

УДК 616.89 -02:616.831-001.31-036/.6:340.63-039.76

Я. С. Живілова

ЗАХОДИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ОРГАНІЧНІ УРАЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В УМОВАХ ЛІКАРНІ З СУВОРИМ НАГЛЯДОМ

Я. С. Живілова

Мероприяття психосоціальної реабілітації больных с органическим поражением головного мозга в условиях больницы со строгим наблюдением

Ya. S. Zhyvilova

Psychosocial rehabilitation of patients with organic brain lesions in a hospital with strict supervision

У статті наведено дані про стан емоційної сфери та особистісні особливості хворих з органічними ураженнями головного мозку, що перебувають на лікуванні в лікарні з суворим наглядом. Ці дані мають істотне значення для прогнозу як перебігу захворювання, так і можливої надалі протиправної поведінки таких пацієнтів, що зумовлює прогноз їх суспільної небезпеки. Встановлено, що у цих хворих відзначаються високі показники особистісної тривожності й індексу ворожості. Відповідно до отриманих результатів побудовано систему медико-психологічного супроводу цих хворих в умовах лікарні із суворим наглядом.

Ключові слова: органічні ураження головного мозку, лікарня з суворим наглядом, емоційні порушення, особистісні особливості, медико-психологічний супровід

В статье приводятся данные о состоянии эмоциональной сферы и личностных особенностях больных с органическими поражениями головного мозга, находящихся на лечении в больнице со строгим наблюдением. Эти данные имеют существенное значение для прогноза как течения заболевания, так и возможного в дальнейшем противоправного поведения таких пациентов, что обуславливает прогноз их общественной опасности. Установлено, что у этих больных отмечаются высокие показатели личностной тревожности и индекса враждебности. В соответствии с полученными результатами построена система медико-психологического сопровождения этих больных в условиях больницы со строгим наблюдением.

Ключевые слова: органические поражения головного мозга, больница со строгим наблюдением, эмоциональные нарушения, личностные особенности, медико-психологическое сопровождение

The article presents data on the state of the emotional sphere and personal characteristics of patients with organic brain lesions, who are treated in a hospital with strict supervision. These data are essential for predicting both the course of the disease and the possible illegal behavior of such patients in the future, which predetermines the forecast of their public danger. It was found that these patients have high rates of personal anxiety and an index of hostility. In accordance with the results obtained, a system of medical and psychological support of these patients in a hospital with strict supervision was built.

Keywords: organic brain lesions, hospital with strict supervision, emotional disorders, personality traits, medical and psychological support

Головним завданням психіатричної ланки в галузі охорони здоров'я є змінення психічного здоров'я населення.

За даними чисельних досліджень, в теперішній час проблема психосоціальної реабілітації хворих з органічними ураженнями головного мозку, зокрема тих, хто здійснюють суспільно небезпечні дії, потребує подальшого розв'язання [1—4]. Консенсусним основним критерієм ефективності програм психосоціальної реабілітації вва-

жають ступінь здатності пацієнтів самостійно виконувати навички побутового забезпечення життєдіяльності, зберігати і підтримувати оптимальний рівень соціального функціонування (СФ) і якості життя (ЯЖ) [5—7]. Це повною мірою стосується і тих хворих, які схильні до вчинення суспільно небезпечних дій (СНД) [8]. Зараз є актуальним зниження суспільної небезпеки хворих з органічними ураженнями головного мозку. Для цього має бути створена система психосоціальної реабілітації таких хворих в умовах лікарні із суворим наглядом.

Частота, стійкість і вираженість психічних порушень залежать від статі, віку, соматичного стану хворих, тяжкості травми, недостатності лікування на попередніх етапах. Це зумовлює необхідність розроблення принципів побудови послідовного алгоритму відновної терапії і медико-психологічної реабілітації з урахуванням психічного стану, особистісних характеристик, макро- і мікросоціального оточення й адаптаційно-компенсаторного потенціалу цих хворих.

При цьому дуже важливим є об'єктивне оцінення стану як когнітивної, так і емоційної сфери цих хворих, тому що саме емоційні порушення є основним предиспозиційним фактором для здійснення суспільно небезпечних дій. Не меншу роль в цьому відіграють і особистісно-характерологічні порушення.

