

УДК 616.594.14-06:616.8]-055.2-085.851

ВИКОРИСТАННЯ РАЦІОНАЛЬНО-ЕМОТИВНОЇ ТЕРАПІЇ В СИСТЕМІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З АЛОПЕЦІЄЮ

Живилко В.В.

Одеський національний медичний університет, Одеса

У сфері надання допомоги дерматологічним хворим особливе місце займає система психокорекційної допомоги. У наведеній статті автором представлено аналіз результатів використання раціонально-емотивної терапії у сфері допомоги жінкам, які страждають на алопецію. Використання раціонально-емотивної терапії в межах авторського комплексного супроводу допомагало не тільки виробити та зміцнити раціональні переконання і остаточно звільнитися від ірраціональних настанов щодо власної схеми тіла, емоційного стану, соціального функціонування тощо, а й виявити нові корисні раціональні переконання, а також сформуванати адаптивну поведінку у жінок, хворих на алопецію.

Ключові слова: алопеція, раціонально-емотивна терапія (РЕТ), комплексна допомога, клініко-психологічне дослідження.

Вступ

У всі часи сильне, красиве і доглянуте волосся було ознакою не тільки здоров'я і достатку (за часів Середньовіччя, зокрема, добре харчування було запорукою першого і синонімом другого), а й високого рівня життєвої енергії людини [7]. Саме тому, випадіння волосся і в минулому, і в сьогоденні – це серйозна естетична, косметична і психологічна проблема для людини будь-якої статі і стану [2]. Страх перед облисінням у чоловіків і жінок приблизно однаково сильний, тому що ця проблема однаково актуальна для представників обох статей [5].

Поінформованість про основні психопатологічні стани хворих з різними видами алопеції дозволяє на ранніх етапах виявляти і оцінювати можливі розлади у пацієнта і своєчасно проводити необхідну медикаментозну терапію, що покращує стан психічного здоров'я пацієнта і сприяє зменшенню термінів лікування захворювання [8].

Спосіб лікування психосоматичних захворювань безпосередньо залежить від причин їх виникнення, а саме правильного їх визначення, від самої людини, її бажання бути здоровою, а також

від професіоналізму спеціалістів [9]. Лікування психосоматичних захворювань є досить складним процесом, який передбачає насамперед взаємодію фахівців різних галузей медицини: психологів, психотерапевтів та вузьких спеціалістів (трихологів, дерматовенерологів, гастроентерологів та ін) [4].

Показання до психотерапії визначаються роллю психологічного чинника в етіопатогенезі захворювання, а також можливими наслідками перенесеного раніше або поточного захворювання [6]. Чим більше питома вага психологічного фактора, тим більше показана психотерапія і тим більше місце вона займає в системі лікувальних впливів. Чим виразнішою є психогенна природа захворювання (тобто чим зрозуміліше зв'язок між ситуацією, особистістю і хворобою), тим адекватніше і потрібніше застосування психотерапевтичних методів [2].

Результати та їх обговорення

Проведене клініко-психологічне дослідження дозволило визначити дезадаптивні характеристики, які були притаманними жінкам з алопецією та проявлялись на психоемоційному та особистісному рівнях, а також в сфері соціального функціонування. На психоемоцій-

ному рівні найбільший негативний вплив на адаптивні механізми особистості мали високі показники за рівнями невротизації (85,51 %) та ворожості (84,06 %). На особистісному рівні у 100,00 % досліджених пацієнток відзначались ірраціональні настанови щодо власної хвороби, її наслідків, прогнозу, лікування, а також дезадаптивні когніції щодо своєї особистості, потенціалу та можливості активно впливати на власний стан та змінювати поточну ситуацію. На рівні соціального функціонування 100,00 % жінок з алопецією відмічали зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя, що було обумовлено не об'єктивною ситуацією, пов'язаною з фактором захворювання, а суб'єктивним відношенням до себе, хвороби та оточуючого середовища.

Визначені дезадаптивні характеристики стали мішенями психокорекційної роботи (рис. 1).

