

УДК 614:616.89

О.К. Малтапар Я.В. Петрикина, Е.И. Храмченкова
РОЛЬ ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ОТДЕЛЕНИИ
С УСИЛЕННЫМ РЕЖИМОМ НАБЛЮДЕНИЯ

Ждановская областная психиатрическая больница, Донецкая область

Ключевые слова: общественно опасные деяния, социально – психологическая реабилитация, психокоррекционные мероприятия

Одной из основных мер предупреждения общественно опасных действий психических больных является принудительное лечение. [5;10] В настоящее время принудительное лечение подразделяется на четыре вида наблюдения: амбулаторное, обычное, усиленное и строгое. Решение суда основывается на рекомендациях экспертной комиссии, которая наряду с заключением о вменяемости – невменяемости высказывает мнение о целесообразности применения одной из форм принудительного лечения. [1;5]

Реабилитация больных, в отношении которых применены принудительные меры медицинского характера, является одной из первостепенных медико-социальных задач. [11]

По определению ВОЗ реабилитация – это комплексное и направленное использование медицинских, социальных, образовательных и трудовых мер с целью приспособления больного к деятельности на максимальном возможном для него уровне. [7]

Учитывая тот факт, что в основе большинства ООД наряду с психопатологическими нарушениями лежит и деформация ценностных ориентаций и интересов (особенно у больных, совершивших ООД по негативно-личностным механизмам), становится очевидным необходимость построения реабилитационных программ с учетом коррекции социально-психологических факторов и улучшения психического состояния пациентов. [11]

В ходе применения принудительных мер медицинского характера в отделении с усиленным наблюдением в ККЛПУ «Областная психиатрическая больница г. Ждановка», предусматриваются комплексные реабилитационные вмешательства, которые проводятся, начиная с 2005 года и до настоящего времени.

Для экспериментального исследования была выделена группа мужчин в количестве 25 человек, страдающих параноидной шизофренией, с различной длительностью заболевания и характером течения процесса, в возрасте от 28 до 43 лет. Все пациенты имели среднее специальное образование. Достаточную семейную поддержку имели только 32% больных – состояли в браке, поддерживали социальные связи с родственниками. Тяжесть совершенного правонарушения при проведении экспериментального исследования во внимание не бралась. В экспериментальной группе проводились различные виды психокоррекционных мероприятий. Контрольную группу состави-

ли 25 пациентов, страдающих параноидной шизофренией, которые не принимали участие в реабилитационной программе. Дана группа была коморбидна по возрасту, полу, семейному положению.

При проведении исследования предусматривалось достижение основных целей: улучшение социально-психологического состояния, снижение уровня агрессивности и эмоционального напряжения, снижение числа повторных деликтов. Для реализации поставленной задачи были разработаны такие виды работ: просветительские программы; тренинги, физическая реабилитация, арт-терапия, библиотерапия, музыкотерапия, ландшафтотерапия, трудотерапия, терапия духовностью, семейное консультирование.

При проведении психокоррекционных мероприятий использовался принцип мультидисциплинарного подхода, заключающийся в совместной работе врача психиатра, психолога, социального работника, труднinstrуктора, коррекционного педагога, медсестры по реабилитации. Мультидисциплинарная команда осуществляла комплексное ведение пациента, выявляя основные медицинские и социальные проблемы, разрабатывала индивидуальную реабилитационную программу, обеспечивала ее реализацию и оценку эффективности.

Перед проведением реабилитационной программы все пациенты были обследованы с использованием стандартизированных методов исследования. Применялись следующие методики: «Опросник агрессивности и враждебности Басса – Дарки», «Методика самооценки тревожных состояний Спилберга – Ханина», «Методика депрессивных состояний Зунге», «Личностный опросник Айзенка», а также проводилось психиатрическое интервьюирование. На данном этапе осуществлялась объективизация уровня агрессивности, степени деформации личностных ориентаций.

Психологическая диагностика, прежде всего, была направлена на выявление личностных характеристик больного, его интеллектуального потенциала, имеющихся механизмов психологической защиты, диссимилированных тенденций, особенностей, которые проявляются в социальной среде и общественных отношениях, а также для определения ведущих мотивов, ценностей и обнаружение внутренних конфликтов, эмоционально волевой сферы. На основании полученных данных с учетом психического состояния разрабатывалась индивидуальная реабилитационная программа, проводимая в комплексе с фармакотерапией.

Таблиця 1

Показатели уровня депрессии по группе контрольная (n= 25) и экспериментальная (n= 25)

Показатели	Медиана	Квартиль, 25%	Квартиль, 75%	Максимум	Минимум
Контрольная, УД	37	30	40	20	50
Экспериментальная, УД	45	35	47	29	54

На заключительном этапе с целью оценки полученных результатов вновь осуществлялась патопсихологическая диагностика, разрабатывались рекомендации для дальнейшей работы с пациентом в амбулаторных условиях.