Метою нашого дослідження було визначити особистісні особливості і стан емоційної сфери у хворих на органічні ураження головного мозку і на ґрунті цього розробити таргетну систему психосоціальної реабілітації в госпітальних умовах.

Відповідно до поставленої мети було проведено дослідження 90 хворих з органічними ураженнями головного мозку. З них — 38 хворих з діагнозом розлад особистості органічної етіології (F07.0) і 52 хворих з діагнозом посткомоційний синдром (F07.2), чоловіки, середній вік — $39,72 \pm 0,50$ роки, які вчинили тяжкі та особливо тяжкі СНД (проти життя і здоров'я людини). Усі хворі були поділені на 2 групи — основну (50 осіб), які отримували психокорекційні заходи, і контрольну (40 осіб) із застосуванням психофармакологічних препаратів.

Дослідження було проведено на базі ДУ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (м. Дніпро). В процесі дослідження були застосовані: клініко-анамнестичний метод — для оцінення даних анамнезу життя, хвороби, особливостей розвитку, виховання, мікросоціального оточення, освіти, трудової діяльності. Проводилося також вивчення медичної документації для порівняння ефективності діагностичних висновків. Клініко-психопатологічний метод, заснований на проведенні стандартизованого діагностичного інтерв'ю, з застосуванням критеріїв МКХ-10. Психодіагностичний метод — із застосуванням характерологічного опитувальника для виявлення особистісно-характерологічних акцентуацій Леонгарда — Шмішека, діагностичного опи-

тувальника агресивності Басса — Даркі [9, 10]; методи математичної статистики [11, 12].

Клініко-психопатологічне дослідження показало таке. Для хворих з органічним розладом особистості (F07.0) притаманною була значна зміна поведінкового стереотипу у соціально дезадаптивних варіантах. Переважала значна емоційна лабільність, нездатність до цілеспрямованої діяльності. На цьому фоні спостерігалась виражена розгальмованість потреб і потягів, зосередженість на біологічно детермінованих мотиваціях. Це було сполученим з досить вираженою когнітивною дефіцитарністю і нездатністю до вольового зусилля і контролю за поведінкою. Такі особливості розладів психіки фактично і зумовили скоєння СНД.

Для хворих на посткомоційний синдром (F07.2) характерними були прояви церебрастенічного кола: нестриманість, афективність, яка легко провокується незначними подразниками, тривожність. Спостерігалися також ознаки енцефалопатичного характеру: головний біль, гіперакузія, атаксія тощо. Для хворих цієї групи особливо була притаманна залежна поведінка. Характерним було значне зниження толерантності до алкоголю. Такі особливості змін психічної сфери і були чинниками скоєння СНД.

Клініко-психопатологічний аналіз дав змогу також ідентифікувати негативні особистісні реакції хворих на перебування в лікарні з суворим наглядом. Реакція фрустрації — негативне сприйняття зміни звичного навколишнього середовища на відділення. Реакція заперечення — опозиційна настанова на спротив вимогам виконання режиму у відділенні. Реакція агресії — за двома різновидами: дифензивна — пасивна (проявляється лише при активному контакті оточуючих і персоналу з хворими); офензивна — активно провокативна (хворий сам провокує виникнення конфліктних ситуацій з оточуючими та персоналом).

Дані патопсихологічного дослідження показали таке.

Особистісні особливості пацієнтів у досліджуваній групі визначали за допомогою опитувальника Леонгарда — Шмішека. Типи акцентуацій, які були виявлені нами в обстежуваних хворих, наведені в табл. 1.

Під час аналізу показників особистісної характеристики, зокрема акцентуацій характеру, були отримані вірогідні різниці в підгрупах дослідження хворих з органічними ураженнями головного мозку.