Наявність психоемоційної дезадаптації (високий рівень невротизації, агресивності та ворожості, тривоги, депресії) розглядалась нами в рамках дослідження як похідна, обумовлена викривленням особистісних характеристик (зниження самооцінки, емоційна лабільність, невротичність, наявність ірраціональних настанов), що обумовило зрив адаптаційних механізмів та

підсилювалось впливом ризиків на рівні соціального функціонування (незадоволеністю відносинами з чоловіком, колегами та адміністрацією, неможливістю задовільно проводити дозвілля та відпустку, зниженням загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя).

В результаті аналізу основних клініко-психологічних характеристик хворих на алопецію було визначено основні мішені корекційного впливу (рис. 1). Вибір методу психокорекційного впливу та конкретний зміст проведених занять визначалися актуальними цілями конкретної роботи.

Психокорекційна робота з хворими на алопецію проводилась на фоні терапевтичного процесу, який включав проходження стандартної процедури дерматологічного лікування і був спрямований на подолання соматичних проявів захворювання.

На етапі активного втручання відбувався психокорекційний вплив на визначені дезадаптивні патопсихологічні патерни з метою змінити і закріпити визначені форми поведінки або розвинути адаптивні риси особистості.

Важливою складовою комплексної психокорекції було навчання пацієнтів з алопецією трансформувати ірраціональні настанови у позитивні – раціональні. Для цього використовували стратегії раціонально-емоційної терапії (РЕТ) за А. Елісом.

Основою філософії РЕТ є поняття про раціональне і ірраціональне в структурі когнітивних уявлень особистості. В рамках РЕТ-підходу вважається, що думки і емоції нероздільні, а емоційні порушення є результатом ірраціонально-

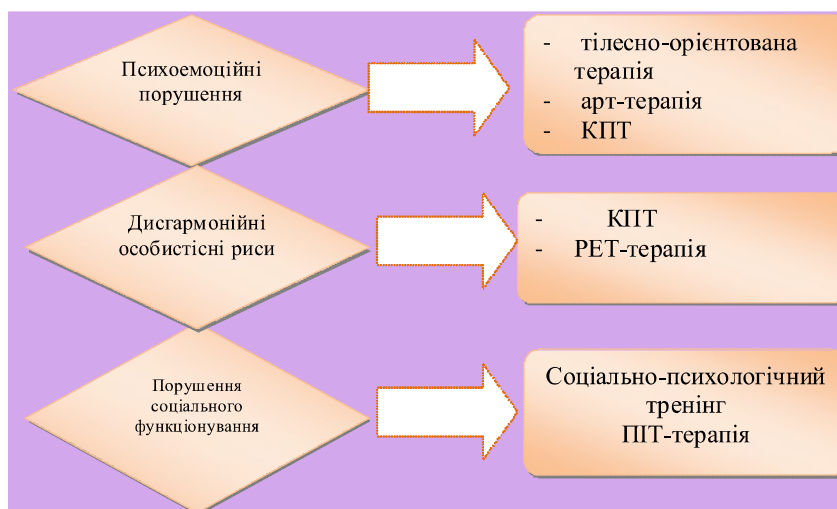


Рис. 1. Мішені та методи психокорекційного впливу

го і нелогічного мислення. Особистість є схильною до ірраціонального мислення та відповідно до цього будує навколишні умови і переживання. Мислення у людей відбувається звичайно з використанням символів або мовлення. Фрази і речення, які люди часто повторюють, стають їх думками і емоціями, які є результатом внутрішньої вербалізації, та визначені, не зовнішніми подіями або обставинами, а сприйняттям і установками відносно цих подій, які включені в інтерналізовані вислови про них. За думкою А. Еліса, постійна стимуляція служить причиною стійкості розладів поведінки і емоцій, а об'єктивне розуміння коренів порушення в процесі аналізу є необхідною умовою усунення порушення. А. Еліс виділяє два типи когніцій: *deskриптивні і оцінні*. Deskриптивні когніції містять інформацію про реальність, про те, що людина сприйняла в світі, це «об'єктивна» інформація про реальність. Оцінні когніції відображають відношення людини до цієї реальності. Deskриптивні когніції обов'яз-

ково сполучені з оцінними зв'язками різного ступеня жорсткості. Оцінні негативні та аутоагресивні когніції можливо корегувати шляхом перебудови сприйняття і мислення в напрямку раціональності.