Нами были исследованы степень выраженности депрессии, агрессии, тревожности, психотизма, нейротизма в контрольной и экспериментальной группах.

Анализ показателей уровня депрессии, агрессии, реактивной и личностной тревожности, психотизма и нейротизма, что они отличаются от нормального зако-

на распределения. В связи с чем, при сравнении полученных результатов были использованы непараметрические критерии различия.[2] Данные описательной статистики представлены в таблицах.

Сравнение полученных данных по центральным тенденциям двух независимых выборок показало существенные различия на уровне значимости $p < 0,05$ (-W – критерий Вилкоксона для двусторонней критической области). Существенные различия были выявлены также при сравнении форм распределений по критерию Хи – квадрат на уровне значимости $p < 0,001$.

Таблиця 2.1

Показатели форм агрессии по группе контрольная (n= 25) и экспериментальная (n= 25)

Показатели	Медиана	Квартиль, 25%	Квартиль, 75%	Минимум	Максимум
Контрольная, физическая А	7	5	9	0	10
Экспериментальная, физическая А	6	4	7	2	9
Контрольная, косвенная А	6	5	7	3	7
Экспериментальная, косвенная А	4	3	5	2	7
Контрольная, раздражение	7	4	9	3	9
Экспериментальная, раздражение	6	3	7	2	8
Контрольная, негативизм	3	3	5	0	5
Экспериментальная, негативизм	2	2	3	0	8
Контрольная, обида	6	5	6	2	8
Экспериментальная, обида	4	4	6	1	8
Контрольная, подозрительность	7	4	9	2	10
Экспериментальная, подозрительность	6	4	8	2	10
Контрольная, вербальная А	9	8	11	5	12
Экспериментальная, вербальная А	7	5	8	1	11
Контрольная, чувство вины	7	5	8	2	9
Экспериментальная, чувство вины	6	5	8	3	9

Таблиця 2.2

Показатели форм агрессии по группе контрольная (n= 25) и экспериментальная (n= 25)

Показатели	\bar{X}	σ	Ошибка среднего	min	max
Контрольная, общая А	20,88	4,38	0,88	13	28
Экспериментальная, общая А	16,20	4,30	0,86	7	23
Контрольная, враждебность	12,60	3,48	0,70	6	18
Экспериментальная, враждебность	10,88	3,76	0,75	4	18

Сравнение физической агрессивности, раздражения, обиды, подозрительности по центральным тенденциям двух независимых выборок не показало существенных различий на уровне значимости $p < 0,05$ (W – критерий Вилкоксона для двусторонней критической области). Существенные различия не были выявлены и при сравнении форм распределений физической агрессии по критерию Хи – квадрат на уровне значимости $p < 0,05$.

Сравнение косвенной агрессии, негативизма, вербальной агрессии по центральным тенденциям двух независимых выборок показало существенные различия на уровне значимости $p < 0,001$ (W – критерий Вилкоксона для двусторонней критической области). Существенные различия были выявлены также при сравнении форм распределений косвенной агрессии по критерию Хи – квадрат на уровне значимости $p < 0,001$.

При сравнении чувства вины не было выявлено существенных различий по центральным тенденциям двух независимых выборок (W – критерий Вилкоксона для двусторонней критической области) и при сравнении форм распределений чувства вины по критерию Хи – квадрат на уровне значимости $p < 0,05$.

При анализе показателей общей агрессии и враждебности было установлено, что их распределения подчиняются нормальному закону распределения. В связи с чем, при их сравнении были использованы параметрические критерии отличия (Таб.2.2). При сравнении показателей враждебности не было выявлено суще-

ственных различий по средним двух независимых выборок, а также при сравнении дисперсий $p < 0,05$. Сравнение показателей общей агрессии позволило установить, что по средним двух независимых выборок имеется существенное отличие $p < 0,001$, а по дисперсиям достоверных отличий выявлено не было $p < 0,05$.

Сравнение полученных данных реактивной и личностной тревожности по центральным тенденциям двух независимых выборок показало существенные различия на уровне значимости $p < 0,05$ (W – критерий Вилкоксона для двусторонней критической области). Существенные различия были выявлены при сравнении форм распределений реактивной тревожности по критерию Хи – квадрат на уровне значимости $p < 0,05$.

Сравнение нейротизма, экстра-интроверсии по центральным тенденциям двух независимых выборок не показало существенных различия на уровне значимости $p < 0,05$ (W – критерий Вилкоксона для двусторонней критической области). Сравнение форм распределений негативизма выявило существенные различия по критерию Хи – квадрат $p < 0,05$.

Сравнение психотизма по центральным тенденциям двух независимых выборок показало существенные различия на уровне значимости $p < 0,001$ (W – критерий Вилкоксона для двусторонней критической области). Сравнение форм распределений психотизма не выявило существенных различий по критерию Хи – квадрат ($p < 0,05$).

