на яку спрямована методика психологічних втручань ConquerFear, розроблена міжнародною групою психологів [4].

Українські науковці приділяють мало уваги цій проблемі, поодинокі наукові огляди та статті, наприклад [5], не призводять до створення якісної та доступної психологічної підтримки на етапі ремісії. У цій статті викладено опис адаптації психологічного втручання ConquerFear для українських реалій задля подальшого розповсюдження методики серед психологів українських лікарень та онкоцентрів.

Метою дослідження є створення української версії психологічного втручання ConquerFear, створене заради емоційної адаптації онкоодужуючих після лікування, зменшення рівня FCR і покращення якості життя. Таким чином, втручання ConquerFear-UA допоможе створити засади для належної психосоціальної допомоги тим, хто пережив раку, задля впровадження методики «найкращої практики» для постійно зростаючої кількості онкоодужуючих, що перебувають на етапі ремісії.

Опис питань, з якими стикаються онкоодужуючі

При розробці втручання ConquerFear було визнано, що FCR не є діагностованим психічним розладом, а клінічною проблемою, яка в різному ступені виявляється у багатьох людей, які перенесли раку, і що пов'язані з ним переконання, на відміну від психічних розладів, не є ірраціональними. Таким чином, замість того, щоб усувати або кидати виклик природі думок, пов'язаних із FCR, створено втручання, яке вчить онкоодужуючих більш ефективним способам реагувати на наявність страхів, пов'язаних із потенційно можливим рецидивом раку.

Крім того, FCR відрізняється від звичайних психологічних проблем тим, що він нерозривно пов'язаний з проблемами виживання та екзистенціальними проблемами. Емоційні та фізичні зміни онкодіагноза залишають по собі певну спадщину. Для деяких це означає відчуття себе іншою людиною і, можливо, подивитись на себе іншого і на світ у новому світлі. Як наслідок, пацієнти можуть поводитися таким чином, який здається

оточуючим нехарактерним. Вони можуть бути більш наполегливими щодо власних потреб, більш рішучими вносити зміни, менш терпимими до поведінки інших (особливо деструктивної чи некорисної) або до дрібниць у житті загалом. Багато хто скаже, що, певні дії, розмови чи стосунки, якими вони раніше насолоджувалися, здаються поверхневими, безглуздими та нецікавими після величезності того, з чим вони зіткнулися. Розчарування та провина є природною реакцією на таке усвідомлення, як і здивування та неприйняття для тих, хто відчуває ці зміни.

Також FCR заважає тим, хто страждає від нього, ефективно планувати майбутнє [6], і тому важливою частиною лікування надмірного FCR є вирішення екзистенційних проблем, які виникають у зв'язку з онкодіагнозом, щоб допомогти онкоодужуючим жити своїм життям відповідно до своїх цінностей і розвивати цілі на майбутнє.

Крім того, оскільки FCR пов'язаний із медичною проблемою, надання медичної інформації та психоедукація є важливими для успішного лікування. Це питання стосовно можливих фізичних симптомів, на які слід звертати увагу, порядку самообстежень та графіка медичних скрінінгових досліджень. Ті, хто сильно боїться рецидиву раку, можуть бути поглиненими марними діями, такими як надмірне медичне обстеження або підвищена настороженість до фізичних відчуттів, на які вони зазвичай не звертали б уваги у минулому. Цим питанням також слід приділити увагу.

Засади створення класичної методики ConquerFear

Для лікувальної моделі FCR за основу була взята модель емоційного розладу саморегуляції виконавчої функції (англ. Self-Regulation of Executive Function, S-REF), яка визначає кілька компонентів мислення, пов'язаних із розвитком і підтримкою тривожних емоцій [7]. Модель припускає, що рівень дистресу та інвалідації, пов'язані з FCR, є функцією того, як людина регулює свої думки. Модель S-REF – це теоретичний підхід до емоційних розладів, який акцентує увагу на стилі обробки інформації, що найбільше підходить для онкоодужуючих, оскільки багато хто з них не відповідає діагностичним критеріям будь-якого психічного розладу. Модель S-REF припускає, що стиль мислення, який називається когнітивним синдромом уваги (англ. Cognitive Attentional Syndrome, CAS), є універсальною ознакою емоційного розладу, який відповідає за подовження та посилення тривожних емоцій. CAS складається з:

- 1) зосереджена увага на собі;
- 2) хвилювання та роздуми стосовно проблеми;
- 3) упередженість уваги до інформації, пов'язаної з загрозою; і
- 4) дезадаптивна поведінка, обрана для того, щоб справлятися з проблемами (наприклад, придушення, уникнення, мінімізація), яка погіршує гнучкий самоконтроль або перешкоджає коригуючому досвіду.

