

СИСТЕМА ПОЄДНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ТА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ОРГАНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В УМОВАХ ЛІКАРНІ ІЗ СУВОРИМ НАГЛЯДОМ

ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», Дніпро

Подано систему поєднаної психотерапії і психофармакотерапії у лікуванні хворих з органічними ураженнями головного мозку, які перебувають у лікарні із суворим наглядом. Установлено, що ці пацієнти відрізняються значними порушеннями емоційної сфери на тлі когнітивної недостатності. Розроблено систему медико-психологічного супроводу таких хворих із застосуванням різних психотерапевтичних методів і психофармакотерапевтичних препаратів.

Ключові слова: органічні ураження головного мозку, лікарня із суворим наглядом, емоційні порушення, особистісні особливості, медико-психологічний супровід, психотерапія, психофармакотерапія.

У теперішній час особливо актуальним стає завдання зниження суспільної небезпеки пацієнтів з органічними ураженнями головного мозку (ОУГМ) і створення системи їх психотерапевтичної корекції в умовах лікарні із суворим наглядом [1]. За прогнозами експертів ВООЗ, до 2020 р. психічні розлади вийдуть на одне з перших місць у структурі захворюваності населення [2–4]. При цьому зараз значне місце займають порушення психіки органічного, зокрема травматичного генезу.

Дотепер основними критеріями ефективності лікувально-реабілітаційних програм вважають ступінь здатності пацієнтів самостійно забезпечувати свою життєдіяльність, зберігати і підвищувати рівень власного соціального функціонування та якості життя [5].

Мета нашого дослідження — побудова системи поєднаної психо- і психофармакотерапії хворих з ОУГМ на госпітальному етапі.

На базі ДУ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (м. Дніпро) проведено обстеження 90 чоловіків з ОУГМ (їх середній вік становив $39,72 \pm 0,50$ року), які вчинили тяжкі та особливо тяжкі суспільнонебезпечні дії (СНД) (проти життя і здоров'я людини). У 38 із них діагностовано розлад особистості органічної етіології (F07.0 за МКХ-10), а у 52 — постконтузійний синдром (F07.2). Усіх хворих було розділено на дві групи: основну (ОГ) і контрольну (КГ). Із 50 осіб ОГ 20 пацієнтів із діагнозом F07.0 увійшли в підгрупу 1 (ПГ1), а 30 з діагнозом F07.2 — у підгрупу 2 (ПГ2). Із 40 обстежених КГ 18 осіб із діагнозом F07.0 було включено до підгрупи 3 (ПГ3) і 22 пацієнти з діагнозом F07.2 — до підгрупи 4 (ПГ4). Пацієнти ОГ отримували комбіновану психотерапію та психофармакотерапію, а хворі КГ — тільки психофармакотерапію.

Патопсихологічне дослідження показало такі результати. За даними тесту Спілбергера — Ханіна [6] нами було проведено аналіз розподілу показників реактивної тривоги (РТ) і особистісної тривожності (ОТ) у всіх чотирьох підгрупах хворих (табл. 1).

При зіставленні рівнів РТ і ОТ у хворих з ОУГМ було отримано такі результати. Після проведеного лікування спостерігалось достовірно значуще зниження усіх рівнів РТ в ПГ1 ОГ порівняно з ПГ3 КГ. У ПГ2 ОГ також достовірно знизилась показники високого і середнього рівнів РТ порівняно з ПГ3 КГ. Ці дані свідчать про стабілізацію емоційної сфери у вигляді проявів РТ у ПГ1 ОГ достовірно краще, ніж у ПГ2 ОГ ($p \leq 0,01$).

Аналіз ОТ показав таке: після лікування у хворих ПГ3 КГ достовірно переважав високий рівень ОТ над РТ в обстежених ПГ1 ОГ (77,78 і 55,00% відповідно, $p \leq 0,05$).

У хворих ПГ4 КГ достовірно значуще переважали показники високого (40,91%) і низького (9,09%) рівнів ОТ порівняно з ПГ2 ОГ (23,33 і 16,67% відповідно, $p \leq 0,05$). У пацієнтів КГ високий рівень ОТ, яка відображає стійку схильність індивіда сприймати велике коло ситуацій як загрозові, свідчить про рецидивнебезпечне здійснення СНД, тому що навіть незначне підвищення ситуативної тривожності на тлі високих показників особистісної може призвести до емоційної дестабілізації.

