



Я. С. Живилова

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

© **Живилова Яна Сергіївна (Україна)** – ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», лікар-психіатр, вул. Надії Олексієнко, 84, м. Дніпро, 49006; e-mail: upbsn@optima.com.ua, yanaiv050@ukr.net.

© **Jana Jivilova (Ukraine)** – State Institution «Ukrainian Psychiatric Hospital with Strict Supervision of the Ministry of Health of Ukraine», Psychiatrist, 84, Nadiia Oleksiyenko Street, Dnipro, 49006; e-mail: upbsn@optima.com.ua, yanaiv050@ukr.net.

© **Живилова Яна Сергеевна (Украина)** – ГУ «Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением МЗ Украины», врач-психиатр, ул. Надежды Алексеенко, 84, г. Днепр, 49006; e-mail: upbsn@optima.com.ua, yanaiv050@ukr.net.

Том 4, № 8, 2017, стр. 18–23

## СОСТОЯНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СО СТРОГИМ НАБЛЮДЕНИЕМ

THE STATE OF EMOTIONAL SPHERE AND PERSONALITY FEATURES IN PATIENTS WITH ORGANIC BRAIN LESIONS IN A HOSPITAL WITH STRICT SUPERVISION

СТАН ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ТА ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З ОРГАНІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В УМОВАХ ЛІКАРНІ З СУВОРИМ НАГЛЯДОМ

**Summary.** 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. Such information is essential for predicting both the course of the disease and the possible subsequent illegal behavior of these patients, the degree of their public danger. It is established that these patients are distinguished by high rates of personal anxiety and hostility index. In accordance with the results obtained in the course of the study, a system of medical and psychological support of such patients was developed in a hospital with strict supervision using various psychotherapeutic methods. Their volume and sequence are formed taking into account the state of the emotional sphere and personality-characterological features. Targets for restorative therapy and medical and psychological rehabilitation are determined, taking into account the possibilities of pharmacotherapy and psychotherapy.

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

**Анотація.** У статті наводяться дані про стан емоційної сфери та особистісні особливості хворих з органічними ураженнями головного мозку, які знаходяться на лікуванні в лікарні з суворим наглядом. Такі відомості мають істотне значення для прогнозування як перебігу захворювання, так і можливої у подальшому протиправної поведінки цих пацієнтів, ступеня їхньої суспільної небезпеки. Встановлено, що ці пацієнти відрізняються високими показниками особистісної тривожності й індексу ворожості. Відповідно до отриманих у ході дослідження результатів розроблено систему медико-психологічного супроводу таких хворих в умовах лікарні із суворим наглядом із застосуванням різних психотерапевтичних методів. Їхній обсяг і послідовність формуються з урахуванням стану емоційної сфери та особистісно-характерологічних особливостей. Визначено мішені для відновлювальної терапії та медико-психологічної реабілітації з урахуванням можливостей фармакотерапії та психотерапії.

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

### Введение

В настоящее время в системе психиатрической службы Украины происходят существенные изменения. В соответствии с Европейским планом действий по охране психического здоровья приоритетной становится проблема максимального улучшения психического здоровья населения [1].

В связи с этим актуализируются задачи снижения общественной опасности пациен-

тов с органическими поражениями головного мозга (ОПГМ) и создание системы психотерапевтической коррекции таких больных в условиях больницы со строгим наблюдением. По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. психические расстройства выйдут на одно из первых мест в мире [2; 3]. При этом в структуре заболеваемости отмечается существенная доля нарушений психики органического, в частности травматического, генеза. В свое

время Н. Е. Бачериков (1989) [4] выделил синдромальную структуру психических нарушений. В период отдаленных последствий наблюдаются как непсихотические психические расстройства (различные формы астении, психопатоподобные изменения личности, пароксизмальные расстройства), так и психотические: разнообразные формы измененного сознания, эндоформные (аффективные, бредовые и галлюцинаторно-бредовые) психозы и деменция.

Частота, стойкость и выраженность психических нарушений зависят от пола, возраста, соматического состояния больных, а также от тяжести травмы и качества лечения на предыдущих этапах. Это обуславливает необходимость разработки принципов построения последовательного алгоритма восстановительной терапии и медико-психологической реабилитации с учетом психического состояния, личностных характеристик, макро- и микросоциального окружения и адаптационно-компенсаторного потенциала таких больных.