Більшість людей після виявлення та лікування раку відчувають нав'язливі негативні думки чи образи про рецидив або нав'язливі спогади чи образи щодо лікування. У моделі S-REF стверджується, що думки стосовно FCR є природним явищем, але саме те, як людина реагує на них, визначає подальші емоційні наслідки. Особи, які відповідають занепокоєнням, надмірною перевіркою тіла та іншими формами некорисних поведінкових стратегій подолання, такими як придушення думок про рак, потрапляють у CAS. В результаті дистрес посилюється.

Метакогнітивна терапія (англ. Meta-cognitive therapy, MCT) – це лікування, засноване на моделі S-REF, тобто терапевтичне застосування S-REF [8]. MCT зосереджується на метакогнітивному рівні без необхідності прямого дослідження змісту негативних автоматичних думок. Компоненти MCT, які були обрані для включення в цю програму лікування, включають:

- а) тренування уваги;
- б) відсторонена уважність;
- в) модифікація моніторингу загроз.

Онкоодужуючі на етапі ремісії стикаються з кризою життєвого спрямування, не в змозі визначити, що життя означає для них зараз, що вони хочуть цінувати та вважати важливим і як жити далі. Компоненти терапії прийняття та зобов'язань (англ. Acceptance and Commitment Therapy, АСТ) були включені до втручання ConquerFear з метою вирішення деяких із цих екзистенційних проблем, пов'язаних із цінностями та цілями. АСТ – це психологічний підхід, заснований на теорії реляційних рамок (англ. Relational Frame Theory, RFT). Основний компонент АСТ полягає в тому, щоб допомогти клієнтам окреслити, що для них важливо (тобто їх цінності), і встановити поведінкові цілі щодо дій, які гарантують, що життя людини протікатиме відповідно до її цінностей. АСТ надає конкретні методи, які допомагають уточнити свої цінності та розвивати поведінкові цілі, щоб сформувати альтернативу та більш адаптивну спрямованість на життя, на майбутнє, а не на хвилювання щодо рецидиву раку. Конкретні компоненти АСТ, включені в це втручання, включають:

- а) вправу на роз'яснення цінностей;
- б) розробку цілей на майбутнє;
- в) використання метафори для ілюстрації терапевтичних принципів.

У когнітивно-поведінковій моделі тривоги за здоров'я [9] дезадаптивні переконання та схеми здоров'я формуються на основі попереднього досвіду, пов'язаного з хворобою. Після формування ці дезадаптивні схеми активуються тригерами, породжуючи негативні автоматичні думки, образи та низку інших когнітивних упереджень. У свою чергу, ці зміни спричиняють афективні (наприклад, тривога та депресивний настрій), фізіологічні (наприклад, вегетативне збудження та соматосенсорне посилення), когнітивні (наприклад, роздуми та занепокоєння) та поведінкові (наприклад, самоперевірка та пошук медичної допомоги) зміни, які підтримують або посилюють занепокоєння здоров'ям. Головний фокус підходить до лікування тривоги за здоров'я полягає у зміні змісту дезадаптивних переконань. Однак для людей з історією раку, які стикаються з реальним ризиком рецидиву, недоцільно оскаржувати зміст їх думок про рецидив.