При аналізі середньостатистичних показників рівня тривоги у хворих ОГ до і після лікування було отримано такі результати. У пацієнтів ПГ1 спостерігалась позитивна динаміка у вигляді зниження високого рівня РТ (від $69,70 \pm 1,83$ до $48,30 \pm 1,52$ бала, $p \leq 0,01$) і низького рівня РТ (від $27,80 \pm 0,96$ до $20,20 \pm 0,84$ бала, $p \leq 0,05$). У хворих ПГ2 також

Таблиця 1

Середньостатистичні дані тривоги у хворих з органічними ураженнями головного мозку після лікування (за даними тесту Спілбергера — Ханіна)

Рівень	ОГ				КГ			
	ПГ1, n = 20		ПГ2, n = 30		ПГ3, n = 18		ПГ4, n = 22	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
<i>Реактивна тривога</i>								
Високий	3	15,00	12	40,00	12	66,67**	18	81,82**
Середній	8	40,00	11	36,67	5	27,78**	4	18,18**
Низький	9	45,00	7	23,33	1	5,55**	0	0,00
<i>Особистісна тривожність</i>								
Високий	11	55,00	7	23,33	14	77,78*	9	40,91*
Середній	4	20,00	18	60,00	4	22,22	11	50,00
Низький	5	25,00	5	16,67	0	0,00	2	9,09*

Примітка. Достовірність відмінностей між показниками після лікування: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

Таблиця 2

Зіставлення середньостатистичних показників рівня тривоги у хворих основної групи до і після лікування, $m \pm M$ (за даними тесту Спілбергера — Ханіна)

Рівень	До лікування		Після лікування	
	ПГ1, n = 20	ПГ2, n = 30	ПГ1, n = 20	ПГ2, n = 30
<i>Реактивна тривога</i>				
Високий	69,70±1,83	75,60±1,92	48,30±1,52**	56,50±1,73
Середній	37,20±1,22	40,40±1,44	33,10±0,87	38,10±1,02
Низький	27,80±0,96	28,60±1,37	20,20±0,84*	25,90±0,95
<i>Особистісна тривожність</i>				
Високий	73,60±1,95	51,30±1,25	49,70±1,13**	47,20±0,74*
Середній	41,20±0,83	37,60±1,09	39,40±0,67	34,30±0,69
Низький	28,40±0,71	20,10±0,58	21,10±0,72*	18,50±0,61

Примітка. Достовірність відмінностей між показниками до і після лікування: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$.

виявлялася позитивна динаміка зниження високого рівня РТ (від 75,60±1,92 до 56,50±1,73 бала, $p \leq 0,05$).

Рівень ОТ у хворих ПГ1 достовірно знизився порівняно із показником до лікування (від 73,60±1,95 до 49,70±1,13 бала, $p \leq 0,01$). Така ж позитивна динаміка спостерігалася і щодо низького показника (від 28,40±0,71 до 21,10±0,72 бала, $p \leq 0,05$). У хворих ПГ2 після лікування визначалася позитивна динаміка зниження показників від 51,30±1,25 до 47,20±0,74 бала, $p \leq 0,05$.

Особистісні особливості обстежених пацієнтів визначалися за допомогою опитувальника Леонгарда — Шмішека [7] (табл. 3).

При аналізі показників особистісних особливостей, зокрема акцентуацій характеру, виявилися достовірні відмінності в підгрупах хворих з ОУГМ.

Для ПГ1 ОГ притаманна тенденція збільшення показників за шкалами застрягання (15,56±2,53

бала), збудливості (18,55±1,85 бала), дистимічності (15,88±1,01 бала). Акцентуованість спостерігалася за шкалою тривожності (19,81±1,72 бала). Вираженість тривожного типу свідчить про те, що хворі були нетовариськими, невпевненими у собі, схильними до конфліктів. На тлі збудливості у них спостерігалася ослаблення контролю емоційних проявів із вираженою імпульсивністю у поведінці.