Модель трансформації ірраціональних настанов у раціональні за А. Елісом наведено на рис. 2.

В рамках авторського корекційного комплексу раціонально-емотивна терапія проводилась в декілька етапів.

На першому етапі відбувалося прийняття клієнтом філософії РЕТ. Мета першого етапу – допомогти пацієнту зрозуміти, що його емоційні та поведінкові проблеми є наслідком не об'єктивної ситуації, а результатом власних думок про ситуацію. Для досягнення цієї мети лікар-психолог намагався 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 ірраціональних на раціональні.

Вже на першому етапі психолог 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 другому етапі РЕТ відбувався збір інформації

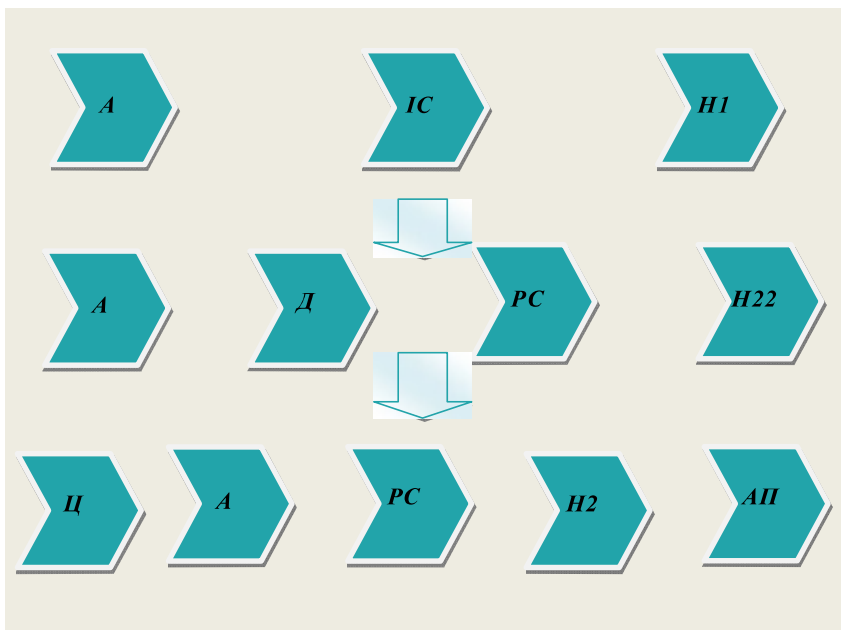


Рис. 2. Модель трансформації ірраціональних настанов у раціональні

Примітки: А – активізуючі події в житті людини, ситуація, подія, яка запускає ті або інші відчуття; С – судження: раціональні (РС) і ірраціональні (ІС), 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.

про клієнта і вибір актуальної проблеми. Використовувався поведінковий аналіз проблеми, обиралися психодіагностичні методики і т. д. На даному етапі визначалась проблема-мішень, яка ставала орієнтиром для психокорекції і критерієм її ефективності.

На третьому етапі здійснювалось прояснення активізуючої події. Метою даного етапу було розпізнавання А (активізуючої події), яка запускає ірраціональне судження (ІС) і призводить до розвитку негативних емоційних і поведінкових наслідків (Н1). Лікар-психолог прояснював клієнту відмінності між дескриптивними і оцінними судженнями і допомагав сформулювати опис події без оцінювання. При описі А часто виникали дві протилежні проблеми: надлишкова деталізація або, навпаки, недостатня визначеність. У першому випадку психолог присікав поглиблення в малозначні деталі і повертав клієнта до сутності проблеми, використовуючи уточнюючі питання або переформулювання інформації з виділенням найбільш важливого. При невизначеності в описі А ефективно використовували повторні питання, наведення прикладів з недавнього минулого, заповнення щоденника самоспостереження, поведінковий аналіз ситуації та ін.