По данным литературы, проблема психосоциальной реабилитации пациентов с ОПГМ, в том числе совершающих общественно опасные действия, требует дальнейшего изучения и разрешения. [5]. В настоящее время основными критериями эффективности лечебно-реабилитационных программ считаются степень способности пациентов самостоятельно обеспечивать жизнедеятельность, сохранять и повышать уровень собственного социального функционирования и качества жизни [6]. В связи с этим возникает необходимость объективной оценки уровня дисфункции различных сфер психики – в дальнейшем, при построении программ медико-психологической реабилитации, это поможет более точно определить мишени воздействия [7–9].

Очень важной является объективная оценка состояния эмоциональной сферы этих больных, так как именно эмоциональные нарушения служат основным предиспозиционным фактором для совершения общественно опасных действий (ООД). Не меньшую роль играют и личностно-характерологические нарушения.

#### **Цель и задачи исследования**

Вышеизложенное обусловило цель исследования – определение состояния эмоциональной сферы и личностных особенностей у больных с органическими поражениями головного мозга как мишеней системы психотерапевтической коррекции.

#### **Материалы и методы исследования**

Для реализации этой цели на базе ГУ «Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением МЗ Украины» (г.Днепр) проведено обследование 90 мужчин (средний возраст  $39,72 \pm 0,50$  года) с органическими поражениями головного мозга, совершивших тяжкие и особо тяжкие ООД (против жизни и здоровья человека). У 38 из них диагностировано расстройство личности органической этиологии (F07.0), а у 52 – постконтузионный синдром (F07.2).

Все больные были разделены на 2 группы: основную (ОГ) и контрольную (КГ). Из 50 человек ОГ 20 пациентов с диагнозом F07.0 вошли в подгруппу 1 (ПГ1), а 30 с диагнозом F07.2 – в подгруппу 2 (ПГ2). Из 40 обследованных КГ 18 человек с диагнозом F07.0 были включены в подгруппу 1 (ПГ1) и 22 человека с диагнозом F07.2 – в подгруппу 2 (ПГ2). С пациентами ОГ проводились психокоррекционные мероприятия, а в КГ получали только фармакологическое лечение.

Во время работы использовались следующие методы и методики исследования:

- клиничко-анамнестический – для оценки данных анамнеза жизни, болезни, особенностей развития, воспитания, а также микросоциальных контактов, образования, трудовой деятельности, особенностей характера. Кроме этого, для сравнения эффективности применяемого метода диагностики, проводилось изучение медицинской документации;

- клиничко-психопатологический, основанный на общепринятых подходах в психиатрическом обследовании пациентов путем стандартизированного интервью с применением критериев МКБ-10;

- психодиагностические: диагностическое интервью, опросник Спилбергера–Ханина (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) [10] (для оценки реактивной и личностной тревожности); шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS) [11]; характерологический опросник Леонгарда–Шмишека [10] (для выявления личностно-характерологических акцентуаций); диагностический опросник агрессивности Басса–Дарки [10];

- статистические.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Патопсихологическое исследование показало следующее. По данным теста Спилбергера–Ханина [10] нами был проведен анализ распределения показателей реактивной тревоги и личностной тревожности в исследуемых группах больных (табл. 1).

Таблица 1

Среднестатистические данные тревоги у больных с органическими поражениями головного мозга после лечения (по данным теста Спилбергера-Ханина)