У ПГ2 відзначено тенденцію збільшення показників за шкалами гіпертимності (15,18±1,56 бала) і циклотимності (15,05±1,43 бала) з вираженою акцентуацією за шкалою збудливості (19,95±2,35 бала). Виявляється недостатня керованість, послаблення емоційно-вольового контролю з проявом дратівливості й зниженням міжособистісної взаємодії на тлі високого рівня конфліктності. Поєднання зі шкалами гіпертимності й циклотимності, з одного боку, формує тенденцію до взаємодії і соціального контакту, а з іншого — зміна

Таблиця 3

**Середньостатистичний розподіл особистісних особливостей в обстежених пацієнтів
(за даними опитувальника Леонгарда — Шмішека)**

Шкала	Основна група		Контрольна група	
	ПГ1, n = 20	ПГ2, n = 30	ПГ3, n = 18	ПГ4, n = 22
Демонстративність	13,07±2,14	14,18±1,94	14,06±1,89	15,56±1,34
Застрагання	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
Дистимічність	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

Таблиця 4

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

Індекс	Період обстеження	Основна група		Контрольна група	
		ПГ1, n = 20	ПГ2, n = 30	ПГ3, n = 18	ПГ4, n = 22
Агресивності	До лікування	22,40±0,72	18,90±0,84*	21,71±0,81	18,22±0,67
	Після лікування	18,30±0,68*	17,33±0,96	21,81±0,75	16,90±0,86
Ворожості	До лікування	8,06±0,53	11,70±0,92*	7,90±0,63	11,22±0,58
	Після лікування	6,72±0,61*	11,24±0,71	8,23±0,74	10,87±0,76

* $p \leq 0,05$.

гіпертимних і дистимних станів є провокатором дестабілізації емоційного стану.

Рівні агресії і ворожості серед пацієнтів з ОУГМ встановлювалися за допомогою методики Басса — Даркі [6] (табл. 4).

До лікування осіб ПГ1 ОГ і ПГ3 КГ було проведено аналіз показників індексу агресивності, при якому виявлено високий рівень, що досягає в середньому 21,40±0,93 бала. При розподілі ОГ на підгрупи було виявлено достовірне розходження у переважанні агресивних тенденцій. Так, у ПГ1 ОГ показник індексу агресивності сягав 22,40±0,71 бала, тоді як у ПГ2 ОГ він становив 18,90±0,84 бала при достовірності відмінностей $p \leq 0,05$.

При зіставленні результатів пацієнтів ОГ та КГ достовірних відмінностей не виявлено.

При аналізі показників індексу ворожості, де середній бал становив 10,10±0,96 бала, було отримано такі результати: в ПГ2 ОГ цей показник переважав із достовірною різницею (11,70±0,92 бала, $p \leq 0,05$).

Таким чином, при загальному зіставленні показників індексів агресивності й ворожості в осіб з ОУГМ спостерігається достовірна тенденція

вираженості агресивної форми поведінки з переважанням підозрливості.

Повторний аналіз показників агресивності й ворожості було проведено після лікування, при цьому виявлено певні відмінності у зниженні рівнів агресивності та ворожості у хворих ПГ1 ОГ порівняно з ПГ3 КГ, що були достовірними (при $p \geq 0,05$).

Об'єктивну оцінку рівня депресії було надано за допомогою методики Гамільтона (HDRS) [6] (табл. 5). У хворих ПГ1 ОГ у процесі лікування за шкалою HDRS зафіксовано зміни на рівні статистичної тенденції ($0,05 < p < 0,1$). У КГ достовірних відмінностей виявлено не було.

На підставі отриманих результатів було обґрунтовано і розроблено систему психотерапії та психокорекції хворих з ОУГМ.

Психотерапевтична програма здійснювалася за такими етапами (рисунок).

І «Оцінка психоемоційного стану» — розпочинається з моменту надходження хворого у стаціонар. Зусилля психолога спрямовані на визначення стану емоційної сфери пацієнтів і мішеней психокорекції (один сеанс).