Лікування раку є складним процесом, і пацієнти та особи, які за ними доглядають, мають отримати та зрозуміти значну кількість медичної інформації. Поточний зміст інформації, що надається пацієнтам з онкологічними захворюваннями, значно відрізняється і значною мірою залежить від індивідуального стилю навчання пацієнтів і ресурсів клініцистів, які їх лікують. Існують переконливі докази того, що пацієнтам важко зрозуміти математичні концепції, пов'язані з інформацією про ризик рецидиву, і ця інформація, навіть якщо вона надається, часто не зберігається [10]. Для пацієнтів є корисною інформація про фізичні ознаки потенційного рецидиву або про те, що робити у відповідь на нові фізичні симптоми, якщо вони з'являться після закінчення лікування, але, як відомо, багато пацієнтів її не отримують. Крім того, багато пацієнтів не пам'ятають точно свій об'єктивний ризик рецидиву, що може призвести до суб'єктивної переоцінки ризику. Корисною також є інформація про стратегії, засновані на доказах, які у разі використання знижують ризик рецидиву раку, але такої інформації пацієнтам надається мало.

З цієї причини важливим компонентом програми втручання ConquerFear є надання інформації та навчання про:

- а) що робити при появі нових фізичних симптомів після лікування раку;
- б) обґрунтування та рекомендована частота подальших медичних оглядів;
- с) загальні вказівки щодо того, як і коли звертатися за медичною допомогою при підозрі на рецидив; і

d) стратегії поведінки та способу життя, засновані на фактичних даних, для зниження ризику рецидиву раку.

Зміст базової програми психологічного втручання ConquerFear

Базова програма лікування була розроблена для індивідуальної роботи віч-на-віч терапевта з клієнтом очно [4]. Вона включала п'ять сесій, перша і друга на півтори години, третя-п'ята довжиною одна година.

Зміст програми індивідуального втручання ConquerFear наведено в Таблиці 1.

Таблиця 1

Зміст програми індивідуального втручання ConquerFear

Завдання сесії	Час (хвилин)
Сесія 1: Початкове оцінювання, соціалізація до моделі та цінностей, вправа на пояснення	
<ul style="list-style-type: none"> • Клінічна оцінка; • Що таке FCR?; • Ознайомлення з моделлю FCR та програмою втручання; • Вправа на роз'яснення цінностей. 	90
Сесія 2: Формулювання випадку, обговорення минулих проблем (фактори вразливості) і FCR, а також вступ до тренування уваги	
<ul style="list-style-type: none"> • Формулювання випадку, що індивідуалізує модель; • Обговорення минулого досвіду раку та минулого міжособистісного спілкування, проблеми прихильності, які могли бути факторами вразливості; • Вступ до тренування уваги. 	60-90
Сесія 3: Відсторонена уважність	
<ul style="list-style-type: none"> • Вступ до відстороненої уважності; • Демонстрація вправ на відсторонену уважність. 	60
Сесія 4: навчитися добре жити та справлятися з турботами	
<ul style="list-style-type: none"> • Нормалізація певного рівня моніторингу загроз; • Навчання проявам поведінки моніторингу загрози та уникнення в FCR; • Оцінка дотримання рекомендованих методів подальшого спостереження та самообстеження; • Поведінкові настанови для самоаналізу та реагування на симптоми; • Техніки управління хвилюваннями; • Оцінити та поставити під сумнів метакогнітивні переконання, які можуть лежати в основі надмірного спостереження за загрозами або поведінкою уникнення. 	60
Сесія 5: Підсумок і огляд: Розробка нових сценаріїв для реагування на нав'язливі думки про FCR і фізичні симптоми.	
<ul style="list-style-type: none"> • Переоцінка та обговорення ступеня зміни симптомів FCR, які досягнуто за період втручання; • Консолідація та зміцнення нових стратегій управління FCR, профілактика рецидивів 	60

Це втручання було адаптоване до роботи в групах підтримки [11]. При чому перше заняття проводиться індивідуально, решта п'ять занять проводяться в групах. Це п'ять двогодинних групових занять, в т.ч. 10 хв. перерва. Групове втручання може проводитися віч-на-віч або онлайн. Змішаний підхід не рекомендується. Ідеальна кількість учасників у групі – 8 (+/- 2). Бажано, щоб всі учасники однієї групи пройшли перше індивідуальне заняття протягом двох тижнів. Наступні групові заняття рекомендується проводити щотижня. Рекомендується надати кожному учаснику папку для організації роздаткових матеріалів і робочих аркушів, наданих під час програми психологічного втручання. Є рекомендація, щоб усі групові заняття проводили два терапевти. Заняття базуються на чергуванні презентацій терапевта, вправ і групових дискусій.