При роботі над наслідками (Н) на четвертому етапі РЕТ за допомогою аналізу наслідків визначалася мета психокорекції. Після опису негативних проявів 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.

На п'ятому етапі відбувалася ідентифікація настанов, виявлялись пов'язані з психотравмуючою ситуацією А ірраціональні судження (ІС). Для вирішення даного завдання клієнт повинен був навчитися розрізняти описові, раціональні та ірраціональні судження. РЕТ розділяє всі судження на дескриптивні (описові, безоціночні) та оціночні. Якщо

диференціація дескриптивних та оціночних суджень зазвичай не представляла для клієнта складнощів, то розрізнення раціональних і ірраціональних когніцій було більш складним завданням. Психолог навчав пацієнтів використовувати для визначення типу когніції чотири наступні критерії: істинність судження, ступінь обов'язковості реалізації судження, рівень супроводжуючих емоцій, свобода вибору в досягненні мети. Раціональним судженням вважалось таке, яке відповідало наступним вимогам: 1) було реалістичним, істинним, вірно відображало дійсність; 2) висловлювало побажання, а не заперечення або опис альтернативного розвитку подій; 3) супроводжувалось помірним рівнем емоційних реакцій; 4) зберігало свободу вибору в обиранні інших можливостей досягнення мети або навіть зміни мети.

Ірраціональним судженням вважали таке, яке: 1) не було реалістичним, оскільки воно спотворювало реальність, його істинність неможливо було довести; 2) виражало вимогу (до себе, інших, світу), наказ, імператив, який не допускав виключень або альтернатив; 3) призводило до сильних і тривалих негативних переживань; 4) фіксувало людину на єдиній меті і цим обмежувало свободу вибору.

З метою навчання досліджених жінок відрізняти раціональні судження від ірраціональних використовували прийоми опитування, заповнення щоденника самоспостереження, а також зосередження на образах. Опитування допомагало сформулювати ірраціональні судження, що давало змогу надалі працювати з цими формулюваннями та трансформувати їх у позитивні, раціональні. Також використовували заповнення щоденника самоспостереження, який містив наступні розділи: дата і час; опис проблемної ситуації (А); опис думок (ІС), що викликали в проблемній ситуації (А) наслідки (Н); опис емоційних і поведінкових наслідків (Н). Зосередження на образах психолог

здійснював, пропонуючи клієнту згадати проблемну ситуацію, сконцентруватися на ній і якомога детальніше описати. Далі аналізували думки, які виникають у свідомості клієнта при згадуванні психотравмуючої ситуації.

На наступному етапі проводився диспут, під час якого відбувалось остаточне розділення раціональних і ірраціональних когніцій та здійснювалось заперечення і корекція ірраціональних настанов. Пацієнт, який спочатку був носієм ірраціональних настанов, в процесі диспуту під впливом різних аргументів поступово відмовлявся від них і замінював їх на раціональні. У диспуті виділяли дві фази: вивчення та критичне обговорення пов'язаних з проблемою ірраціональних настанов; заміна ірраціональних настанов на раціональні. В процесі РЕТ-терапії використовували три види диспуту: когнітивний, образний і поведінковий.

Когнітивний диспут – це дискусія, яка відбувалась на раціональному рівні і використовувалась в основному прийомі розмовної терапії (сократичний діалог, повчальні історії з життя інших людей, аналогії, метафори, притчі, питання). Головним інструментом когнітивного диспуту було використання низки питань.

Образний диспут передбачав використання уяви і запроваджувався або 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 занурювався в проблемну ситуацію, але з першого ж моменту представляв себе в позитивному стані, а потім формулював раціональні настанови, які допомогли успішно виконати завдання); образ подолання (клієнт уявляв психотравмуючу ситуацію і відновлював свої звичайні ірраці-

ональні думки, потім він проводив активну внутрішню дискусію, замінюючи ірраціональні настанови раціональними, чітко формулюючи і розвиваючи їх); образний диспут в стані релаксації (використання стану релаксації полегшувало подолання негативних емоцій і пов'язаних з ними ірраціональних когніцій).

