

ЛІТЕРАТУРА:

1. **Барамія Н.М.** Помилки і складності у діагностиці і медичній допомозі потерпілим з закритою торакоабдомінальною травмою на догоспітальному етапі / **Н.М. Барамія [та ін.]** // Клінічна хірургія.-2003. - № 7. - С. 44-46.
2. **Ганжий В.В.** Зондова корекція синдрому ентеральної недостаточності при абдомінальних ускладненнях у больних с політравмою / **В.В. Ганжий, Н.С. Кравец, П.Ю. Танцюра** // Хірургічна перспектива. – 2012. - № 1. – С. 21-25.
3. **Казарян В.М.** Дефекты оказания медицинской помощи при закрытой травме живота / **В.М. Казарян** // Судебно-медицинская экспертиза. - 2008. - № 4. - С. 37-39.
4. **Марков А.Э.** Диагностическая и лечебная тактика при травме двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 «Хирургия» / **А.Э. Марков.** - М., 2003. – 26 с.
5. Политравма. Руководство для врачей / В 2-х т. Т. 2 / [**В.В. Бойко, П.Н. Замятин, Н.Г. Кононенко и др.**]. – 2-е изд., перераб. и доп. – Х.: Фактор, 2011. – 688 с.
6. **Савельев В.С.** Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / **В.С. Савельев.** – М.: Триада - X, 2005. - 237 с.
7. **Birmes P.** Biological factors of post-traumatic stress: neuroendocrine aspects / **P. Birmes, M. Escande, P. Gourdy** // Encephale. - 2000. - Vol. 26, № 6. - P. 55-61.
8. **Brown M.A.** Blunt abdominal trauma: Screening US in 2,693 patients / **M.A. Brown [et al.]** // Radiology. - 2001. - Vol. 218, № 2. - P. 352-358.
9. **Leppaniemi A.** The role of laparoscopy in blunt abdominal trauma / **A. Leppaniemi [et al.]** // Ann. Med. - 1996. - № 6. - P. 483-489.

УДК 616.35-006-089.87:316.6

© Мерліч С.В., 2013.

ВИКОРИСТАННЯ РАЦІОНАЛЬНО-ЕМОТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОНКОХВОРОГО НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

Мерліч С.В.

Одеський національний медичний університет.

Мерліч С.В. Використання раціонально-емотивної терапії при організації медико-психологічного супроводу онкохворого на амбулаторному етапі лікування // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2013. – Т. 8, № 4. – С. 67 – 72.

Метою даної роботи була організація комплексного медико-психологічного супроводу онкохворого, який переніс оперативне втручання з формуванням кишкової стоми на амбулаторному етапі лікування, з використанням елементів раціонально-емотивної психотерапії, та перевірка її ефективності. Використовували метод трансформації ірраціональних настанов в раціональні, з метою вироблення навичок позитивного мислення та адаптивної поведінки. Проведення заходів комплексного мультидисциплінарного медико-психологічного супроводу онкохворих, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування, з включенням елементів раціонально-емотивної терапії, дозволяє значно покращити якість життя пацієнтів, поновити їх соціальні зв'язки, адаптивне функціонування та значно покращити психоемоційний стан 89,18 % досліджених.

Ключові слова: онкологічний пацієнт, медико-психологічний супровід, раціонально-емотивна терапія.

Мерлич С.В. Использование рационально - эмотивной терапии при организации медико - психологического сопровождения онкобольных на амбулаторном этапе лечения // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2013. – Т. 8, № 4. – С. 67 – 72.

Целью данной работы была организация комплексного медико-психологического сопровождения онкобольного, который перенес оперативное вмешательство с формированием кишечной стоми на амбулаторном этапе лечения, с использованием элементов рационально-эмотивной психотерапии, и проверка ее эффективности. Использовали метод трансформации иррациональных установок в рациональные, с целью выработки навыков позитивного мышления и адаптивного поведения. Проведение мероприятий комплексного мультидисциплинарного медико- психологического сопровождения онкобольных, которые перенесли оперативное вмешательство с формированием кишечной стоми, на амбулаторном этапе лечения, с включением элементов рационально-эмотивной терапии, позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов, восстановить их социальные связи, адаптивное функционирование и значительно улучшить психоэмоциональное состояние 89,18 % обследованных.