Рекомендується мати на увазі та повідомити пацієнтів, що вони все ще можуть бути в групі підтримки у випадку рецидиву раку, оскільки зі страхом прогресування хвороби розробники вважають можна працювати аналогічно. У таких випадках пацієнта запросять на додаткову індивідуальну сесію з метою уточнення його потреб.

Зміст базової програми групового втручання ConquerFear наведено в Таблиці 2.

Таблиця 2

Зміст базової програми групового втручання ConquerFear

Завдання сесії	Тип/ Час (хвилини)
Сесія 1: Оцінка та обговорення факторів вразливості	
<ul style="list-style-type: none"> • Клінічна оцінка (45 хв.) • Презентація моделі FCR та пояснення обґрунтування втручання (35 хв.) • Обговорення минулого досвіду, який може виступати фактором уразливості (додатковий час) • Формулювання кейсу (10 хв.) 	індивідуальн. 90
Сесія 2: Представлення групи та роз'яснення цінностей	
<ul style="list-style-type: none"> • Представлення членів групи та обговорення очікувань (25 хв.) • Ознайомлення з програмою втручання (20 хв.) • Знайомство з цінностями та цілями (45 хв.) 	групова 120
Сесія 3: Вступ до тренування відстороненої уважності та тренування уваги	
<ul style="list-style-type: none"> • Перегляд моделі FCR та визначення тригерів (30 хв.) • Презентація відстороненої уважності (25 хв.) • Ознайомлення з методикою тренування уваги (20 хв.) 	групова 120
Сесія 4: Відсторонена уважність і метапізнання	
<ul style="list-style-type: none"> • Продовження обговорення відстороненої уважності (50 хв.) • Оцінка та оскарження метакогнітивних переконань (50 хв.) 	групова 120
Сесія 5: Відкладення хвилювань і навчання належній подальшій поведінці	
<ul style="list-style-type: none"> • Перегляд відкладення хвилювань (20 хв.) • Навчання та обговорення належної подальшої поведінки (55 хв.) 	групова 120
Сесія 6: Підсумок роботи в групі та профілактика рецидивів	
<ul style="list-style-type: none"> • Обговорення цінностей і планування майбутніх цілей (30 хв.) • Створення плану боротьби з FCR у майбутніх ситуаціях (30 хв.) • Підсумкове групове обговорення (25 хв.) 	групова 120

Результати. В класичному посібнику втручання ConquerFear визнається, що в повсякденній клінічній практиці психоонкологи можуть змінити застосування або вибір методів, описаних у посібнику, відповідно до свого клінічного стилю [4]. Нами було адаптовано зміст та структуру втручання під формат як очно, так і онлайн в групах підтримки. Для цього було переглянуто структуру сесій та перероблено деякі техніки втручання під онлайн формат.

Крім того, наш попередній досвід ведення груп підтримки в умовах проживання травмітного досвіду показав, що українці налаштовані на міжособистісну взаємодію в процесі відвідування груп підтримки [12]. Тому в кожен сесію додано час на групову дискусію, через що кількість сесій було збільшено до 8, не збільшуючи тривалість сесій. Всі сесії проводяться в груповому форматі.

Для багатьох екзистенційні та релігійні проблеми є головними у пристосуванні до життя з досвідом онкології, цим темам також приділено час.

В результаті було створено нову програму групового втручання ConquerFear-UA, зміст якої наведено в Таблиці 3.