| Уровень                       | Основная группа |       |             |       | Контрольная группа |         |             |         |
|-------------------------------|-----------------|-------|-------------|-------|--------------------|---------|-------------|---------|
|                               | ПГ 1 (n=20)     |       | ПГ 2 (n=30) |       | ПГ 1 (n=18)        |         | ПГ 2 (n=22) |         |
|                               | Абс.            | %     | Абс.        | %     | Абс.               | %       | Абс.        | %       |
| <b>Реактивная тревожность</b> |                 |       |             |       |                    |         |             |         |
| Высокий                       | 3               | 15,00 | 12          | 40,00 | 12                 | 66,67** | 18          | 81,82** |
| Средний                       | 8               | 40,00 | 11          | 36,67 | 5                  | 27,78** | 4           | 18,18** |
| Низкий                        | 9               | 45,00 | 7           | 23,33 | 1                  | 5,55**  | 0           | 0,00    |
| <b>Личностная тревожность</b> |                 |       |             |       |                    |         |             |         |
| Высокий                       | 11              | 55,00 | 7           | 23,33 | 14                 | 77,78*  | 9           | 40,91*  |
| Средний                       | 4               | 20,00 | 18          | 60,00 | 4                  | 22,22   | 11          | 50,00   |
| Низкий                        | 5               | 25,00 | 5           | 16,67 | 0                  | 0,00    | 2           | 9,09*   |

**Примечание.**

Достоверность различий между показателями после лечения:

\* –  $p \leq 0,05$ ;

\*\* –  $p \leq 0,01$ .

При сопоставлении уровней реактивной тревоги (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) у больных с ОПГМ (табл. 1) были получены следующие результаты. После проведенного лечения наблюдалось достоверно значимое снижение всех уровней РТ в ПГ1 ОГ по сравнению с ПГ1 КГ. В ПГ2 ОГ также достоверно снизились показатели высокого и среднего уровней РТ по сравнению с ПГ2 КГ.

Полученные данные свидетельствуют о стабилизации эмоциональной сферы в виде проявления РТ в ПГ1 ОГ достоверно лучше, чем в ПГ2 ОГ (при  $p \leq 0,01$ ).

При анализе ЛТ были получены следующие результаты. После лечения у больных ПГ1 КГ достоверно преобладал высокий уровень ЛТ над уровнем тревоги у обследованных ПГ1 ОГ (77,78% и 55,00% соответственно при  $p \leq 0,05$ ).

У больных ПГ2 КГ достоверно значимо преобладали показатели высокого (у 40,91%) и низкого (9,09%) уровней ЛТ по сравнению с ПГ2 ОГ (23,33% и 16,67% соответственно при  $p \leq 0,05$ ). У пациентов КГ высокий уровень ЛТ, которая отображает устойчивую склонность

индивида воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, свидетельствует о рецидивоопасности совершения ООД, т. к. даже незначительное повышение ситуативной тревожности на фоне высоких показателей личностной может привести к эмоциональной дестабилизации.

При анализе среднестатистических показателей уровня тревоги у больных ОГ с ОПГМ до и после лечения (табл. 2) были получены следующие результаты. В ПГ1 у больных наблюдалась положительная динамика в виде снижения высокого уровня РТ (с  $69,70 \pm 1,83$  до  $48,30 \pm 1,52$  при  $p \leq 0,01$ ) и низкого уровня РТ (с  $27,80 \pm 0,96$  до  $20,20 \pm 0,84$  при  $p \leq 0,05$ ). В ПГ2 у больных также наблюдалась положительная динамика снижения высокого уровня РТ (с  $75,60 \pm 1,92$  до  $56,50 \pm 1,73$  при  $p \leq 0,05$ ).

Уровень ЛТ в ПГ1 у больных достоверно снизился по сравнению с уровнем ЛТ в этой же группе до лечения (с  $73,60 \pm 1,95$  до  $49,70 \pm 1,13$  при  $p \leq 0,01$ ). Такая же положительная динамика наблюдалась и относительно низкого показателя (с  $28,40 \pm 0,71$

Таблица 2

Сопоставление среднестатистических показателей уровня тревоги у больных с ОПГМ до и после лечения в ОГ (по данным теста Спилбергера-Ханина)