Поведінковий диспут допомагав, змінюючи поведінку, спростувати власні ірраціональні настанови. Так, клієнта заохочували багаторазово вчиняти дії, що викликали емоційний дискомфорт. При виконанні завдання клієнт поступово приходив 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.

Останнім етапом було закріплення позитивних змін, що відбулися. На даному етапі нові раціональні переконання мали стати звичними для клієнта, втілюватися в його повсякденних вчинках. Для закріплення змін використовувались домашні завдання, такі як поведінковий тренінг, заповнення щоденника само спостереження 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 щодо власної схеми тіла, емоційного стану, соціального функціонування тощо, а й виявити нові корисні раціональні переконання, а також сформувати адаптивну поведінку (АП).

Використання розробленого комплексу заходів психосоціального супроводу жінок з алопецією з використанням технології РЕТ-терапії дозволило знизити або нівелювати дезадаптивні прояви на психоемоційному та особистісному рівнях, покращити соціальне функціонування та підвищити якість життя у

89,47 % жінок з алопецією. Ефективність проведених заходів є статистично вищою у порівнянні з заходами стандартної медичної терапії в умовах дерматологічної клініки, $p < 0,05$.

Висновки

1. Проведене клініко-психологічне дослідження дозволило визначити дезадаптивні характеристики, які були притаманними жінкам з алопецією та проявлялись на психоемоційному та особистісному рівнях, а також в сфері соціального функціонування. На психоемоційному рівні найбільший негативний вплив на адаптивні механізми особистості мали високі показники за рівнями невротизації (85,51 %) та ворожості (84,06 %). На особистісному рівні у 100,00 % досліджених пацієнток відзначались ірраціональні настанови щодо власної хвороби, її наслідків, прогнозу, лікування, а також дезадаптивні когніції щодо своєї особистості, потенціалу та можливості активно впливати на власний стан та змінювати поточну ситуацію. На рівні соціального функціонування 100,00 % жінок з алопецією відмічали зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя, що було обумовлено не об'єктивною ситуацією, пов'язаною з фактором захворювання, а суб'єктивним відношенням до себе, хвороби та оточуючого середовища.
2. Використання розробленого комплексу заходів психосоціального супроводу жінок з алопецією з використанням технології РЕТ-терапії дозволило знизити або нівелювати дезадаптивні прояви на психоемоційному та особистісному рівні, покращити соціальне функціонування та підвищити якість життя у 89,47 % жінок з алопецією.
3. Ефективність проведених заходів є статистично вищою у порівнянні з заходами стандартної медичної те-

рапії в умовах дерматологічної клініки, $p < 0,05$.

Література

1. Венгер О. П. Вплив соціальних факторів на розвиток неврастенії, дисоціативних та тривожно-фобічних розладів : автореф. дис на здобуття наукового ступеня канд. медичн. наук : 14.01.16 / Венгер О. П. – Харків, 2003. – 20 с.
2. Иванова И. Н. Особенности социальной дезадаптации дерматологических больных / И. Н. Иванова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2007. № 4 – 35 с.
3. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан – Вінниця: – 2010. – 135 с.
4. Психотерапія при непсихотичних психічних розладах тривожно-депресивного спектра (когнітивно-реверсивний підхід) / М. В. Маркова [та ін.] // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 2. – С. 25-31.
5. Сахно С. Г. Мотиваційне інтерв'ю у практиці лікаря-психолога / С. Г. Сахно // Архів психіатрії. – 2012. – № 1 – С. 101-102.
6. Харченко Д. М. Психосоматичні розлади: теорії, методи діагностики, результати досліджень: монографія / Д. М. Харченко. – К.: Міленіум, 2009. – 280 с.
7. Karen A. Intensive Psychotherapy Helps Diabetes Control in Adolescents / A. Karen / JACC. – 2006. – № 6. – P. 1093-1100.
8. Passoni E. Psychological aspects and personality trait in patients with androgenetic alopecia: a longitudinal comparison study with other skin diseases / E. Passoni, A. Caputo // II European Trichology Forum : Abstr., Aula Magna di S. Lucia, Bologna, Italy, 23th April, 1997.– S.l.: S.n. – P. 53.
9. Fava G. A. Psychosomatic assessment / G. A. Fava, N. Sonino // Psychother. Psychosom. – 2009. – Vol. 78. – P. 333-341.