Таблиця 3

Зміст програми групового втручання ConquerFear-UA

Завдання сесії	Час (хвилини)
Сесія 1: Представлення групи та роз'яснення програми втручання	
<ul style="list-style-type: none"> • Представлення членів групи та обговорення очікувань (60 хв.) • Презентація моделі FCR, дуальної моделі та пояснення обґрунтування втручання (35 хв.) • Групова дискусія (25 хв.) 	120
Сесія 2: Екзистенційні питання та життєві цінності	
<ul style="list-style-type: none"> • Обговорення екзистенційних та духовних питань (60 хв.) • Знайомство з цінностями та цілями (30 хв.) • Групова дискусія (20 хв.) 	120
Сесія 3: Обговорення факторів вразливості та тригерів FCR	
<ul style="list-style-type: none"> • Обговорення минулого досвіду, який є фактором уразливості (60 хв.) • Перегляд страху рецидиву та визначення тригерів (20 хв.) • Групова дискусія (30 хв.) 	120
Сесія 4: Тренування відстороненої уважності	
<ul style="list-style-type: none"> • Презентація відстороненої уважності (20 хв.) • Демонстрація вправ на відсторонену уважність (20 хв.) • Ознайомлення з методикою тренування уваги (вправа, 20 хв.) • Обговорення відстороненої уважності та групова дискусія (50 хв.) 	120
Сесія 5: Метакогнітивні переконання і метапізнання	
<ul style="list-style-type: none"> • Способи оскарження метакогнітивних переконань (40 хв.) • Минуле-теперішнє-майбутнє (вправа, 20 хв.) • Зміна ідентичності та метапізнання (20 хв.) • Групова дискусія (30 хв.) 	120
Сесія 6: Відкладення хвилювань	
<ul style="list-style-type: none"> • Перегляд відкладення хвилювань (30 хв.) • Техніки управління хвилюваннями (20 хв.); • Баланс витрати ресурсів (вправа, 30 хв) • Групова дискусія (30 хв.) 	120
Сесія 7: Стратегії поведінки та спосіб життя для зниження ризику рецидиву раку	
<ul style="list-style-type: none"> • Нормалізація певного рівня моніторингу загроз; увага до власних емоцій та реакцій (20 хв.) • Обговорення способів життя та модифікація моніторингу загроз (40 хв.) • Поведінкові настанови для самоаналізу та реагування на симптоми (20 хв.); • Групова дискусія (30 хв.) 	120
Сесія 8: Підсумок роботи в групі та профілактика рецидивів	
<ul style="list-style-type: none"> • Обговорення нових цінностей і планування майбутніх цілей (30 хв.) • Консолідація нових стратегій управління FCR у майбутніх ситуаціях (30 хв.) • Підсумкове групове обговорення (50 хв.) 	120

До початку групового процесу проводиться окремо попередня індивідуальна зустріч з кожним пацієнтом (тривалістю до 60 хвилин) для визначення, чи варто долучати його до участі в групі, та для формування кейсу. Основною метою індивідуальної консультації є створення хороших стосунків між терапевтом та клієнтом та визначення потреби для кожного клієнта окремо, а також складання карти ситуації. Основні питання, які бажано висвітлити в процесі цієї зустрічі, наведено в Таблиці 4. Ця зустріч не включена до структури групового втручання ConquerFear-UA, оскільки є підготовчою.

Також на основі власних спостережень за онкопацієнтами та спираючись на існуючі наукові докази [13] ми вважаємо, що страх прогресування (англ. Fear of Progression,

ГоР) онкозахворювання відрізняється від FCR, тому у разі настання рецидиву психологічні переживання пацієнта суттєво змінюються. Відповідно, у нашому втручанні з кожним пацієнтом попередньо проговорено, що в разі настання рецидиву він припиняє участь у групі, але отримує завершальну індивідуальну консультацію. Зміст цієї завершальної зустрічі направлений на формування у пацієнта налаштованості на лікування та забезпечення початкової психологічної підтримки на етапі рецидиву.

Таблиця 4

Питання індивідуальної попередньої зустрічі з кожним клієнтом

Життєва ситуація клієнта:

- Вік, місце проживання, робота, освіта, професія, сім'я, попереднє психічне перенапруження, звернення за допомогою в зв'язку зі станом психічного здоров'я, фізичне здоров'я.
- Як відбувається повсякденне життя після лікування і як наслідки онкодіагнозу впливають на повсякденне життя клієнта?
- Можливо, змінений рівень функціонування, як? (соціально активний чи більш замкнутий?)
- Як вирішуються вторинні наслідки онкодіагнозу, таких як втрата доходу, переїзд, зміна обов'язків у повсякденних справах (приготування їжі, прання та допомога в домашніх завданнях...), втрата частини тіла, настання інвалідності?