| Уровень                       | До лечения       |                  | После лечения         |                    |
|-------------------------------|------------------|------------------|-----------------------|--------------------|
|                               | ПГ 1 (n=20)      | ПГ 2 (n=30)      | ПГ 1 (n=20)           | ПГ 2 (n=30)        |
|                               | $m \pm M$        |                  |                       |                    |
| <b>Реактивная тревожность</b> |                  |                  |                       |                    |
| Высокий                       | $69,70 \pm 1,83$ | $75,60 \pm 1,92$ | $48,30 \pm 1,52^{**}$ | $56,50 \pm 1,73$   |
| Средний                       | $37,20 \pm 1,22$ | $40,40 \pm 1,44$ | $33,10 \pm 0,87$      | $38,10 \pm 1,02$   |
| Низкий                        | $27,80 \pm 0,96$ | $28,60 \pm 1,37$ | $20,20 \pm 0,84^*$    | $25,90 \pm 0,95$   |
| <b>Личностная тревожность</b> |                  |                  |                       |                    |
| Высокий                       | $73,60 \pm 1,95$ | $51,30 \pm 1,25$ | $49,70 \pm 1,13^{**}$ | $47,20 \pm 0,74^*$ |
| Средний                       | $41,20 \pm 0,83$ | $37,60 \pm 1,09$ | $39,40 \pm 0,67$      | $34,30 \pm 0,69$   |
| Низкий                        | $28,40 \pm 0,71$ | $20,10 \pm 0,58$ | $21,10 \pm 0,72^*$    | $18,50 \pm 0,61$   |

**Примечание.**

Достоверность различий между показателями после лечения:

\* –  $p \leq 0,05$ ;

\*\* –  $p \leq 0,01$ .

Таблиця 3

## Среднестатистическое распределение личностных особенностей у обследованных (по данным опросника Леонгарда–Шмишека)

| Шкала              | Основная группа |             | Контрольная группа |             |
|--------------------|-----------------|-------------|--------------------|-------------|
|                    | ПГ 1 (n=20)     | ПГ 2 (n=30) | ПГ 1 (n=18)        | ПГ 2 (n=22) |
| Демонстративность  | 13,07±2,14      | 14,18±1,94  | 14,06±1,89         | 15,56±1,34  |
| Застревание        | 15,56±2,53      | 14,56±1,12  | 15,78±1,16         | 14,61±1,84  |
| Педантичность      | 12,22±1,11      | 11,35±3,16  | 15,46±1,13         | 14,86±1,84  |
| Возбудимость       | 18,55±1,85      | 19,95±2,35  | 17,69±1,85         | 16,18±1,44  |
| Гипертимность      | 8,00±1,50       | 15,18±1,56  | 16,40±6,40         | 14,63±1,45  |
| Дистимность        | 15,88±1,01      | 9,58±1,12   | 11,20±1,60         | 11,59±1,88  |
| Тревожность        | 19,81±1,72      | 10,55±1,80  | 12,60±3,66         | 12,21±1,85  |
| Экзальтированность | 9,00±1,60       | 10,16±1,86  | 10,46±1,78         | 11,85±1,23  |
| Эмотивность        | 8,59±1,84       | 9,66±2,54   | 9,40±3,70          | 8,08±3,15   |
| Циклотимность      | 14,24±1,86      | 15,05±1,43  | 14,75±1,52         | 15,06±3,68  |

до 21,10±0,72 при  $p \leq 0,05$ ). В ПГ 2 у больных после лечения наблюдалась положительная динамика снижения показателей с 51,30±1,25 до 47,20±0,74 при  $p \leq 0,05$ .

Личностные особенности пациентов в исследуемой группе определялись при помощи опросника Леонгарда–Шмишека. Типы акцентуаций, которые были обнаружены нами у обследованных пациентов, представлены в табл. 3.

При анализе показателей личностной характеристики, в частности акцентуаций характера, были получены достоверные различия в подгруппах исследования больных с ОПГМ.

Для ПГ1 характерна тенденция увеличения показателей по шкалам застреваемости (15,56±2,53), возбудимости (18,55±1,85), дистимности (15,88±1,01). Акцентуированность наблюдалось по шкале тревожности (19,81±1,72). Выраженность тревожного типа характеризует данных больных как малообщительных, неуверенных в себе, склонных к конфликтам. На фоне возбудимости у больных наблюдается ослабление контроля эмоциональных проявлений с выраженной импульсивностью в поведении.