Ключевые слова: онкологический пациент, медико - психологическое сопровождение, рационально - эмотивная терапия.

Merlich S.V. Use of rational - emotive therapy in medical and psychological support of cancer patients at the outpatient phase of treatment // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2013. – Т. 8, № 4. – С. 67 – 72.

The aim of this work was to organize a complex medical and psychological support for cancer patients who underwent surgery with the formation of intestinal stoma in outpatient treatment, using elements of rational-emotive therapy, and test its effectiveness. The method of transformation irrational rational guidelines in order to develop positive thinking skills and adaptive behavior. Measures comprehensive multidisciplinary medical and psychological support for cancer patients who postpone surgery with intestinal stoma formation on outpatient treatment, with the inclusion of elements of rational-emotive therapy can significantly improve the quality of life of patients renew their social ties and adaptive functioning and well improve the psycho-emotional state of 89,18 % studied persons.

Keywords: cancer patients, medical and psychological support, rational- emotive therapy.

Постановка проблеми. Медичні, психологічні та психосоціальні наслідки онкологічного захворювання для пацієнта, а також необхідність створення та втілення комплексних терапевтичних програм, які б враховували не тільки медичну складову проблеми, але й дозволяли корегувати порушення в клініко-психологічній, індивідуально-психологічній, а також в сфері соціального функціонування пацієнта обумовлюють актуальність та важливість проблеми організації медико-психологічного супроводу особи, хворої на онкопатологію [2, 3].

Матеріали та методи дослідження. За умови письмової інформованої згоди на базі Одеського обласного онкологічного диспансеру обстежено 324 особи, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми.

Серед загальної кількості обстежених було відібрано 311 осіб, віком від 45 до 63 років, з яких було сформовано дві групи дослідження за статеву належністю (154 чоловіки – група 1 та 157 жінок – група 2). В осіб чоловічої та жіночої статі, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, було визначено порушення психо-емоційного стану, соціального функціонування, а також загострення характерологічних рис, що негативно впливало на процес відновлення здоров'я пацієнта після операції, а також погіршувало якість життя онкохворого. Для проведення корекційної роботи методом сліпої рандомізації попередньо досліджені особи були розділені на чотири групи

втручання (з них дві основні групи (ОГ) та дві – порівняння (ГП)): чоловіки: ОГ1 (79 осіб) та ГП1 (75 осіб); жінки: ОГ2 (79 осіб) та ГП2 (78 осіб). В усіх ОГ протягом року на тлі амбулаторного ведення хворого лікарем-онкологом, проводили комплексний мультидисциплінарний медико-психологічний супровід онкохворих на амбулаторному етапі. В обох ГП хворі проходили виключно набір процедур, які передбачено стандартами надання допомоги онкохворому після формування кишкової стоми на амбулаторному етапі лікування.

Результати та їх обговорення. Метою даної роботи була організація комплексного медико-психологічного супроводу онкохворого, який переніс оперативне втручання з формуванням кишкової стоми на амбулаторному етапі лікування, з використанням елементів раціонально-емотивної терапії, а також перевірка її ефективності. Робота з онкохворими ОГ на амбулаторному етапі складалась з комплексу заходів, спрямованих на надання кваліфікованої мультидисциплінарної допомоги пацієнту та його родині на амбулаторному етапі лікування.

В процесі надання комплексної мультидисциплінарної допомоги онкохворому, використовували елементи раціонально-емотивної терапії (РЕТ) за А. Елісом [1]. Раціонально-емотивну терапію проводили в декілька етапів (рис. 1).