Відносини з іншими в близькому оточенні та середовищі:

- Як складаються стосунки в оточенні клієнта, наприклад, сім'я, школа, дитячий садок, робоче місце, групи інтересів, спортивні команди?
- Чи знають про онкодіагноз оточуючі?
- Як змінились взаємозв'язки з клієнтом після онкодіагнозу?
- Чи є напруга/хвилювання, які пов'язані з оточенням клієнта?

Особистісні реакції:

- Які найбільш очевидні надмірні реакції у клієнта? (Наприклад, гнів, депресія, плач, соціальна замкнутість, зниження концентрації уваги та погіршення пам'яті, проблеми зі сном, тривога)
- Бачення клієнта щодо завершення лікування (як це емоційно впливає на пацієнтів).
- Як клієнт буде розмову з психологом?

Особистісний досвід:

- Чи має клієнт цілісне розуміння того, що сталося?
- Чи досвід розуміється та інтегрується у клієнта так, що дозволяє переказувати його іншим?
- Значення можливого рецидиву для себе та інших.
- Стратегії подолання FCR (включаючи поведінкове чи емоційне уникнення, наприклад, вживання алкоголю, уникнення певних місць, людей або ситуацій).
- Поточна частота самоспостереження та планових чи незапланованих медичних обстежень.

Критерії виключення учасників з участі у груповому втручанні ConquerFear-UA (протипокази):

- перебування в ремісії менше ніж півроку;
- вік старше 75 років, згідно з визначенням ВООЗ – старечій вік;
- ситуація клієнта настільки складна, що на решту учасників групи залишається недостатньо часу;
- клієнти, які проходять лікування з метою охорони психічного здоров'я (мають психічні розлади);
- настання рецидиву під час відвідування групи;
- фізичні обмеження (більшістю для очних груп): важко зрозуміти, важко транспортувати, важко прибути у встановлений час.

Крім того є дві категорії клієнтів, для яких заходи психологічного втручання, що проходять у групі, не є доречними в момент проведення інтерв'ю.

Перша категорія. Клієнти, які самі не хочуть більше брати участь у груповій роботі, наприклад:

- зараз клієнт не здатний чути про чужі проблеми, його переповнюють власні.

– переживає себе соціально замкнутим до такої міри, що обробка досвіду в групі коштує більше зусиль, ніж він може мобілізувати.

Друга категорія. Клієнти, яким можливо бути корисним почекати деякий час до настання змін, або не приймати участь в групі психологічної підтримки взагалі:

– сімейна ситуація або життєва ситуація бентежить клієнта. Наприклад, умови проживання, догляд за членом родини, якій цього потребує, або криза життєвих змін (розлучення, смерть близького родича);

– клієнти, які мають ознаки психотравми, мають бути перенаправлені на терапію травми перед початком роботи в групі по зменшенню FCR;

– ситуація клієнта має такий характер, що він/вона не матиме користі від роботи в групі і зустрічі з іншими онкоодужуючими;

– клієнти з діагнозами чи поведінковими моделями, які суттєво знизять користь від зібрань для інших, хто входить до тієї ж групи.

Клієнтів, які входять до категорії 2, необхідно проінформувати про перешкоди та шляхи змін.

Висновки. За розробленою структурою психологічного втручання ConquerFear-UA можливо проводити групи підтримки онкоодужуючих, особливо тих, в кого рівень страху рецидиву раку є підвищеним або дисфункційним. Завдяки чіткій структурі та докладно описаним методикам проводити групи може широке коло психологів після навчання використовувати це втручання, що допоможе надати більш широку психологічну допомогу українським онкоодужуючим, особливо зважаючи на можливість проводити групи онлайн.

Подальші дослідження мають бути спрямовані на визначення ефективності сформованої методики.

Список використаної літератури

1. Lebel S., Ozakinci G., Humphris G. et al. From normal response to clinical problem: definition and clinical features of fear of cancer recurrence. *Support Care Cancer*. 2016. № 24. p.3265–3268. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3272-5>
2. Hodgkinson, K., What is the psychosocial impact of cancer?, in *Psychosocial Care of Cancer Patients: A Health Professionals Guide to What to Say and Do*. K. Hodgkinson and J. Gilchrist, Editors. *Ausmed Publications*, 2008. Melbourne, Australia.
3. Simard, S. and J. Savard. Fear of Cancer Recurrence Inventory: development and initial validation of a multidimensional measure of fear of cancer recurrence. *Supportive Care in Cancer*. 2009. №17(3). p.241-251.
4. Butow Ph., Thewes B., Gilchrist J., Turner J. A Psychological and Educational Intervention for Fear of Cancer Recurrence. Therapist treatment manual. *University of Sydney*, 2022. ConquerFear manuals_individual and group format_incl handouts 050422.pdf (pocog.org.au)
5. Матреницький, В. Л. Забута психоонкологія: про необхідність психотерапії та психосоціальної реабілітації в профілактиці рецидивів та метастазів онкозахворювань. *Клінічна онкологія*, 2018. Том 8, № 1 (29).
6. Northouse, L.L. Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence. *Cancer Nurs.*, 1981. №4(3). P.213-220.
7. Wells, A. and Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The SREF model. *Behaviour Research and Therapy*. 1996. №34(11-12) p. 881-888.
8. Wells, A. Metacognitive Therapy: Cognition Applied To Regulating Cognition. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2008. № 36(Special Issue 06). p.651- 658.
9. Warwick, H.M.C. and P.M. Salkovskis. Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*. 1991. № 28(2). p.105-117.

10. Tattersall, M. and Butow, Ph. Consultation audio tapes: an underused cancer patient information aid and clinical research tool. *Lancet Oncology*. 2002. №3(7). p.431-437.
11. Tauber N., O'Toole M., Zachariae R. et al. Conquer Fear group manual. *University of Sydney*, 2022. conquerfear-group manual_incl handouts 050422.pdf (pocog.org.au)
12. Lysnyk K. Conducting psychological support groups online during the war in Ukraine. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2023. Vol.1. p.1-15. <https://doi.org/10.1080/14779757.2023.2167735>
13. Dinkel, A., Herschbach, P. Fear of Progression in Cancer Patients and Survivors. In: Goerling, U., Mehnert, A. (eds) *Psycho-Oncology: Recent Results in Cancer Research*. 2018. Vol 210. p.13-33. https://doi.org/10.1007/978-3-319-64310-6_2

FEATURES OF ADAPTATION OF CONQUERFEAR FOR PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO UKRAINIAN CANCER SURVIVORS

Kateryna Lysnyk

*Open International University of Human Development "Ukraine",
23, Lvivska str., Kyiv, Ukraine, 03115
ORCID ID 0000-0002-8196-6696
e-mail: kl0682311520@gmail.com*

The article examines the results of adapting the ConquerFear psychological intervention technique to help Ukrainian cancer survivors reduce their fear of cancer recurrence at the disease remission stage. The structure of the intervention program and recommendations for creating and leading support groups are provided. **Purpose:** to develop a method of psychological intervention that will provide an opportunity to effectively reduce the detected dysfunctional level of fear of cancer recurrence. **Methods:** a comparative analysis of existing methods of psychological intervention and compilation of the program structure for further use in Ukraine. **Results:** Fear of cancer recurrence is not a diagnosable mental disorder, but a clinical problem that occurs to varying degrees in many cancer survivors. It also is inextricably linked to survival and existential issues. Cancer survivors at the stage of remission face a crisis of life direction and also use excessive and inflexible monitoring of threatening symptoms of a possible recurrence. The developed intervention helps cancer survivors outline values and develop behavioral goals for the future. It was found that the most effective means of intervention are psychoeducation, working with the values, and cognitive processing of the use of behavioral coping strategies. **Conclusions:** According to the developed structure of the psychological intervention ConquerFear-UA, it is suggested to hold support groups for cancer survivors, especially for those who have a high or dysfunctional level of fear of cancer recurrence. According to the clear structure and detailed steps of the technique, groups can be conducted by a wide range of psychologists after learning them how to use this intervention. The resulting technique will help to provide extensive psychological assistance to Ukrainian cancer survivors, especially considering the possibility of holding groups online.

Key words: fear of cancer recurrence, support groups, detached attention, threat monitoring, reassessment of values and goals.