

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.35-006-089.87:316.6

С.В. Мерліч

ВИКОРИСТАННЯ СТРАТЕГІЙ РАЦІОНАЛЬНО-ЕМОТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ХВОРИХ З КИШКОВОЮ СТОМОЮ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Ключові слова:

раціонально-емотивна терапія за А. Еллісом, ірраціональні настанови, копінг-стратегія, алекситимія, кишкова стома, онкопсихологія, паліативна допомога, соціальна онкологія.

У статті описані основні принципи та етапи організації раціонально-емотивної терапії (РЕТ) за А.Еллісом, як одного із основних методів психокорекційної роботи з онкохворими із кишковою стомою на амбулаторному етапі лікування. Якщо ірраціональні настанови не реалізуються, вони призводять до тривалих неадекватних ситуацій емоцій, ускладнюють діяльність індивіда та погіршують загальну якість життя, що є актуальною проблемою при роботі зі стомованими хворими. У ході проведення дослідження за допомогою психодіагностичного методу була доведена ефективність використання РЕТ у хворих із кишковою стомою на амбулаторному етапі лікування.

Постановка проблеми. А. Елліс вважав, що у людини, яка нормально функціонує, є раціональна система оцінних когніцій, яка створена за допомогою гнучких зв'язків між дескриптивними і оцінними когніціями. Джерелом психологічних порушень, на його думку, є система індивідуальних ірраціональних уявлень про світ, засвоєна, як правило, в дитинстві від значущих дорослих. Якщо ірраціональні настанови не реалізуються, вони призводять до тривалих неадекватних ситуацій емоцій, ускладнюють діяльність індивіда та погіршують загальну якість життя.

Враховуючи те, що протипухлинне лікування у вигляді оперативного втручання з формуванням кишкової стоми є потужним стресогенним чинником для пацієнта, робота з ірраціональними установами є необхідною для поліпшення стану хворого та розробки адаптивної поведінки [2–4]. Вищезазначене обумовлює актуальність проведення даного дослідження.

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування та практичне вирішення актуальної проблеми мультидисциплінарного супроводу стомованого хворого на амбулаторному етапі лікування, з використанням стратегії раціонально-емотивної терапії (РЕТ) за А. Еллісом.

Матеріали та методи дослідження

У процесі дослідження було використано комплекс методів, а саме: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення), клініко-психологічний метод (спостереження, структуроване інтерв'ю), психодіагностичний (психологічне тестування), статистичний, психотерапевтичний.

Психодіагностичний блок включав у себе наступні методики: Торонтська алекситимічна шкала (ступінь

алекситимії), тест ЛОБІ (визначення типу ставлення до хвороби), методика Д. Амірхана (особливості поведінкових копінг-стратегій), тест Васермана – Гуменюка (тип поведінкової активності), тест А. Еліса (наявність ірраціональних установок) [5].

На основі отриманих результатів психодіагностики було розроблено та впроваджено в систему медико-психологічної допомоги даній категорії хворих, на амбулаторному етапі лікування, схему проведення раціонально-емотивної терапії (РЕТ) за А. Еллісом.

Для участі у дослідженні було відібрано 311 особу віком від 36 до 90 років, яких поділили на дві групи за статевою належністю (154 чоловіки – Г1 та 157 жінок – Г2). Для оцінки ефективності впливу психотерапії на психоемоційні особливості хворих з онкопатологією ми визначили та порівняли рівні тривожності, депресії та відчуття самотності в двох основних групах (ОГ) та двох групах порівняння (ГП).

Результати та їх обговорення

Під час надання комплексної медико-психологічної допомоги хворим із кишковою стомою на амбулаторному етапі лікування необхідно навчити їх трансформувати ірраціональні настанови у позитивні – раціональні. У нашому дослідженні для досягнення цієї мети ми використовували стратегії раціонально-емотивної терапії (РЕТ) за А. Еллісом.

РЕТ ґрунтується на низці суджень про людську природу і походження людських нещасть, або емоційних порушень [1, 5]. Ось деякі з цих суджень: емоційне або психологічне порушення є результатом ірраціонального та нелогічного мислення; індивідів з вираженими емоційними порушеннями характеризує те, що вони підтриму-

ють свої порушення і зберігають нелогічну поведінку за рахунок внутрішньої вербалізації своїх ірраціональних ідей і думок; тривалість станів емоційних порушень визначена сприйняттям і установками відносно цих подій, які включені в інтерналізовані вислови про них; негативні й направлені на шкоду собі думки та емоції можна усунути шляхом перебудови сприйняття і мислення, щоб мислення стало логічним і раціональним, переставши бути нелогічним та ірраціональним.

Раціонально-емотивну терапію проводили у декілька етапів.