I етап: на першому етапі відбувалося прийняття клієнтом філософії РЕТ. Мета першого етапу - допомогти пацієн-

ту зрозуміти, що його емоційні та/або поведінкові проблеми є наслідком не об'єктивної ситуації, а результатом власних думок про ситуацію. Для досягнення цієї мети психотерапевт намагається спростувати переконання клієнта щодо того, що інші люди або зовнішні події є джерелом його емоцій, і переконати клієнта в можливості управляти власними емоціями шляхом зміни думок з ірраціо-

нальних на раціональні. Вже на першому етапі психотерапевт може познайомити клієнта зі схемою АВС і розповісти про вплив думок на емоції, навести приклади з реального життя, розглянути з клієнтом будь-яку актуальну для нього ситуацію з урахуванням цієї інформації і показати, яким чином зміна ставлення до ситуації дозволяє змінити емоційні та поведінкові реакції на неї.

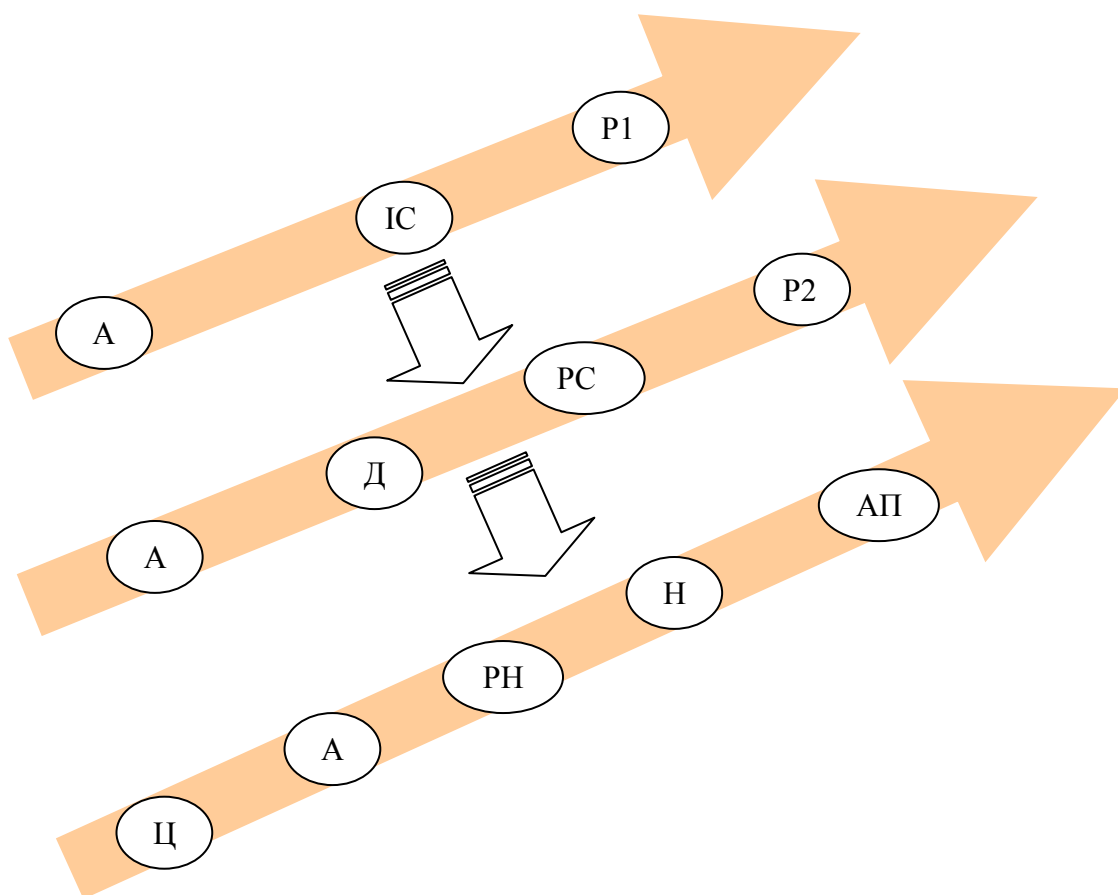


Рис. 1. Модель трансформації ірраціональних настанов у раціональні.

