

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СО СТРОГИМ НАБЛЮДЕНИЕМ

ГУ «Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением МЗ Украины», Днепр

Проанализированы тяжесть психических расстройств, социальных последствий и степень адаптации больных с органическими поражениями головного мозга, что имеет важное значение для прогноза как заболевания, так и возможного противоправного поведения пациентов. Полученные данные обуславливают необходимость построения системы медико-психологической реабилитации таких больных в условиях больницы со строгим наблюдением.

Ключевые слова: пациенты с органическими поражениями головного мозга, больница со строгим наблюдением, клинические проявления.

До настоящего времени проблема снижения общественной опасности больных с органическими поражениями головного мозга в условиях больницы со строгим наблюдением далека от решения, что обуславливает необходимость разработки принципов построения ступенчатого процесса восстановительной терапии и медико-психологической реабилитации с учетом психического состояния, личностных характеристик, макро- и микросоциального окружения и адаптационно-компенсаторного потенциала пациентов.

Проблема психосоциальной реабилитации больных с органическими поражениями головного мозга, которые являются общественно опасными, по-прежнему актуальна [1]. Сегодня основным критерием эффективности лечебно-реабилитационных программ считается способность пациентов самостоятельно применять навыки обеспечения жизнедеятельности, сохранять и повышать уровень социального функционирования (СФ) и качества жизни (КЖ) [2]. Исходя из этого, у таких больных должен оцениваться уровень дисфункции (УД) в различных сферах СФ, что будут служить мишенями воздействия при разработке программ медико-психологической реабилитации [3–6]. Первоочередной целью при этом, безусловно, является снижение вероятности совершения такими пациентами общественно-опасных действий (ООД) в будущем. При этом важна идентификация состояния их эмоциональной сферы, ведь именно эмоциональные нарушения способствуют ООД.

Цель нашего исследования — определить уровень социальной дисфункции в разных сферах СФ у больных с органическими поражениями головного мозга с различными механизмами реализации

(МР) ООД и состояния эмоциональной сферы как основы системы медико-психологической реабилитации.

На базе ГУ «Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением МЗ Украины» (Днепр) нами были обследованы 90 больных с органическими поражениями головного мозга (38 пациентов с диагнозом F07.0 — расстройство личности органической этиологии и 52 — с F07.2 — постконтузионный синдром). Контингент — мужчины, средний возраст которых $39,72 \pm 0,50$ года, совершившие тяжкие и особо тяжкие ООД (против жизни и здоровья человека). Все больные были разделены на две группы: основную — 50 пациентов, у которых проводились психокоррекционные мероприятия, и контрольную — 40 лиц, получавших только фармакологическое лечение.

Использовались такие методы исследования: клиничко-анамнестический — для оценки данных анамнеза жизни, болезни, особенностей развития, воспитания, микросоциальных контактов, образования, трудовой деятельности, особенностей характера, а также изучение медицинской документации для сравнения эффективности применяемого метода диагностики; клиничко-психопатологический, основанный на общепринятых подходах в психиатрическом обследовании пациентов путем стандартизированного интервью с применением критериев МКБ-10. Психодиагностические методики включали диагностическое интервью, опросник Спилбергера — Ханина для оценки реактивной тревоги и личностной тревожности, шкалы депрессии Бека, шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS), характерологический опросник для выявления личностно-характерологических акцентуаций Леонгарда — Шмишека, диагностический опросник

Динамика диагностических показателей основных психопатологических симптомов у обследованных больных

| Психопатологические симптомы | Период обследования | Основная группа | | Контрольная группа | |
|-------------------------------|---------------------|-----------------|---------------|--------------------|---------------|
| | | F 07.0, n = 20 | F07.2, n = 30 | F 07.0, n = 18 | F07.2, n = 22 |
| Общая слабость | До лечения | 82,1±7,2 | 61,1±11,8 | 81,1±7,0 | 60,1±11,5 |
| | После лечения | 14,3±6,7* | 5,6±5,6 | 79,2±6,5*** | 57,2±9,3*** |
| Утомляемость | До лечения | 71,4±8,7 | 50,0±12,1 | 72,2±8,4 | 49,5±11,0 |
| | После лечения | 17,9±7,4* | 5,6±5,6 | 68,4±6,4*** | 47,3±9,2*** |
| Раздражительность | До лечения | 60,7±9,4 | 66,7±9,1 | 58,8±9,2 | 66,1±8,1 |
| | После лечения | 10,7±5,9* | 11,1±7,6 | 52,1±8,4*** | 64,1±7,6*** |
| Головная боль | До лечения | 50,0±9,6 | 55,6±12,0 | 48,8±9,7 | 54,6±11,0 |
| | После лечения | 17,9±7,4* | 11,1±7,6* | 45,7±7,8*** | 50,1±7,6*** |
| Трудности засыпания | До лечения | 53,6±9,6 | 50,0±12,1 | 53,4±9,6 | 50,0±12,1 |
| | После лечения | 7,4±5,0* | 11,1±7,6* | 49,3±5,0*** | 45,1±7,6*** |
| Тревожность | До лечения | 42,9±9,5 | 38,9±11,8 | 42,7±9,3 | 38,7±7,2 |
| | После лечения | 10,7±5,9* | 5,6±5,6* | 40,2±8,3*** | 34,6±9,2*** |
| Отсутствие бодрости после сна | До лечения | 39,3±9,4 | 50,0±12,1 | 38,1±9,2 | 48,1±11,0 |
| | После лечения | 7,4±5,0* | 5,6±5,6* | 37,1±8,6*** | 45,2±11,2*** |
| Пониженное настроение | До лечения | 42,9±9,5 | 27,8±10,9 | 42,5±9,3 | 27,6±8,3 |
| | После лечения | 7,4±5,0* | 5,6±5,6** | 38,4±8,7*** | 23,4±8,0*** |
| Неуверенность | До лечения | 16,6±9,0 | 61,1±11,8 | 17,6±7,3 | 59,2±7,2 |
| | После лечения | 3,6±3,6*** | 16,6±9,0* | 17,0±8,3*** | 55,4±7,0*** |
| Навязчивые состояния | До лечения | 21,4±7,9 | 38,9±11,8 | 20,4±7,7 | 38,8±10,7 |
| | После лечения | 3,6±3,6* | 11,1±7,6* | 16,3±5,4*** | 35,3±10,1*** |

Примечание. Достоверность различий между показателями до и после лечения — * $p < 0,05$; различия на уровне статистической тенденции — ** $0,05 < p < 0,1$; различия недостоверны — *** $p > 0,1$. То же в табл. 2–4.

агрессивности Басса — Дарки, шкалу Mini-Mental State Examination (MMSE) — краткое исследование психического состояния, тест Равена (для определения интеллектуальных способностей), шкалу астенического состояния Л. Д. Малковой [7, 8]. Применялись общепринятые статистические методы [9, 10].

Значительная часть обследованных (56,5%) использовала неадаптивные копинг-стратегии (КС) «предотвращения специфических проблем», обусловленных психопатологической симптоматикой («покорность», «подавление эмоций», «отступление»). Пациенты с копинг-поведением (КП), которое было «ориентировано на решение проблем», составили лишь 18,1%. Его сохранение в структуре личности указывало на возможность поддержания или привитие таких адаптивных КС, как «проблемный анализ», «оптимизм», «сотрудничество» и нивелирование неадаптивных.

У более половины пациентов отмечались дезадаптивные формы СФ, которые ограничивали их способность к ведению независимого, самостоятельного образа жизни. Так, установлена значительная дисфункция по показателям общего

функционирования с ограничением жизнедеятельности на уровне от 55,0 до 75,0%.

Наиболее деформированной оказалась сфера социальных отношений при меньшей ущербности семейно-бытовой и сферы работоспособности. Изменения личности и поведения больных вследствие органических поражений головного мозга препятствовали формированию социальных связей и приводили к сужению круга общения, что дополнительно обуславливало их социальную дезадаптацию. Потеря социальных контактов, снижение социальной активности формировали «неконтролируемую» сферу СФ относительно «информированности и интересов» (при относительно сохраненном СФ в сфере семейно-бытовых отношений и трудоспособности). Однако сложность решения проблем в семейно-бытовой сфере вызвала дисфункцию выполнения больными социальных ролей с формированием ошибочного круга.

Была проанализирована динамика клинической картины обследованных обеих групп по ведущим симптомам (табл. 1).

Распределение уровней реактивной тревоги и личностной тревожности у обследованных больных (по данным теста Спилбергера — Ханина)

| Уровень тревожности | Период обследования | Основная группа | | Контрольная группа | |
|-------------------------------|---------------------|-----------------|---------------|--------------------|---------------|
| | | F 07.0, n = 20 | F07.2, n = 30 | F 07.0, n = 18 | F07.2, n = 22 |
| <i>Реактивная тревога</i> | | | | | |
| Низкий | До лечения | 61,90±7,49 | — | 37,14±8,17 | 19,09±4,33 |
| | После лечения | 41,70±5,71* | — | 32,17±4,01 | 17,01±3,03 |
| Умеренный | До лечения | 38,10±7,49 | 30,77±7,39 | 51,43±8,45 | 52,27±7,53 |
| | После лечения | 29,08±5,67 | 25,87±6,37 | 47,69±5,56 | 46,27±4,12 |
| Высокий | До лечения | — | 69,23±7,39 | 11,43±5,38 | 38,64±7,34 |
| | После лечения | — | 61,14±5,12 | 8,21±3,23 | 34,57±5,82 |
| <i>Личностная тревожность</i> | | | | | |
| Низкий | До лечения | — | — | 17,14±6,37 | — |
| | После лечения | — | — | 15,13±4,18 | — |
| Умеренный | До лечения | 47,62±7,71 | 25,64±6,99 | 48,57±8,45 | 40,91±7,41 |
| | После лечения | 43,54±6,71 | 22,59±5,43 | 42,51±7,12 | 38,83±6,83 |
| Высокий | До лечения | 52,38±7,71 | 74,36±6,99 | 34,29±8,02 | 59,09±7,41 |
| | После лечения | 50,26±6,43 | 69,27±6,78 | 30,18±7,13 | 54,01±6,38 |

По данным теста Спилбергера — Ханина нами был проведен анализ распределения показателей реактивной тревоги и личностной тревожности в основной и контрольной группах больных (табл. 2).

В целом уровни реактивной тревоги и личностной тревожности были выше у больных с диагнозом F07.0, но статистически значимые различия были установлены только по показателям низкой реактивной тревоги ($p < 0,05$).

У пациентов с диагнозом F07.0 низкий уровень реактивной тревоги в процессе лечения приближался к показателям нормы ($p < 0,05$). Обнаружена также положительная динамика личностной тревожности в основной группе. В контрольной группе достоверных различий не выявлено.

Субъективную оценку уровня депрессии определяли с помощью шкалы депрессии А. Т. Бека (табл. 3). Результаты у больных основной группы с диагнозом F07.0 в процессе лечения показали изменения на уровне статистической тенденции ($0,05 < p < 0,1$). В контрольной группе достоверных различий не выявлено.

По результатам исследования астенизации больных (табл. 4), проведенного с помощью опросника Л. Д. Малковой, выявлено, что достоверно значимые ($p < 0,05$) различия в основной группе в процессе лечения отмечались при ее слабом, умеренном и выраженном уровнях. В контрольной группе различия не достигали уровня достоверно значимых ($p > 0,1$).

Полученные данные можно объяснить следующим образом. Во всех СФ, связанных с активной самостоятельной деятельностью, инициативой пациента, УД был выше (ориентация; передвижение и контроль над поведением; информированность и интересы; общение). В свою очередь, самообслуживание и деятельность в семье и дома (семейная роль) в той или иной степени были под контролем родственников или других значимых лиц. Этот контроль обуславливал более длительное сохранение навыков личной гигиены и ведения домашнего хозяйства. В тех же сферах, где больной не «стимулировался» к ведению социально приемлемого образа жизни, УД был выше.

Повышению УД, в частности, способствовали низкий уровень комплайенса, формальная критичность, обусловившие кратковременные или некачественные ремиссии, которые ухудшали течение органических поражений головного мозга, а также частоту и продолжительность госпитализаций (38 (85,0%) лиц с диагнозом F07.0 со средней частотой стационарного лечения $7,31 \pm 0,33$ раза (от 2 до 32 раз в выборке) и 52 (95,5%) с диагнозом F07.2 госпитализировались в среднем $6,44 \pm 0,38$ раза (от 2 до 30 раз)). У всех больных наблюдался значительный дефект личности, что приводило не только к снижению социальной адаптации, а и к потере навыков самообслуживания.

Характерными для всех больных были постоянные эпизоды потери контроля над собственным поведением, следствием чего становились агрессивные, конфликтные действия, что требовало

Таблиця 3

Оценка субъективного уровня депрессии обследованных больных (по шкале А. Т. Бека)

| Субъективная оценка уровня депрессии | Основная группа | | | | Контрольная группа | | | |
|--------------------------------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|
| | F07.0, n = 20 | | F07.2, n = 30 | | F07.0, n = 18 | | F07.2, n = 22 | |
| | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения |
| Отсутствие симптомов | 8,1±3,49 | 6,7±3,11 | 6,8±2,69 | 6,4±1,92 | 8,0±0,01 | 6,4±0,13 | 6,7±2,5 | 6,4±1,95 |
| Легкая | 11,2±4,53 | 6,9±3,02** | 33,3±5,05 | 30,1±4,48 | 11,7±0,04 | 8,5±0,04 | 33,0±5,03 | 31,1±4,01 |
| Умеренная | 18,1±4,92 | 16,0±3,77 | 29,8±4,9 | 27,8±3,38 | 18,1±0,13 | 17,5±0,01 | 28,0±5,01 | 26,5±4,45 |
| Выраженная | 59,1±6,29 | 47,0±4,02 | 39,1±5,23 | 37,7±4,96 | 58,4±0,08 | 57,1±0,13 | 38,9±5,11 | 37,6±3,79 |

Таблиця 4

Результаты исследования уровня астенизации больных (по тесту-опроснику Л. Д. Малковой)

| Уровень астенизации | Основная группа | | | | Контрольная группа | | | |
|----------------------|-----------------|---------------|---------------|---------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|
| | F07.0, n = 20 | | F07.2, n = 30 | | F07.0, n = 18 | | F07.2, n = 22 | |
| | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения | до лечения | после лечения |
| Отсутствие симптомов | 11,2±1,53 | 6,9±0,02*** | 14,2±0,32 | 15,1±0,30* | 11,1±1,23 | 11,0±1,20 | 14,1±0,31 | 13,9±0,33 |
| Слабая | 17,5±0,37 | 19,9±0,31* | 18,8±0,35 | 19,4±0,33* | 17,3±0,35 | 14,3±0,33 | 18,7±0,34 | 18,5±0,33 |
| Умеренная | 19,3±0,33 | 20,7±0,31* | 20,1±0,28 | 21,7±0,26* | 19,1±0,30 | 17,1±0,33 | 19,0±0,28 | 18,7±0,31 |
| Выраженная | 12,6±0,23 | 14,0±0,20* | 14,3±0,32 | 15,2±0,30* | 10,5±0,11 | 8,7±0,13 | 14,2±0,31 | 13,9±0,34 |

вмешательства сотрудников правоохранительных органов.

Более 90,0% больных отрицали необходимость помощи в решении семейных и социальных проблем, что было обусловлено снижением их критичности, дефицитарностью эмоционально-волевой и когнитивной сфер.

На основании полученных данных была разработана система психотерапевтической коррекции.

Базисным было включение в систему психотерапии элементов когнитивно-поведенческого тренинга по коррекции межличностных отношений.

Следующим направлением реабилитационной работы был ассертивный тренинг, направленный на повышение уровня информированности пациентов, формирование у них соответствующих интересов, общение, которое у данного контингента является весьма ограниченным. Данные обследования свидетельствовали об отсутствии у пациентов мотивации слежения за средствами массовой информации. Наиболее комфортным для этих больных было самоограничение активного общения. Подавляющее большинство предпочитало пассивное пребывание в постели. Такая же тенденция сохранялась в условиях применения принудительных мер медицинского характера.

Практически все больные с органическими поражениями головного мозга, совершившие ООД,

имели очень низкий уровень СФ, что существенно ограничивало их возможность ведения социально-конгруэнтного образа жизни. Это обуславливало выбор наиболее важных мишеней психотерапевтической интервенции, а именно: жизнедеятельность и работоспособность, социально-бытовая сфера и эмоциональные отношения в семейной жизни.

Непреренно необходимо учитывать состояние эмоциональной сферы больных, уровни депрессии и тревоги (особенно дисфорически-эксплозивных их вариантов).

Значительная дисфункция во всех сферах СФ общественно опасных больных с органическими поражениями головного мозга обуславливает необходимость разработки для них медико-психологических реабилитационных программ, направленных на оптимизацию уровня социализации.

Результаты проведенного исследования позволили сделать такие выводы.

Для больных с органическими поражениями головного мозга, совершивших ООД, должна быть разработана программа медико-психологической реабилитации с применением различных психотерапевтических методов.

Объем и последовательность методов психотерапии необходимо оговаривать с учетом состояния эмоциональной, когнитивной и коммуникативной сфер пациентов.

Следует учитывать низкий ресурс психосоциальной адаптации у этих пациентов. Поэтому должны быть определены мишени для восстановительной терапии и медико-психологической реабилитации с учетом возможностей фармако-терапии и психотерапии.

Список литературы

1. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии / М. М. Кабанов // Медицинские исследования.— 2001.— Т. 1, вып. 1.— С. 9–10.
2. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П. Дж. Карлинг.— К.: Сфера, 2001.— 418 с.
3. Психотерапия: учебн. для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III–IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов.— Харьков: Око, 2002.— 768 с.
4. Энтони В. Психиатрическая реабилитация / В. Энтони, М. Коэн, М. Фаркас; пер. с англ.— К.: Сфера, 2001.— 278 с.
5. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: клін. посіб.; за ред. П. В. Волошина, В. М. Пономаренко.— Харків: Арсіс, 2000.— 303 с.
6. Субаєва К. Р. Психопатологічні особливості афективних розладів у осуджених чоловіків молодого віку: автореф. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук; спец. 19.00.04 «Медична психологія» / К. Р. Субаєва.— Харків, 2014.— 20 с.
7. Психологические тесты для профессионалов / Авт.-сост. Н. Ф. Гребень.— Минск: Современная школа, 2007.— 496 с.
8. Практикум по психологии состояний: учеб. пособ.; под ред. А. О. Прохорова.— СПб.: Речь, 2004.— 480 с.
9. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер.— М.: Медицина, 1978.— 294 с.
10. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич.— К.: Морион, 2000.— 320 с.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ХВОРИХ ІЗ ОРГАНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В УМОВАХ ЛІКАРНІ ІЗ СУВОРИМ НАГЛЯДОМ

Я. С. ЖИВІЛОВА

Проаналізовано тяжкість психічних розладів, соціальних наслідків і ступінь адаптації хворих на органічні ураження головного мозку, що має важливе значення для прогнозу як захворювання, так і можливої протиправної поведінки пацієнтів. Отримані дані обумовлюють необхідність побудови системи медико-психологічної реабілітації таких хворих в умовах лікарні із суворим наглядом.

Ключові слова: пацієнти з органічними ураженнями головного мозку, лікарня із суворим наглядом, клінічні прояви.

MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF PATIENTS WITH ORGANIC BRAIN LESIONS IN A HOSPITAL WITH STRICT SUPERVISION

Ya. S. ZHYVILOVA

The article analyses severity of mental disorders, social impact and the degree of adaptation of patients with organic brain lesions, which is important for the prognosis of the disease and possible offending behavior of the patients. The obtained data suggest of the necessity to build a system of medical and psychological rehabilitation of these patients in a hospital with strict supervision.

Key words: patients with organic brain lesions, hospital with strict supervision, clinical manifestations.

Поступила 12.12.2016