

ПРИНЦИПЫ, СТРУКТУРА И ТЕХНОЛОГИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ  
Г.А. Приб

В статье рассмотрены теоретические взгляды на формирование принципов, структуры и технологии медико-социальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами.

**Ключевые слова:** медико-социальная экспертиза, ограничения жизнедеятельности, социальная недостаточность.

PRINCIPLES, STRUCTURE AND TECHNOLOGY OF MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS  
G. Prib

The article covers theoretical notions on formation of principles, structure and technology of medical and social rehabilitation of people with mental disorders.

**Key words:** medico-social expert evaluation, criteria of disability, social failure.

УДК 616.35-006-089.87:316.6

С.В. Мерліч

## ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ З РОДИНОЮ ЯК ЕТАП КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОНКОХВОРОГО

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

### Ключові слова:

онкохворий пацієнт,  
медико-психологічний  
супровід родини  
онкохворого,  
мультидисциплінарна  
команда.

Метою нашої роботи була організація комплексного медико-психологічного супроводу родини онкохворого, який переніс оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування, та перевірка її ефективності. До мультидисциплінарної команди, яка організувала супровід родини онкохворого на амбулаторному етапі лікування, входили лікарі-онкологи, середній та молодший медичний персонал, психологи, соціальні помічники, волонтери, представники громадських організацій. Проведення заходів комплексного мультидисциплінарного медико-психологічного супроводу родин онкохворих, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування дозволяє значно поліпшити якість життя пацієнтів, поновити їх соціальні зв'язки та адаптивне функціонування й значно покращити психоемоційний стан 89,18% обстежених.

Онкологічне захворювання члена родини має психотравматичний вплив на інших її членів [1–6]. Це часто пов'язане зі зміною звичного ритму життя, зменшення турботи та уваги батьків, зростанням сімейного напруження, матеріальними обмеженнями. Психоемоційний стан осіб, які знаходяться в близькому оточенні онкологічного хворого, тісно пов'язаний зі змінами у фізичному та психічному стані хворого [2]. Водночас психологічне самопочуття пацієнта залежить від емоційного стану членів його родини та близьких друзів [3, 4].

### Матеріали та методи дослідження

На базі Одеського обласного онкологічного диспансеру за умови інформованої згоди обстежено 324 особи, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми.

Серед загальної кількості обстежених було відібрано 311 особу віком від 45 до 63 років, з яких за статеву належністю було сформовано дві групи дослідження (154 чоловіки – Г1 та 157 жінок – Г2). У осіб чоловічої та жіночої статі, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, було визначено порушення психоемоційного стану, соціального функціонування, а також загострення характерологічних рис, що негативно впливали на процес відновлення здоров'я пацієнта після операції, а також погіршували якість його життя. Для проведення корекційної роботи методом сліпої рандомізації раніше досліджені групи

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

### Результати та їх обговорення

Робота з родиною на амбулаторному етапі лікування допомагала у взаєморозумінні, підтримці і створенні адекватного мікроклімату у сім'ї пацієнта [1].

Робота з сім'єю онкохворого мала три складові: інформаційний (теоретичний) блок, комунікативний тренінг, системна сімейна психотерапія.

До теоретичного блоку входило проведення лекційних занять, які містили інформацію щодо сучасного стану проблеми онкопатології. Також надавали інформацію щодо психологічних особливостей онкохворого та порушень його соціального функціонування. Підкреслювалась важливість участі родини в системі надання комплексної допомоги такому хворому.

Комунікативний тренінг для членів родини онкохворого був побудований на основі поведінкової терапії.

Його метою був розвиток і відпрацювання оптимально-го для стосунків родини з онкохворим типу поведінки. Група допомогала учасникам виробити і розвинути найважливіші емоційні і міжособистісні вміння, зміст яких визначався угодою між онкохворим, його родиною та керівником групи. Метою комунікативного тренінгу було відпрацювання умінь ефективної комунікації між онкохворим та членами його родини. Основними завданнями тренінгу були такі:

- корекція типів реагування членів сім'ї на складні фруструючі ситуації, що виникають в сімейній комунікації. Розвиток умінь брати на себе відповідальність за розв'язання ситуації і формування навичок її спільного вирішення та обговорення;
- відпрацювання стадій вирішення комунікаційної проблеми. Розвиток умінь усвідомлювати свої потреби, адекватно передавати інформацію про їх зміст і, відповідно, ефективно приймати та декодувати її. Формування навичок ефективного спілкування з онкохворим на амбулаторному етапі лікування;
- зміцнення згуртованості сім'ї. Усвідомлення кожним її членом своєї індивідуальності, свого «Я» і одночасна його інтеграція в цілісну сімейну структуру. Вироблення конструктивної позиції ставлення до онкохворого члена родини через корекцію системи сімейних ролей;
- формування уявлень про перспективи розвитку сім'ї.

Поставлені завдання визначали зміст основних корекційних блоків, які входили до структури програми комунікативного тренінгу.

Загалом комунікативний тренінг складався з 16 тренінгових занять. Загальна тривалість одного такого заняття складала 2 години (120 хвилин). Кожне заняття містило завдання з кожного із чотирьох етапів тренінгу.

До кожного заняття входили розминкові вправи, які готували учасників до основної частини та дозволяли створити у групі спокійну й невимушену атмосферу, а також інформаційна частина, в ході

якої учасники отримували знання про психологічні основи взаємодії у родині. Вона супроводжувалася груповою дискусією, яка була способом організації спілкування учасників групи, що дозволяв зіставити протилежні позиції, побачити проблему з різних сторін, що зменшує опір сприйняттю нової інформації, усуває інформаційну упередженість. У цій частині тренінгу також використовували груповий аналіз ситуацій (кейс-метод), який стимулює звернення до досвіду інших, що визначало прагнення до набуття теоретичних знань для отримання відповідей на обговорювані питання.

Основними процедурами змістової частини тренінгу, орієнтованої на вирішення проблем учасників групи, були «операціоналізація» і «репетиція поведінки». Метою «операціоналізації» було переведення неясних думок, мотивів, бажань в об'єктивні, спостережувані дії. Почуття і бажання операціоналізувались в інтонації, дотуку або вербальному вираженні.

Основний зміст методики «репетиція поведінки» становило рольове програвання ситуацій, які свого часу створили або могли створити проблеми для учасників групи. У ній використовували прийоми поведінкового навчання, при якому моделювались оптимальні способи управління ситуацією. Важливим прийомом репетиції поведінки було підкріплення. В якості нього виступали позитивні реакції, що виражались в разі успішного вирішення ситуації керівником і учасниками групи. При цьому підкріплювалось будь-яке поліпшення в плані розв'язання скрутної, конфліктної ситуації, а не тільки успішне її завершення. Використання рольової гри як основного інструмента репетиції поведінки ґрунтувалося на тому факті, що подібне усвідомлення приводить до дії, а його виконання – до розширення усвідомлення самого себе.

Для груп, у роботі з якими використовуються поведінкові техніки, важливими аспектами проведення комунікативного тренінгу є вимір (діагностика) та оцінка ефективності. Процедура оцінки тісно пов'язана з діагностичним етапом проведення тренінгу, оскільки початкове виявлення рівня розвитку тієї чи іншої ознаки дозволяє визначити його зміну після проходження тренінгової програми.

Психологічна дезадаптація членів родин онкохворих несприятливо впливає як на лікування, так і на якість життя. Найчастіше члени сім'ї надто зайняті увагою, яку приділяють онкологічному хворому. Родичі можуть відчувати гнів, який складно приховати, від почуття безсилля і відсутності контролю над ситуацією. Зазвичай під цим приховане відчуття провини і того, що у житті щось зроблено неправильно. Наразі самі родичі потребують психокорекційної допомоги. Тому найважливіше місце у програмі роботи з онкологічними хворими займає взаємодія з членами його сім'ї та найближчим оточенням. Інструментом роботи з членами сім'ї онкохворого стала системна сімейна психотерапія. Системний підхід ґрунтується на такому:

1. Сім'я, як система – більше, ніж просто сума її частин.
2. При впливі на сім'ю в цілому відбувається вплив на кожну з її складових.

Таблиця. Етапи комунікативних завдань для родини хворого з кишковою стомою

<b>I. Організаційний етап</b>	Знайомство з учасниками групи. Первинна діагностика проблем і очікувань від майбутньої роботи. Виявлення і корекція мотивації учасників
<b>II. Ознайомчий етап</b>	Знайомство учасників один з одним. Визначення приватних цілей кожного і загальних цілей роботи групи. Створення атмосфери співпраці і безпеки
<b>III. Розв'язання заявлених проблем</b>	Дестабілізація уявлень учасників про себе і свою поведінку. «Операціоналізація» і «репетиція поведінки». Груповий аналіз ситуацій (кейс-метод). Формування та аналіз даних про майбутнє родини
<b>IV. Заключний етап</b>	Рефлексія змін, що відбулися з учасниками групи. Вимір (діагностика) та оцінка ефективності СПТ. Прогнозування учасниками перспективних сімейних планів

3. Зміна в одній частині системи впливає на всю систему, а також на частини, з яких вона складається.

Усвідомлення реальної сімейної проблеми має діагностико-терапевтичне значення, при якому виявлене й усвідомлене утруднення змушує членів сім'ї переглянути свою поведінку, допомагає їм перебороти бар'єр винятковості ситуації й виробити позитивне ставлення до проблеми, створює можливість позитивного її вирішення. Сімейна терапія містить у собі знаходження компромісу в культурно-значеннєвій сфері, корекцію соціально-психологічних стереотипів, що накопичилися, опанування навичками неконфліктного спілкування. Однією з методик системної сімейної терапії, які використовували для допомоги родинам хворих з сформованою кишковою стомою, була побудова генограми сім'ї. Генограма – це схема сімейної історії, яка утворена за визначеними правилами і відображає взаємини в поколіннях прародичів, батьків і у самій сім'ї. Процес побудови генограми має ряд значних переваг у вирішенні завдань сімейної психопрофілактики: він достатньо захоплюючий і задовольняє одну з глибинних потреб людей у знанні своїх коренів; у його ході члени сім'ї, які могли довгий час практично не спілкуватися, втягуються в спільну діяльність; підсумкова картина тут має значну інформативність генетичного, онтогенетичного або набутого характеру. Також використовували метод сімейних розстановок за Хелінгером. Розстановка – це робота над усвідомленням глибинних підсвідомих процесів, які формують проблему, з метою знайти шляхи її розв'язання. Під час роботи за цим методом клієнт розставляє людей (заступників) в робочому просторі групи, інтуїтивно визначаючи кожному своє місце. Розставлені клієнтом фігури відображають його підсвідомий образ ситуації, з якою він працює в розстановці. В основі роботи розстановки лежить той феномен, що люди беруть на себе роль іншої людини, про яку не мають жодної інформації, але в цій ролі вони здатні сприймати і відчувати те саме і так само, як ті, кого вони заміщають. Заступники, озвучуючи свої стани та переживання, дозволяють психологу відновити хід подій сімейної історії і поступово, крок за кроком,

розплутати клубок сімейних взаємин. Робота ведеться за допомогою додавання, переміщення заступників в полі розстановки, застосовуються різні техніки і ритуали. Показником вірності рішення для даної системи є комфортний стан всіх учасників розстановки (рівні почуття, відсутність дискомфорту в тілі тощо), ознаки фізичного і психічного полегшення у клієнта.

## Висновки

Важливим етапом надання допомоги онкохворому пацієнту є організація комплексного мультидисциплінарного медико-психологічного супроводу його родини на етапі амбулаторного лікування.

До мультидисциплінарної команди, яка організовує супровід родини онкохворого на амбулаторному етапі лікування, повинні входити лікарі-онкологи, середній та молодший медичний персонал, психологи, соціальні помічники, волонтери, представники громадських організацій.

Проведення заходів комплексного мультидисциплінарного медико-психологічного супроводу родини онкохворих, які перенести оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі лікування (інформування, системна сімейна терапія, комунікативний тренінг) дозволяє значно покращити якість життя пацієнтів, поновити їх соціальні зв'язки та адаптивне функціонування і значно поліпшити психо-емоційний стан 89,18% досліджених.

## Список використаної літератури

1. Алешина Ю. Е. *Индивидуальное и семейное психологическое консультирование* / Ю. Е. Алешина. – М.: Класс, 2000. – 214 с.
2. Гнездилов А. В. *Психические изменения у онкологических больных* / А. В. Гнездилов // *Практ. онкол.* – 2001. – № 1. – С. 5–13.
3. Монтгомери Ч. *Психоонкология: достижение зрелости* / Ч. Монтгомери // *Psychiatric Bulletin.* – 1999. – Vol. 23. – P. 431–435.
4. Писаренко Н. А. *Психологическая адаптация семьи ребенка с онкологическим заболеванием на этапе ремиссии* / Н. А. Писаренко // *Рос. вестн. перинатологии и педиатрии.* – 1998. – № 3. – С. 39–41.
5. Back A. L. *Approaching difficult communication tasks in oncology* / A. L. Back, R. M. Arnold, W. F. Baile // *CA Cancer J. Clin.* – 2005. – Vol. 55. – P. 164–177.
6. Holland J. C. *Psycho-Oncology* / J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen. – Oxford University press, 2010. – P. 712.

### ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С СЕМЬЕЙ КАК ЭТАП КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОНКОБОЛЬНЫХ С.В. Мерлич

Целью данной работы была организация комплексного медико-психологического сопровождения семьи онкобольного, перенесшего оперативное вмешательство с формированием кишечной стоми на амбулаторном этапе лечения, и проверка ее эффективности. В мультидисциплинарную команду, которая организовывала сопровождение семьи онкобольного на амбулаторном этапе лечения, входили врачи-онкологи, средний и младший медицинский персонал, психологи, социальные помощники, волонтеры, представители общественных организаций. Проведение мероприятий комплексного мультидисциплинарного медико-психологического сопровождения семьи онкобольных, перенесших оперативное вмешательство с формированием кишечной стоми, на амбулаторном этапе лечения позволяет значительно улучшить качество жизни пациентов, восстановить их социальные связи и адаптивное функционирование и значительно улучшить психоэмоциональное состояние 89,18% обследованных.

**Ключевые слова:** онкологический пациент, медико-психологическое сопровождение семьи онкобольного, мультидисциплинарная команда.

### ORGANIZATION OF FAMILY WORK AS A STAGE OF INTEGRATED HEALTH-PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF CANCER PATIENTS S. Merlich

The aim of this work was the organization of complex medical and psychological support to families with cancer patient, who underwent surgery with the formation of intestinal stoma outpatient treatment, and testing its effectiveness. The multi-disciplinary team that organized support families with cancer outpatient treatment included specialists oncologists, middle and junior medical staff, psychologists, social assistants, volunteers, representatives of public organizations. Event management integrated multidisciplinary medical and psychological support families of cancer patients who transfer surgery with the formation of intestinal stoma, outpatient treatment can significantly improve the quality of life of patients regain their social networks and adaptive functioning and emotional state significantly improve 89,18% of patients.

**Key words:** cancer patient, medical and psychological support to families of cancer patients, multidisciplinary team.