Примітки: А – активізуючі події в житті людини, ситуація, подія, яка запускає ті або інші відчуття; С – судження: раціональні (РС) і ірраціональні (ІС) переконання, життєві принципи і настанови, уявлення про ту або іншу ситуацію; Н – наслідки: емоційні і поведінкові: Н1- негативні дезадаптивні наслідки; Н2 – позитивні адаптивні наслідки. Ц - цілі, фундаментальні і первинні. Д - дискусія ірраціональних вірувань. АП - адаптивна поведінка.

II етап: збір інформації про клієнта і вибір проблеми. Використовували поведінковий аналіз проблеми, психодіагностичні методики і т. д. На даному етапі визначали проблему – мішень, яка і

була орієнтиром для психотерапії, і критерієм її ефективності.

III етап: прояснення активізуючої події. Мета даного етапу - розпізнавання А (активуючої події), яка запускає ірраціональне судження (ІС) і призводить до

розвитку негативних емоційних і поведінкових наслідків (Н2) При описі проблемної ситуації клієнт часто змішує кілька різномірних явищ: реальна подія, своє суб'єктивне сприйняття події та оцінку події. На даному етапі психолог пояснює клієнту відмінності між дескриптивними і оцінними судженнями і допомагає сформулювати безоцінний опис події.

При описі А можуть виникнути дві протилежні проблеми: надлишкова деталізація або навпаки, невизначеність. У першому випадку психотерапевт присікає поглиблення в малозначні деталі і повертає клієнта до суті проблеми, використовуючи уточнюючі питання або переформулювання розказаного з виділенням найбільш важливого. При невизначеності в описі А ефективно використовували повторні питання, прохання навести приклад з недавнього минулого, заповнення щоденника самоспостереження, поведінковий аналіз ситуації та ін.

IV етап: робота над наслідками (Н). За допомогою аналізу наслідків визначалася мета психотерапії. Після опису негативних результатів клієнт повинен був відповісти на питання, чи готовий він витратити час і сили на боротьбу з ними. Продовження роботи було можливим тільки при позитивній відповіді на дане питання.

V етап: ідентифікація установок. На даному етапі виявлялись пов'язані з психотравмуючою ситуацією (А) ірраціональні судження (ІС). Для вирішення даної задачі клієнт повинен навчитися розрізняти описові, раціональні та ірраціональні судження. РЕТ розділяє всі судження на дескриптивні (описові, безоцінні) та оцінні. Якщо диференціація дескриптивних та оцінних суджень зазвичай не представляє для клієнта утруднення, то розрізнення раціональних і ірраціональних когніцій є більш складним завданням. Психолог навчав пацієнтів використовувати для визначення типу когніції чотири наступні критерії: істинність судження; ступінь обов'язковості реалізації судження; рівень випробовуваних емоцій; свободу вибору в досягненні ме-

ти.

Раціональне судження: 1) реалістично, істинно, воно вірно відображає дійсність; 2) висловлює більше побажання, ніж не терпить заперечень і альтернатив припис певного розвитку подій; 3) як правило, супроводжується помірними емоціями; 4) зберігає для клієнта свободу вибору в обранні інших способів досягнення мети або навіть зміни мети.

На противагу сказаному вище, ірраціональне судження: 1) не є реалістичним, оскільки воно спотворює реальність, його істинність неможливо довести; 2) виражає вимогу (до себе, інших, світу), наказ, імператив, який не допускає виключень або альтернатив; 3) призводить до сильних і тривалих негативних переживань; 4) фіксує людину на єдиній меті і цим обмежує свободу вибору.

З метою навчити онкохворих відрізняти раціональні судження від ірраціональних використовували прийоми опитування, заповнення щоденника самоспостереження, а також зосередження на образах. Опитування допомагало сформулювати ірраціональні судження, що дало змогу надалі працювати з цими формулюваннями та трансформувати їх у позитивні, раціональні. Також використовували заповнення щоденника самоспостереження, який містив чотири колонки: 1) дата і час; 2) опис проблемної ситуації (А); 3) опис думок (В), що викликали в проблемній ситуації А наслідки С; 4) опис емоційних і поведінкових наслідків С. Зосередження на образах психолог здійснював, пропонуючи клієнту згадати проблемну ситуацію, сконцентруватися на ній і якомога детальніше описати. Далі у пацієнта розпитували про думки, які виникають у свідомості при згадуванні психотравмуючої ситуації.

VI етап: диспут. Диспут - це дискусія, під час якої відбувається остаточне розділення раціональних і ірраціональних когніцій і здійснюється оскарження і корекція ірраціональних установок. Пацієнт, який спочатку був носієм ірраціональних установок, в процесі дискусії, під впливом різних аргументів, поступово ві-

дмовляється від них і замінює їх на раціональні.

У диспуті виділяють дві фази: 1) вивчення та критичне обговорення пов'язаних з проблемою ірраціональних установок; 2) заміна ірраціональних установок на раціональні. Ми використовували три види диспуту: когнітивний, образний і поведінковий.

Когнітивний диспут – дискусія, яка відбувалась на раціональному рівні і використовувала, в основному, прийоми розмовної терапії (сократичний діалог, повчальні історії з життя інших людей, аналогії, метафори, притчі, питання). Головний інструмент когнітивного диспуту – використання питань.

Образний диспут передбачав використання уяви і використовувався самостійно або як наступний етап після когнітивного диспуту. В процесі образного диспуту використовували наступні прийоми: уявлення психотравмуючої ситуації, негативні уявлення: уявлення клієнтом найгіршого варіанту проблемної ситуації і намагання викликати у себе попередні негативні емоції; позитивне уявлення: клієнт в уяві занурюється в проблемну ситуацію, але з першого ж моменту представляє себе в позитивному стані, а потім формулює раціональні настанови, які допомогли успішно виконати завдання; образ подолання: клієнт уявляє психотравматичну ситуацію і відновлює свої звичайні ірраціональні думки, потім він проводить активну внутрішню дискусію, замінюючи ірраціональні настанови раціональними, чітко формулюючи і розвиваючи їх; образний диспут в стані релаксації: використання стану релаксації полегшує подолання негативних емоцій і пов'язаних з ними ірраціональних когніцій.

Поведінковий диспут допомагає клієнту, змінюючи поведінку, спростувати власні ірраціональні настанови. Так, клієнту пропонується зміна поведінки на протилежну: клієнт заохочується багатозадово вчиняти дії, що викликають емоційний дискомфорт. При виконанні за-

вдання клієнт поступово приходять до переконання, що проблемна ситуація не обов'язково повинна викликати сильні неприємні емоції і що зміна когніцій призводить до усунення несприятливих емоційних і поведінкових наслідків.

VII етап: закріплення змін. На даному етапі нові раціональні переконання мають стати звичними для клієнта, мають втілитися в його повсякденних вчинках. Для закріплення змін використовували домашні завдання, такі як поведінковий тренінг, заповнення щоденника самостереження за думками в реальних ситуаціях, прослуховування записів колишніх занять, самостійне читання спеціальної літератури.

Використання РЕТ допомагає не тільки виробити та зміцнити раціональні переконання і остаточно звільнитися від ірраціональних настанов, а й виявити нові, корисні, раціональні переконання, а також сформуванню адаптивну поведінку (АП).

Висновки: 1) Важливим етапом надання допомоги онкологічному пацієнту є організація комплексного мультидисциплінарного медико-психологічного супроводу онкохворого на етапі амбулаторного лікування після виписки зі стаціонару. 2) До мультидисциплінарної команди, яка організовує супровід онкохворого на амбулаторному етапі лікування, повинні входити спеціалісти лікарі-онкологи, середній та молодший медичний персонал, психологи, соціальні помічники, волонтери, представники громадських організацій, а також родина онкохворого. 3) Проведення заходів комплексного мультидисциплінарного медико-психологічного супроводу онкохворих, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування, з використанням елементів раціонально-емотивної терапії дозволяє значно покращити якість життя пацієнтів, поновити їх соціальні зв'язки та адаптивне функціонування та значно покращити психоемоційний стан 89,18 % досліджених ОГ.

ЛІТЕРАТУРА:

1. **Александров А.А.** Современная психотерапия. Курс лекций / **Артур Александрович Александров** - СПб.: "Академический проект", 1997 – 335 с.
2. **Максименко С.Д.** Психологічна допомога тяжким соматично хворим: навч. посіб. для студ. вищих навч. закладів / **С.Д. Максименко, Н.Ф. Шевченко.** – К.: Ніжин Міланік, 2007. – 115 с.
3. **Тарабрина Н.В.** Практикум по психологии посттравматического стресса / **Н.В. Тарабрина.** – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.

УДК 616.895.8-08:316.6

© Морванюк Г.В., 2013.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Морванюк Г.В.

Одеський національний медичний університет.

Морванюк Г.В. Особливості психосоціальної дезадаптації хворих на параноїдну шизофренію // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2013. – Т. 8, № 4. – С. 72 – 76.

Метою даного дослідження було визначення рівня соціальної адаптації та соціальної фрустрованості чоловіків та жінок, хворих на параноїдну шизофренію. Наведено дані психодіагностичного обстеження 90 жінок та 92 чоловіків, що страждали на параноїдну форму шизофренії, віком від 18 до 49 років. Психодіагностичне дослідження включало: клінічне інтерв'ю з використанням «Анкети для визначення задоволеності соціальним функціонуванням», а також методику діагностики рівня соціальної фрустрованості Васермана (в адаптації Бойко). Обґрунтовано необхідність врахування соціального фактору при розробці психокорективних заходів для хворих на шизофренію.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, соціальна адаптація, соціальна фрустрованість.

Морванюк Г.В. Особенности психосоциальной дезадаптации больных параноидной шизофренией // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2013. – Т. 8, № 4. – С. 72 – 76.

Целью данного исследования было определение уровня социальной адаптации и социальной фрустрированности мужчин и женщин, больных параноидной шизофренией. Приведены данные психодіагностического обследования 90 женщин и 92 мужчин, страдающих параноидной формой шизофрении, в возрасте от 18 до 49 лет. Психодіагностическое исследование включало: клиническое интервью с использованием «Анкеты для определения удовлетворенности социальным функционированием», а также методику диагностики уровня социальной фрустрированности Васермана (в адаптации Бойко). Обоснована необходимость учета социального фактора при разработке психокоррекционных мероприятий для больных шизофренией.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, социальная адаптация, социальная фрустрированность.

Morvanyuk G.V. Features psychosocial disadaptation patients with paranoid schizophrenia // Загальна патологія та патологічна фізіологія. – 2013. – Т. 8, № 4. – С. 72 – 76.

The purpose of this study was to determine the level of social adaptation and social frustration of men and women, patients with paranoid schizophrenia. The data of psychodiagnostic examination in 90 women and 92 men suffering from paranoid schizophrenia at the age of 18 to 49 years. Psychodiagnostic study included: clinical interview with "Satisfaction Questionnaire for determining social functioning" as well as the procedure for diagnosing the level of social frustration by Wasserman (adaptation Boyko). The necessity of addressing the social factors in the development of corrective treatment for patients with schizophrenia is described.

Keywords: paranoid schizophrenia, social adaptation, social frustration.

Параноїдна форма шизофренії є найбільш поширеною і складною по клінічній картині, протіканню і результатом – шизофренічним розладом. Розвивається вона у віці старше 20-23 років, проте можливо і ранній початок в юнацькому віці, тобто пізніше, ніж при гебефренній і ка-

татонічній формах шизофренії. Як для будь-якого типу шизофренії, для параноїдальної форми властива зміна свідомості, розщеплення і порушення її цілісності [2].

Клінічні прояви при параноїдній шизофренії характеризуються відносно