Таблиця 1. Розподіл особистісних особливостей у досліджуваних хворих (за даними опитувальника Леонгарда — Шмішека)

Шкала	Основна група		Контрольна група	
	ПГ 1 F07.0 (n = 20)	ПГ 2 F07.2 (n = 30)	ПГ 1 F07.0 (n = 18)	ПГ 2 F07.2 (n = 22)
Демонстративність	13,07 ± 2,14	14,18 ± 1,94	14,06 ± 1,89	15,56 ± 1,34
Застрягання	15,56 ± 2,53	14,56 ± 1,12	15,78 ± 1,16	14,61 ± 1,84
Педантичність	12,22 ± 1,11	11,35 ± 3,16	15,46 ± 1,13	14,86 ± 1,84
Збудливість	18,55 ± 1,85	19,95 ± 2,35	17,69 ± 1,85	16,18 ± 1,44
Гіпертимність	8,00 ± 1,50	15,18 ± 1,56	16,40 ± 6,40	14,63 ± 1,45
Дистимність	15,88 ± 1,01	9,58 ± 1,12	11,20 ± 1,60	11,59 ± 1,88
Тривожність	19,81 ± 1,72	10,55 ± 1,80	12,60 ± 3,66	12,21 ± 1,85
Екзальтованість	9,00 ± 1,60	10,16 ± 1,86	10,46 ± 1,78	11,85 ± 1,23
Емотивність	8,59 ± 1,84	9,66 ± 2,54	9,40 ± 3,70	8,08 ± 3,15
Циклотимність	14,24 ± 1,86	15,05 ± 1,43	14,75 ± 1,52	15,06 ± 3,68

Для підгрупи 1 (F07.0) характерна тенденція до акцентуації за шкалами застрягання ($15,56 \pm 2,53$), збудливості ($18,55 \pm 1,85$), дистимності ($15,88 \pm 1,01$). Акцентуованість спостерігалася за шкалою тривожності ($19,81 \pm 1,72$). Виразність тривожного типу в поєднанні зі шкалою характеризували цих хворих як таких, що мало спілкуються, невпевнених у собі, схильних до конфліктів осіб. На тлі збудливості у хворих спостерігалось ослаблення контролю емоційних проявів, з вираженою імпульсивністю в поведінці.

Для підгрупи 2 (F07.2) характерна тенденція за шкалами: гіпертимності ($15,18 \pm 1,56$) і циклотимності ($15,05 \pm 1,43$), з вираженою акцентуацією за шкалою збудливості ($19,95 \pm 2,35$). Виявлялася недостатня керованість, ослаблення емоційно-вольового контролю, з проявом дратівливості, зниженням міжособистісної взаємодії на тлі високого рівня конфліктності. Поєднання зі шкалами гіпертимності та циклотимності, з одного боку, формує тенденцію до взаємодії та соціального контакту, а з іншого боку, зміна гіпертимних та дистимних станів є провокатором дестабілізації як емоційного стану, так і діяльного.

Рівні агресії і ворожості у пацієнтів з органічними ураженнями головного мозку визначали за допомогою методики Басса — Даркі. Отримані результати наведені в таблиці 2.

Таблиця 2. Показники агресії і ворожості в обстежених хворих (за даними опитувальника Басса — Даркі)

Індекс	Основна група		Контрольна група	
	ПГ 1 F07.0 (n = 20)	ПГ 2 F07.2 (n = 30)	ПГ 1 F07.0 (n = 18)	ПГ 2 F07.2 (n = 22)
Індекс агресивності	22,4 ± 0,72	18,9 ± 0,84*	21,7 ± 0,81	18,2 ± 0,67
Індекс ворожості	8,06 ± 0,53	11,7 ± 0,92*	7,9 ± 0,63	11,2 ± 0,58

Примітка. Вірогідність різниць між показниками до і після лікування: * — $p \leq 0,05$

В усіх хворих проведений аналіз показників індексу агресивності; був виявлений високий рівень, що досягає в середньому $21,4 \pm 0,93$ бала. Під час поділу хворих на групи за нозологічною належністю було виявлено вірогідне розходження в переважанні агресивних тенденцій. Зокрема, в групі хворих на органічний розлад особистості (F07.0) показник індексу агресивності досягав $22,4 \pm 0,71$ бали. В групі хворих на посткомоційний синдром (F07.2) — $18,9 \pm 0,84$ балів, за вірогідністю різниць $p \leq 0,05$.

Зворотні зв'язки були отримані під час аналізу індексу ворожості, де середній бал склав $10,1 \pm 0,96$. З вірогідною різницею у хворих на посткомоційний синдром (F07.2) цей показник переважав порівняно з $8,06 \pm 0,53$ у хворих на органічний розлад особистості (F07.0) — $11,7 \pm 0,92$ балів, $p \leq 0,05$.

Отже, при загальному зіставленні показників індексів агресивності і ворожості у осіб, хворих на органічне ураження головного мозку, спостерігалася вірогідна тенденція вираженості агресивної форми поведінки з переважанням підозрілості.

Отримані результати стали підґрунтям для розроблення системи психосоціальної реабілітації на госпітальному етапі хворих на органічні ураження головного мозку, які скоїли СНД.

Основним методом реалізації цієї системи був медико-психологічний супровід хворих із застосуванням психотерапії. Зважаючи на значні порушення емоційної сфери, базовою була когнітивно-біхевіоральна психотерапія (КБТ). Її поєднували з груповою психотерапією. Також застосовували елементи раціональної та сугестивної психотерапії. Ми використовували когнітивно-біхевіоральну терапію за А. Беком.

Система психосоціальної реабілітації була побудована за етапним принципом.

I етап «Оцінка психоемоційного стану» — починався з моменту надходження хворого в стаціонар і був спрямований на визначення стану емоційної сфери і мішеней психокорекції.

II етап «Формування комплаєнса» — містив заходи щодо формування комплаєнса, первинного встановлення психологічного контакту і формування позитивної мотивації до лікування.

III етап «Психотерапія та психокорекція» — включав індивідуальну і групову психотерапію, які були спрямовані на зміни активної життєвої стратегії, самосприйняття через усвідомлення сенсу життя і його якості, наявності важливої стратегічної мети.

IV етап «Супортивний психологічний супровід» — включав сеанси підтримувальної індивідуальної психотерапії.

Оцінка ефективності проведеної системи показала таке. В усіх хворих основної групи спостерігалася позитивна клінічна динаміка. Зменшилися емоційні прояви тривожно-депресивного спектра. З'явилася упорядкованість поведінкових проявів, поліпшився самоконтроль.

За даними патопсихологічного дослідження виявлено зниження рівня індексу ворожості.

Загалом значне поліпшення було досягнуто у 72 % хворих з діагнозом органічний розлад особистості (F07.0) і у 68 % хворих з діагнозом посткомоційний синдром (F07.2).

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

Для проведення психосоціальної реабілітації на госпітальному етапі хворих на органічні ураження головного мозку, які вчинили СНД, необхідно визначити стан емоційної, мотиваційної, когнітивної сфер.

Основним методом програми психосоціальної реабілітації цих хворих має бути психотерапія, побудована за інтегративним та етапним принципами.

Список літератури

1. Михайлов Б. В. Стан і перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в умовах реформування медичної галузі України // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 25—28.
2. Войтенко Р. М. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации при психических болезнях. СПб., 2003. 382 с.
3. Марута Н. А., Панько Т. В. Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза // Український вісник психоневрології. 2013. Т. 21, вип. 1 (74). С. 75—82.
4. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии // Медицинские исследования. 2001. Т. 1, вып. 1. С. 9—10.
5. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. Киев : Сфера, 2001. 418 с.
6. Психотерапия : учебник 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.

7. Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. Киев : Сфера, 2001. 278 с.

8. Субаєва К. Р. Психопатологічні особливості афективних розладів у осуджених чоловіків молодого віку : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : 19.00.14. Харків, 2014. 20 с.

9. Психологические тесты для профессионалов / авт.-сост. Н. Ф. Гребень. Минск : Современ. шк., 2007. 496 с.

10. Практикум по психологии состояний : учебное пособие / под ред. проф. А. О. Прохорова. СПб. : Речь, 2004. 480 с.

11. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. Москва : Медицина, 1978. 294 с.

12. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев : «Моріон», 2000. 320 с.

Надійшла до редакції 26.05.2017 р.

ЖИВИЛОВА Яна Сергіївна, лікар-психіатр, Державний заклад «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна; e-mail: upbsn@optima.com.ua

ZHYVILOVA Yana, Physician-psychiatrist, State institution "Ukrainian psychiatric hospital with strict supervision of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine; e-mail: upbsn@optima.com.ua