- На I етапі відбувається прийняття клієнтом філософії РЕТ. Мета першого етапу – допомогти пацієнту 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 намагався спростувати переконання клієнта щодо того, що інші люди або зовнішні події є джерелом його емоцій, і переконати клієнта в можливості керувати власними емоціями шляхом зміни думок з ірраціональних на раціональні. Вже на першому етапі психотерапевт знайомив клієнта зі схемою АВС і розповідав про вплив думок на емоції, наводив приклади з реального життя, розглядав з клієнтом будь-яку актуальну для нього ситуацію з урахуванням цієї інформації і показував, яким чином зміна ставлення до ситуації дозволяє змінити емоційні та поведінкові реакції на неї.
- На II етапі відбувалися збір інформації про клієнта і вибір проблеми. Використовували поведінковий аналіз проблеми, психодіагностичні методики тощо. На цьому етапі визначалась проблема – 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 різнорідних явищ: реальну подію, своє суб'єктивне сприйняття події та оцінку події. На цьому етапі психолог пояснював клієнту відмінності між описовими і оцінювальними судженнями і допомагав сформулювати безоцінний опис події. При описі А можуть виникнути дві протилежні проблеми: надлишкова деталізація або, навпаки, невизначеність. У першому випадку психотерапевт присідав поглиблення в малозначні деталі і повертав клієнта до суті проблеми, використовуючи уточнювальні питання або переформулювання розказаного з виділенням найважливішого. При невизначеності в описі А ефективними були повторні питання, прохання навести приклад з недавнього минулого, заповнення щоденника самопостереження, поведінковий аналіз ситуації тощо.
- 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 це питання.

- V етап: ідентифікація настанов. На цьому етапі виявлялись пов'язані з психотравмуючою ситуацією А ірраціональні судження (ІС). Для вирішення цієї задачі клієнт повинен був навчитися розрізняти описові, раціональні та ірраціональні судження. РЕТ розділяє всі судження на описові (описові, безоціночні) та оціночні. Якщо диференціювання описових та оціночних суджень зазвичай не є для клієнта складним, то розпізнавання раціональних та 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 випробування емоцій; свобода вибору в досягненні мети.

Щоб навчити онкохворих відрізняти раціональні судження від ірраціональних використовували прийоми опитування, заповнення щоденника самопостереження, 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 самопостереження, який містив чотири колонки: 1) дата і час; 2) опис проблемної ситуації (А); 3) опис думок (ІС), які викликали в проблемній ситуації (А) наслідки (Н); 4) опис емоційних і поведінкових наслідків (Н). 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 відбувалось остаточне розділення раціональних та ірраціональних когніцій та здійснювались заперечення і корекція ірраціональних настанов. Пацієнт, який спочатку був носієм ірраціональних настанов, у процесі дискусії під впливом різних аргументів поступово відмовлявся від них і замінював їх на раціональні.

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

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

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

У результаті проведення психокорекції більшість хворих ОГ1 змінили власне ставлення до хвороби на гармонійне (64,56%), тоді як в ГП1 тільки 2,67% хворих мали даний

тип ставлення до хвороби (різниця між групами є достовірною ($p < 0,05$)). В ОГ2 спостерігались подібні тенденції. Крім того, розподіл осіб ГП1 та ГП2 за негармонійними типами ставлення до хвороби відбувся таким чином, що можна констатувати дезадаптивні тенденції на інтрапсихічному (тривожний (ГП1 – 17,33%; ГП2 – 16,67%), іпохондричний (ГП1 – 14,67%; ГП2 – 10,26%), неврастенічний (ГП1 – 13,33%; ГП2 – 8,97%), меланхолічний (ГП1 – 12,00%; ГП2 – 11,54%) типи) та інтерпсихічному (апатичний (ГП1 – 10,67%; ГП2 – 11,54 %), сенситивний (ГП1 – 8,00%; ГП2 – 17,95%), егоцентричний (ГП1 – 2,67%; ГП2 – 8,97%), паранояльний (ГП1 – 2,67%; ГП2 – 2,56%), дисфоричний (ГП1 – 8,00%; ГП2 – 2,56%) типи) рівнях, що свідчить про несприятливий прогноз щодо подальшої адаптації та якості життя.

Більшість осіб ОГ1 навчилися розрізняти, виражати та вербалізувати власні емоції, на відміну від осіб ГП1, в якій збереглися алекситимічні тенденції (різниця між групами достовірною; $p < 0,05$). У групі ОГ2 також кількість осіб без алекситимії збільшилась до 65,82 %. В ГП2 спостерігали достовірно більш виражену, ніж в ОГ2, тенденцію до алекситимії (70,51%; $p < 0,05$).

На етапі первинної діагностики хворих на онкопатологію ірраціональні настанови різних типів було визначено у більшості випадків (83,54% у чоловіків; 89,21% у жінок). У процесі надання медико-психологічної допомоги онкопациєнтам було проведено методику РЕТ-терапії, яка мала специфічний вплив саме на ірраціональні настанови, які відмічались у осіб із онкопатологією. Завдяки використанню цієї методики вдалось домогтись значного ефекту та отримати зміни настанов з ірраціональних на раціональні у 91,42 % осіб ОГ1 та 87,38 % пацієнтів ОГ2. У групах порівняння, в яких психокорекційна робота не проводилась, показники майже не змінилися, порівняно з первинним діагностичним етапом.