Таблиця 3

Показатели реактивной и личностной тревожности по группе контрольная (n= 25) и экспериментальная (n= 25)

Показатели	Медиана	Квартиль, 25%	Квартиль, 75%	Минимум	Максимум
Контрольная, реактивная тревожность	38	30	47	20	55
Экспериментальная, реактивная тревожность	33	28	36	11	39
Контрольная, личностная тревожность	56	51	62	33	77
Экспериментальная, личностная тревожность	58	55	65	51	69

Показатели нейротизма, экстра-интроверсии и психотизма по группе контрольная (n= 25) и экспериментальная (n= 25)

Показатели	Медиана	Квартиль, 25%	Квартиль, 75%	Минимум	Максимум
Контрольная, нейротизм	12	9	14	6	20
Экспериментальная, нейротизм	12	10	16	2	23
Контрольная, экстра-интроверсия	12	11	14	3	18
Экспериментальная, экстра-интроверсия	13	8	16	8	19
Контрольная, психотизм	7	6	9	4	11
Экспериментальная, психотизм	6	4	8	2	10

Проведенное исследование показало, что психокоррекционная работа способствует существенному снижению уровня депрессии, косвенной агрессивности, уровня раздражения, негативизма, обид, подозрительности ($p < 0,001$). Сравнение общей агрессии при помощи параметрических критериев различия выявило существенное улучшение данного показателя при использовании реабилитационной программы ($p < 0,001$). Существенное снижение было получено в результате применения реабилитационной программы по уровню реактивной и личностной тревожности, нейротизма, экстра-интроверсии, психотизма и шкалы лжи ($p < 0,05$). Использование психокоррекционной работы обеспечило существенное улучшение социально-психологических показателей у лиц, страдающих шизофренией, что свидетельствует о необходимости применения данной формы работы в практической психиатрии.

Литература:

1. Абрамов В.А., Никифоров Ю.В., Бурцев А.К., Абрамов А.В. Клинические, социальные и психологические аспекты принудительного лечения больных шизофренией. Донецк: ООО «Лебедь», 2003. – 212с.

2. Антази А. Урбина С. Психологическое тестирование. – СПб.: Питер, 2001. – 688с.: ил. – (Серия «Мастера психологии»).

3. Горбушина О.П. Психологический тренинг. Секреты проведения. – СПб.: Питер, 2008. – 176.: ил. – (Серия «Практическая психология»).

4. Зейгарник Б.В. Патопсихология: Учеб. Пособие для студ. Высш. Учеб. Заведений. – 2-е изд., стереотип. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 208с.

5. Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. – Изд. 2-е, доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985. – 216 с., 216 с.

6. Мальцев М.М., Котов В.П. Опасные действия психических больных. – М.: Медицина, 1995. – 256с.

7. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – М.: «МЕДпресс», 1998. – 592 с.

8. Психиатрический энциклопедический словарь / И.А. Стоиленов, М.И. Стоиленова, П.И. Коева и др. – К.: МАУП, 2003. – 1200с.

9. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога: Учеб. пособие: В кн. – М.: Изд-во ВАЛДОС – ПРЕСС, 2003.

10. Российский психиатрический журнал. №1. 2005

11. Судебная психиатрия: Руководство для врачей/ Г.В. Морозов, В.П. Белов, И.Н. Бобров и др.; Под ред. Г.В. Морозова. 2-е изд., перераб и доп. – М.: Медицина, 1988. – 400 с.

12. Юрьева Л.Н. Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния. Киев. – 145с.

13. Swadi H. "Experimenting" with Drugs: a Critical Evaluation. // Drug and Alcohol Dependence. 1990. № 26. P. 189-194.

14. Lund Ch., Ormerod E.// Br.J.Psychiatry. – 1986. – Vol.149. – P.512 – 515.

РОЛЬ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ВІДДІЛЕННІ З ПОСИЛЕНИМ НАГЛЯДОМ

О.К. Малтапар, Я. В. Петрікіна, Є. І. Храмченкова

В даній статті освітлена роль психокорекційних заходів в умовах відділення посиленого нагляду. Розглянуто вплив даної роботи на поліпшення соціально – психологічного стану хворих на параноїдну шизофренію.

Ключові слова: дії небезпечні для громадськості, соціально-психологічна реабілітація, психокорекційні заходи

ROLE OF PSYCHOCORRECTION MEASURES DURING LEADING OF MEDICAL SOCIAL REHABILITATION IN DEPARTMENTS WITH INTENSIFIED REGIME

O. Maltapar, Y. Petrikina, E. Hramchenkova

In this article is illuminated the role of the psychologist conducting psychocorrection measures in department strengthened regime. Lighted interaction with other employees in the use of rehabilitation measures. Efficiency of rehabilitation to improve the socio - psychological indicators.

Keywords: public dangerous actions, social- psychiatry rehabilitation, psychocorrection measures