Розподіл пацієнтів за ступенем вираженості депресії (за даними методики HDRS), $m \pm M$

Об'єктивна оцінка рівня депресії	Основна група				Контрольна група			
	ПГ1, n = 20		ПГ2, n = 30		ПГ3, n = 18		ПГ4, n = 22	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Норма (0–7 балів)	8,12±3,49	6,72±3,11	6,82±2,69	6,43±1,92	8,02±0,01	6,41±0,13	6,71±2,5	6,43±1,95
Легка (7–12 балів)	11,21±4,53	6,90±3,02*	33,33±5,05	30,13±4,48	11,73±0,04	8,50±0,04	33,03±5,03	31,11±4,01
Помірна (14–18 балів)	18,10±4,92	16,01±3,77	29,81±4,9	27,81±3,38	18,12±0,13	17,52±0,01	28,01±5,01	26,51±4,45
Тяжка (19–22 балів)	59,11±6,29	47,03±4,02	39,10±5,23	37,70±4,96	58,41±0,08	57,13±0,13	38,89±5,11	37,62±3,79

II «Установлення комплаєнсу» — є поетапно здійснюваною системою побудови терапевтичного альянсу лікаря та пацієнта з використанням психоосвітніх програм, спрямованих на інформаційний та психокорекційний вплив (два заняття по 1 год). Головним завданням цього блока було досягнення адекватного уявлення про захворювання (залежно від нозології), розуміння напряду лікування,

визначення основних принципів збереження психічного здоров'я особистості.

Здатність до досягнення комплаєнсу, тобто комплаєнтність, залежить як від особистісних особливостей або установок пацієнта, так і від особливостей особистості лікаря та його sui generis комунікативної і психотерапевтичної компетентності. До особливостей досягнення комплаєнсу

www.mps.kh.ua



Психотерапевтична програма лікування хворих з органічними ураженнями головного мозку

в процесі психотерапії неспсихотичних психічних розладів можна віднести чинники з боку пацієнта, з боку лікаря, і чинники «альянсу» (загальні, спільні), у формуванні яких однакову участь беруть як пацієнт, так і терапевт.

III «Психотерапія и психокорекція» — це формування активної життєвої стратегії, удосконалення самосприйняття шляхом усвідомлення сенсу і якості життя, формування важливої стратегічної мети; включає індивідуальну й групову психотерапію (10 сеансів). **«Стабілізація психоемоційного стану»** (у групі хворих із діагнозом F07.0) пов'язана з поліпшенням стану емоційної сфери за допомогою зниження рівня тривоги і депресії, відпрацювання моделі конструктивного реагування на стрес, критичного оцінювання ситуації та відновлення транзакцій у системі «людина — середовище»; тривалість курсу — шість занять (дві індивідуальні сесії та чотири сеанси аутогенного тренування). **«Формування навичок емоційної регуляції»** (у групі пацієнтів з діагнозом F07.2) спрямоване на здобуття навичок зниження тривоги, вираження емоцій, відпрацювання емоційного реагування на стрес-ситуації і подальшу їх інтерпретацію. Тривалість курсу — дев'ять сеансів (дві індивідуальні сесії, три сеанси аутогенного тренування, чотири сеанси прогресивної м'язової релаксації).

IV «Супортивний психологічний супровід» — включає індивідуальну психотерапію з елементами сімейної психокорекції. **«Відновлення соціального функціонування»** включало опрацювання моделі поведінки при взаємодії у мікро- та макросоціумі, зниження рівня агресивності та дратівливості шляхом використання технік раціональної психотерапії. Тривалість етапу варіювала від чотирьох до шести сеансів. **«Відпрацювання соціальноадаптованих навичок реагування на стрес-ситуації»** застосовувалося для групи хворих із діагнозом F07.2 і включало інтенсивні групові заняття, спрямовані на переосмислення значущості травмуючих подій, типів реагування та способів їх подолання. Тривалість етапу варіювала від шести до дев'яти сеансів.

Основним методом реалізації медико-психологічної реабілітації пацієнтів була когнітивно-біхевіоральна терапія, яка поєднувалася з груповою психотерапією. Застосовувалися елементи раціональної та сугестивної психотерапії. Для корекції порушень емоційної сфери тривожно-депресивного спектра використовувалася когнітивно-біхевіоральна терапія за А. Беком.