Чоловіки ОГ1 почали обирати активні стратегії поведінки «розв'язання проблем» замість пасивних «пошук соціальної підтримки» та «уникнення проблем», на відміну від ГП1, в якій у переважній більшості випадків пацієнти використовували пасивні копінг-стратегії. У групі жінок ОГ2 достовірно частіше, порівняно з ГП2, виявлена копінг-стратегія «розв'язання проблем» (різниця достовірною ($p < 0,05$)).

У результаті проведення психокорекційного комплексу в ОГ1 відбулися зміни типу поведінкових страте-

гій у напрямку збільшення контрольованої активності. Так, найбільш адаптивний тип поведінкової активності АБ зустрічався у 45,57% осіб ОГ1, на відміну від ГП1, членам якої був притаманний більш пасивний тип поведінки (Б1 – 33,33% та Б – 50,67%). У групі жінок спостерігали збільшення кількості осіб, які змінили пасивні типи поведінкової активності Б та Б1 на більш активні; у більшості осіб ОГ2 зустрічався тип АБ (51,90%). Найхарактернішим для осіб ГП2 типом поведінкової активності був тип Б1 ($p < 0,05$).

Висновки

- З метою підвищення ефективності комплексної терапії хворих із кишковою стомою і поліпшення якості їх життя необхідне розширення системи надання медико-психологічної допомоги на амбулаторному етапі лікування.
- РЕТ ґрунтується на низці суджень про людську природу і походження людських нещасть, або емоційних порушень та має певну етапність проведення.
- Використання РЕТ допомагає не тільки виробити та зміцнити раціональні переконання й остаточно звільнитися від ірраціональних настанов, а й виявити нові корисні раціональні переконання, а також сформувані адаптивну поведінку.
- Виходячи із результатів психодіагностичних методик, отриманих після проведення психокорекційного комплексу, можна зробити висновок про ефективність впровадження стратегій раціонально-емоційної терапії (РЕТ) за А. Еллісом в систему медико-психологічної допомоги на амбулаторному етапі лікування онкохворих із кишковою стомою.

Список використаної літератури

1. Березін Ф. Б. Психічна і психофізична адаптація людини / Ф. Б. Березін. – Л.: Наука, 1998. – 269 с.
2. Вороб'єв Г. И. Кишечные стомы / Г. И. Вороб'єв, П. В. Царьков. – М.: МНПІ, 2001. – 90 с.
3. Михайлова Е. В. Кишечные стомы: правила формирования, осложнения и болезни кишечных стом / Е. В. Михайлова, В. П. Петров, С. Н. Переходов. – М.: Наука, 2006. – 105 с.
4. Тхостов А. Ш. Психологический анализ измененной личности при некоторых онкологических заболеваниях: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук: 19.00.04 / Тхостов Александр Шамильевич; МГУ им. М. В. Ломоносова. – М., 1980. – 20 с.
5. Яныпин П. В. Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности / П. В. Яныпин. – СПб.: Питер, 2004. – 336 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТРАТЕГИЙ РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОБЕСПЕЧЕНИИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНОГО С КИШЕЧНОЙ СТОМОЙ

С.В. Мерлич

В статье описаны основные принципы и этапы организации рационально-эмотивной терапии (РЭТ) по А. Эллису, как одного из основных методов психокоррекционной работы со стомированными онкобольными на амбулаторном этапе лечения. Если иррациональные установки не реализуются, то они приводят к длительным неадекватным ситуациям эмоций, затрудняют деятельность индивида и ухудшают общее качество жизни, что является актуальной проблемой при работе со стомированными больными. В ходе проведения исследования с помощью психодиагностичного метода была доказана эффективность использования РЕТ среди больных с кишечной стомой на амбулаторном этапе лечения.

Ключевые слова: рационально-эмотивная терапия (РЭТ) по А. Эллису, иррациональные установки, копинг-стратегия, алекситимия, кишечная стома, онкопсихология, паллиативная помощь, социальная онкология.

USING OF STRATEGIES OF RATIONAL-EMOTIVE THERAPY IN PROVIDING MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH INTESTINAL OSTOMY

S. Merlich

This article describes the basic principles and steps in organizing rational-emotive therapy (RET) by A. Ellis, as one of the main methods of psycho-operation with ostomy cancer patients for outpatient treatment. It should be noted that if irrational installation cannot be realized, they will lead to long-term, inadequate situations emotions inhibit the activities of the individual and affect the overall quality of life, is an urgent problem when working with ostomy patients. In the course of the study using psihodiagnosichnogo method has been proven effective use of RET in patients with intestinal stoma, for outpatient treatment.

Key words: rational-emotive therapy (RET) by A. Ellis, irrational installation, coping strategies, alexithymia, intestinal ostomy, onkopsihologiya, palliative care, oncology social.