Для ПГ2 характерна тенденция увеличения показателей по шкалам гипертимности

(15,18±1,56) и циклотимности (15,05±1,43) с выраженной акцентуацией по шкале возбудимости (19,95±2,35). Проявляется недостаточная управляемость, ослабление эмоционально-волевого контроля с проявлением раздражительности и снижением межличностного взаимодействия на фоне высокого уровня конфликтности. Сочетанность со шкалами гипертимности и циклотимности, с одной стороны, формирует тенденцию к взаимодействию и социальному контакту, а с другой – смена гипертимных и дистимных состояний является провокатором дестабилизации как эмоционального состояния.

Уровни агрессии и враждебности среди пациентов с ОПГМ определялись при помощи методики Басса–Дарки, результаты которой представлены в табл. 4.

До лечения лиц ПГ1 (как ОГ, так и КГ) был проведен анализ показателей индекса агрессивности, при котором выявлен высокий уровень, достигающий в среднем 21,40±0,93 балла. При распределении ОГ на подгруппы было обнаружено достоверное расхождение в преобладании агрессивных тенденций. Так, в ПГ1 ОГ показатель индекса агрессивности достигал 22,40±0,71 баллов, тогда как в ПГ2 ОГ он составлял 18,90±0,84 при достоверности различий  $p \leq 0,05$ .

Таблиця 4

## Показатели агрессии и враждебности у обследованных (по данным опросника Басса–Дарки)

| Индекс        | Период обследования | Основная группа |             | Контрольная группа |             |
|---------------|---------------------|-----------------|-------------|--------------------|-------------|
|               |                     | ПГ 1 (n=20)     | ПГ 2 (n=30) | ПГ 1 (n=18)        | ПГ 2 (n=22) |
| Агрессивности | до лечения          | 22,40±0,72      | 18,90±0,84* | 21,71±0,81         | 18,22±0,67  |
|               | после лечения       | 18,30±0,68*     | 17,33±0,96  | 21,81±0,75         | 16,90±0,86  |
| Враждебности  | до лечения          | 8,06±0,53       | 11,70±0,92* | 7,90±0,63          | 11,22±0,58  |
|               | после лечения       | 6,72±0,61*      | 11,24±0,71  | 8,23±0,74          | 10,87±0,76  |

## Примечание.

Достоверность различий между показателями после лечения:

\* –  $p \leq 0,05$ ;

\*\* –  $p \leq 0,01$ .

При сопоставлении результатов ОГ с ГК достоверных различий получено не было.

При анализе индекса враждебности, где средний балл составил  $10,10 \pm 0,96$ , были получены следующие результаты: в ПГ2 ОГ данный показатель преобладал с достоверной разницей  $11,70 \pm 0,92$  балла при  $p \leq 0,05$ .

Таким образом, при общем сопоставлении показателей индексов агрессивности и враждебности у лиц с ОПГМ наблюдается достоверная тенденция выраженности агрессивной формы поведения с преобладанием подозрительности. Повторный анализ показателей агрессивности и враждебности был проведен после лечения, при котором были получены определенные различия в снижении уровней агрессивности и враждебности у больных ПГ1 ОГ по сравнению с ПГ1 КГ, достигавшие достоверности (при  $p \geq 0,05$ ).

Объективную оценку уровня депрессии определяли с помощью методики Гамильтона (HDRS) (табл. 5). Результаты оценки наличия депрессии у больных ПГ1 ОГ в процессе лечения по шкале HDRS показали изменения на уровне статистической тенденции ( $0,05 < p < 0,1$ ). В КГ достоверных различий выявлено не было.

На основании полученных результатов была обоснована и разработана система психотерапии и психокоррекции больных с ОПГМ.

Основным методом реализации медико-психологической реабилитации пациентов была когнитивно-бихевиоральная терапия. Она сочеталась с групповой психотерапией. Также применялись элементы рациональной и суггестивной психотерапии. Для коррекции нарушений эмоциональной сферы тревожно-депрессивного спектра использовалась когнитивно-бихевиоральная терапия по А. Беку.

Система психотерапии формировалась в четыре этапа.

■ **I этап – «Оценка психоэмоционального состояния».** Начинается с момента поступления больного в стационар. Усилия направлены на определение состояния эмоциональной сферы пациентов и мишеней психокоррекции (1 сеанс).

■ **II этап – «Формирование комплаенса».** Ориентирован на формирование комплаенса, установление первичного психологического контакта и формирование положительной мотивации к лечению (2 сеанса).

■ **III этап – «Психотерапия и психокоррекция».** Направлен на формирование активной жизненной стратегии, совершенствование самовосприятия путем осознания смысла жизни и качества жизни, формирование важной стратегической цели; включает индивидуальную и групповую психотерапию (10 сеансов).

■ **IV этап – «Суппортивное психологическое сопровождение».** Включает индивидуальную психотерапию с элементами семейной психокоррекции (4 сеанса).

Оценка эффективности использования предложенной системы показала следующее. У всех больных ОГ наблюдалась положительная клиническая динамика. Уменьшились субъективные переживания тревожно-депрессивного спектра и соматовегетативная симптоматика. По данным патопсихологического исследования наиболее выраженная положительная динамика была достигнута по показателю РТ в ОГ. Также происходило снижение уровня индекса враждебности.

В целом значительное улучшение было достигнуто у 72,00% больных ПГ1 ОГ с диагнозом

Таблица 5

Распределение пациентов по степени выраженности депрессии (по данным методики Гамильтона – HDRS)

| Объективная оценка уровня депрессии | Основная группа |               |             |               | Контрольная группа |               |             |               |
|-------------------------------------|-----------------|---------------|-------------|---------------|--------------------|---------------|-------------|---------------|
|                                     | ПГ 1 (n=20)     |               | ПГ 2 (n=30) |               | ПГ 1 (n=18)        |               | ПГ 2 (n=22) |               |
|                                     | до лечения      | после лечения | до лечения  | после лечения | до лечения         | после лечения | до лечения  | после лечения |
| Норма (0–7 баллов)                  | 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±2,50   | 6,43±1,95     |
| Легкая (7–12 баллов)                | 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    |
| Умеренная (14–18 баллов)            | 18,10±4,92      | 16,01±3,77    | 29,81±4,90  | 27,81±3,38    | 18,12±0,13         | 17,52±0,01    | 28,01±5,01  | 26,51±4,45    |
| Тяжелая (19–22 балла)               | 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    |

F07.0 (расстройство личности органической этиологии) и у 68,00% больных ПГ 2 ОГ с диагнозом F07.2 (постконтузионный синдром).

### Выводы

1. При лечении больных с ОПГМ, совершивших особо тяжкие ООД, необходимо учитывать состояние эмоциональной сферы, в частности, уровень депрессии и тревоги, особенно дисфорически-эксплозивных их вариантов.

2. Значительная дисфункция во всех сферах социального функционирования больных с ОПГМ, совершивших особо тяжкие ООД, обуславливает необходимость формирования медико-психологических реабилитационных

программ, направленных на оптимизацию уровня социального функционирования.

3. Для таких пациентов должна быть разработана программа медико-психологической реабилитации с применением различных психотерапевтических методов. Их объем и последовательность формируются с учетом состояния эмоциональной сферы и личностно-характерологических особенностей.

4. При лечении таких пациентов следует учитывать низкий ресурс их психосоциальной адаптации. Поэтому заранее должны быть определены мишени для восстановительной терапии и медико-психологической реабилитации с учетом возможностей фармакотерапии и психотерапии.

### Литература

1. Михайлов Б. В. Стан і перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в умовах реформування медичної галузі України / Б. В. Михайлов // 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 / Р. М. Войтенко. – СПб., 2003. – 382 с.
3. Марута Н. А. Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза / Н. А. Марута, Т. В. Панько // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 1(74). – С. 75–82.
4. Клиническая психиатрия / Н. Е. Бачериков, К. В. Михайлова, В. Л. Гавенко и др. ; под ред. проф. Н. Е. Бачерикова. – К. : Здоров'я, 1989. – 512 с.
5. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии / М. М. Кабанов // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 9–10.

6. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью / П. Дж. Карлинг. – К. : Сфера, 2001. – 418 с.
7. 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. – Х. : Око, 2002. – 768 с.
8. Энтони В. Психиатрическая реабилитация / В. Энтони, М. Коэн, М. Фарка. – К. : Сфера, 2001. – 278 с.
9. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих : клінічний посібник / за ред. П. В. Волошина, В. М. Пономаренко та ін. – Х. : APCIC, 2000. – 303 с.
10. Психологические тесты для профессионалов / авт. сост. Н. Ф. Гребень. – Минск : Современ. шк., 2007. – 496 с.
11. Практикум по психологии состояний : учебное пособие / под ред. проф. А. О. Прохорова. – СПб. : Речь, 2004. – 480 с.

### References

1. Myhajlov B. V. Stan i perspektyvy rozvytku psyhoterapii i medychnoi' psihologii' v umovah reformuvannya medychnoi' galuzi Ukraїny [The state and prospects of the development of psychotherapy and medical psychology in the context of the reform of the medical industry in Ukraine]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal of Psychoneurology]. 2017, vol. 25, issue 1(90), pp. 25–28. (In Ukr.)
2. Voytenko R. M. Aktual'nye problemy mediko-sotsial'noy ekspertizy i reabilitatsii pri psikhicheskikh boleznyakh [Actual problems of medico-social examination and rehabilitation in mental illnesses]. St. Petersburg, 2003, 382 p. (In Russ.)
3. Maruta N. A., Pan'ko T. V. Osobennosti diagnostiki i terapii trevozhnykh rasstroystv nevroticheskogo i organicheskogo geneza [Features of diagnosis and therapy of anxiety disorders of neurotic and organic genesis]. *Ukrai'ns'kyj visnyk psyhonevrologii'* [Ukrainian Journal of Psychoneurology]. 2013, vol. 21, issue 1(74), pp. 75–82. (In Russ.)
4. Bacherikov N. E., Mikhaylova K. V., Gavenko V. L. [et al.] *Klinicheskaya psikhiatriya* [pod red. prof. N. E. Bacherikova] [Clinical psychiatry [ed. prof. N. E. Bacherikov]]. Kiev, Zdorov'ya Publ., 1989, 512 p. (In Russ.)
5. Kabanov M. M. Reabilitatsiya v kontekste psikhii [Rehabilitation in the context of psychiatry]. *Meditsinskie issledovaniya* [Medical research]. 2001, vol. 1, pp. 9–10. (In Russ.)

6. Karling P. Dzh. Vozvrashchenie v soobshchestvo. Postroenie sistem podderzhki dlya lyudey s psikhiatricheskoy invalidnost'yu [Return to the community. Building support systems for people with psychiatric disabilities]. Kiev, Sphere Publ., 2001, 418 p. (In Russ.)
7. Mikhaylov B. V., Tabachnikov S. I., Vitenko I. S., Chugunov V. V. *Psikhoterapiya* [uchebnik dlya vrachey-internov vysshikh meditsinskikh uchebnykh zavedeniy III–IV urovney akkreditatsii] [Psychotherapy [textbook for interns of higher medical schools of III–IV levels of accreditation]]. Kharkiv, Oco Publ., 2002, 768 p. (In Russ.)
8. Entoni V., Koen M., Farkas M. *Psikhiatricheskaya reabilitatsiya* [Psychiatric rehabilitation]. Kiev, Sphere Publ., 2001, 278 p. (In Russ.)
9. Kryterii' diagnostyky i likuvannya psyhichnykh rozladiv ta rozladiv povedinky u doroslyh [klinichnyj posibnyk za red. P. V. Voloshyna, V. M. Ponomarenko [et al.] [Criteria for the diagnosis and treatment of psychiatric disorders and adult behavior disorders [clinical manual ed. P. V. Voloshyn, V. M. Ponomarenko [et al.]]. Kharkiv, ARSIS Publ., 2000, 303 p. (In Ukr.)
10. *Psikhologicheskie testy dlya professionalov* [avt. sost. N. F. Greben'] [Psychological tests for professionals [aut. comp. N. F. Greben']]. Minsk, Modern school Publ., 2007, 496 p. (In Russ.)
11. *Praktikum po psikhologii sostoyaniy* [uchebnoe posobie pod red. prof. A. O. Prokhorova] [Workshop on Psychology states ed. by prof. A. O. Prokhorov]. St. Petersburg, Speech Publ., 2004, 480 p. (In Russ.)