Аналіз ефективності проведеної програми, яка сполучала психотерапію і фармакотерапію, проведений за такими критеріями: рівень РТ, наявність депресивної симптоматики за даними суб'єктивного аналізу, рівень якості життя за даними щоденника самоспостереження.

У цілому значне поліпшення було досягнуто у 72 % хворих із діагнозом F07.0 — розлад особистості органічної етіології і у 68 % хворих із діагнозом F07.2 — постконтузійний синдром.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

При лікуванні хворих з ОУГМ, які вчинили особливо тяжкі СНД, необхідно враховувати стан їх емоційної сфери, зокрема рівень депресії і тривоги, особливо дисфоричних та експлозивних їх варіантів.

Значна дисфункція у всіх сферах соціального функціонування хворих з ОУГМ, які вчинили особливо тяжкі СНД, обумовлює необхідність формування медико-психологічних реабілітаційних програм, спрямованих на оптимізацію рівня їх соціального функціонування.

Для таких пацієнтів повинна бути розроблена програма медико-психологічної реабілітації із застосуванням різних психотерапевтичних методів. Їх обсяг і послідовність формуються з урахуванням стану емоційної сфери та особистісно-характерологічних особливостей хворих.

При лікуванні пацієнтів слід урахувати малий ресурс їхньої психосоціальної адаптації. Тому заздалегідь мають бути визначені мішені для відновлювальної терапії та медико-психологічної реабілітації з урахуванням можливостей фармако- та психотерапії.

Список літератури

1. *Кабанов М. М.* Реабилитация в контексте психиатрии / М. М. Кабанов // Медицинские исследования.— 2001.— Т. 1, вып. 1.— С. 9–10.
2. *Михайлов Б. В.* Стан і перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в умовах реформування медичної галузі України / Б. В. Михайлов // Укр. вісн. психоневрології.— 2017.— Т. 25, № 1 (90).— С. 25–28.
3. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации при психических болезнях; под ред. Р. М. Войтенко.— СПб.: Санкт-Петербургский ин-т врачей-экспертов, 2003.— 382 с.
4. *Марута Н. А.* Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза / Н. А. Марута, Т. В. Панько // Укр. вісн. психоневрології.— 2013.— Т. 21, вип. 1 (74).— С. 75–82.
5. Клиническая психиатрия / Н. Е. Бачериков, К. В. Михайлова, В. Л. Гавенко [и др.]; под ред. Н. Е. Бачерикова.— К.: Здоровье, 1989.— 512 с.
6. Психологические тесты для профессионалов; авт.-сост Н. Ф. Гребень.— Минск: Соврем. шк., 2007.— 496 с.
7. Практикум по психологии состояний: учеб. пособ.; под ред. А. О. Прохорова.— СПб.: Речь, 2004.— 480 с.

**СИСТЕМА СОЧЕТАННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ
С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА
В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СО СТРОГИМ НАБЛЮДЕНИЕМ**

Я. С. ЖИВИЛОВА

Представлена система сочетанной психотерапии и психофармакотерапии в лечении больных с органическими поражениями головного мозга, находящихся в больнице со строгим наблюдением. Установлено, что эти пациенты отличаются значительными нарушениями эмоциональной сферы на фоне когнитивной недостаточности. Разработана система медико-психологического сопровождения таких больных с применением различных психотерапевтических методов и психофармакотерапевтических препаратов.

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

**THE SYSTEM OF COMBINED PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOPHARMACOTHERAPY
IN PATIENTS WITH ORGANIC BRAIN LESIONS IN A HOSPITAL WITH STRICT SUPERVISION**

Ya. S. ZHYVILOVA

A system of combined psychotherapy and psychopharmacotherapy in patients with organic brain lesions treated in a hospital with strict supervision is presented. It was established that these patients are characterized by significant disturbances of the emotional sphere against a background of cognitive deficiency. A system of medical and psychological support of such patients using various psychotherapeutic methods and psychopharmacotherapeutic drugs was developed.

Key words: organic brain lesions, hospital with strict supervision, emotional disorders, personality traits, medical and psychological support, psychotherapy, psychopharmacotherapy.

Надійшла 01.08.2017