References

1. Venger OP. Influence of social factors on the development of neuradynamia, dissociative, anxious and phobic disorders: synopsis of the candidate thesis on medicine: 14.01.16. – Kharkov, 2003.- 20 p. (Ukr.)
2. Ivanova IN. Peculiarities of social disadaptation of dermatological patients // Rus J Dermatological and Venereal Disease. – 2007. - № 4. – P. 35- 38 (Rus.).

3. Pshuck NG, et al. Medical psychology: study guide.- Медична психологія: навч. посіб. – Vinnitsa, 2010. – 135 p. (Ukr.).
4. Markova MB., et al. Psychotherapy at non-psychotic psychotic disorders of anxiodepressive character (cognitive-and-reverse approach) // J Psychiatry and Medical Psychology. – 2008. – № 2. – P. 25-31 (Rus.).
5. Sakhno CG. Conative interview in practice of doctor-psychologists // Archive of psychiatry. – 2012. – № 1 – P. 101-102 (Ukr.).
6. Kharchenko DM. Psychosomatic disorders: theories, diagnostics, research results: monograph. – Kiev: Millenium, 2009. – 280 p. (Ukr.)
7. Karen A. Intensive Psychotherapy Helps Diabetes Control in Adolescents / A. Karen // JACC. – 2006. – № 6. – P. 1093-1100.
8. Passoni E. Psychological aspects and personality trait in patients with androgenetic alopecia: a longitudinal comparison study with other skin diseases / E. Passoni, A. Caputo // II European Trichology Forum : Abstr., Aula Magna di S. Lucia, Bologna, Italy, 23th April, 1997.– S.l.: S.n. – P. 53.
9. Fava G. A. Psychosomatic assessment / G. A. Fava, N. Sonino // Psychother. Psychosom. – 2009. – Vol. 78. – P. 333-341.

Резюме

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНОЙ ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С АЛОПЕЦИЕЙ

Живилко В.В.

В системе оказания помощи дерматологическим больным особое место занимает система психокоррекционной помощи. В данной статье, автором представлен анализ результатов использования рационально-эмотивной терапии в сфере помощи женщинам, страдающим алопецией. Использование рационально-эмотивной терапии в

рамках авторского комплексного сопровождения помогло не только выработать и укрепить рациональные убеждения и окончательно освободиться от иррациональных установок относительно собственной схемы тела, эмоционального состояния, социального функционирования и т.п., но и выявить новые полезные рациональные убеждения, сформировать адаптивное поведение у женщин, больных алопецией.

Ключевые слова: алопеция, рационально-эмотивная терапия (РЭТ), комплексная помощь, клиничко-психологическое исследование.

Summary

RATIONAL-EMOTIVE THERAPY USING IN THE SYSTEM OF HELP TO WOMEN WITH ALOPECIA

Zhyvytko V.V.

In the system of dermatological patients' assistance the psychocorrectional care system occupies a special place. In the article the author analyzes the results of the rational-emotive therapy use in assisting women suffering from alopecia. Rational-emotive therapy using within the author's comprehensive support, helped not only to develop and strengthen the rational persuasion and finally get rid of non-rational guidelines to their own body schema, emotional state, social functioning, etc., but also discover new useful rational belief and form adaptive behavior in women with alopecia.

Key words: alopecia, rational-emotional therapy (RET), integrated care, clinical and psychological research.

*Впервые поступила в редакцию 05.08.2016 г.
Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования*