

Я.С. Жівілова

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

ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України»

Y.S. Zhivilova

THE SYSTEM OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ORGANIC BRAIN LESIONS IN A HOSPITAL WITH STRICT SUPERVISION

State institution "Ukrainian psychiatric hospital with strict supervision of the Ministry of Health of Ukraine"

Резюме. *Мета дослідження. Визначити особистісні особливості і стан емоційної сфери у хворих на органічні ураження головного мозку, і на підставі цього розробити таргетну систему психо-соціальної реабілітації в госпітальних умовах.*

Матеріали та методи. В процесі дослідження 90 хворих були застосовані: клініко-анамнестичний метод, вивчення медичної документації для порівняння ефективності діагностичних висновків, клініко-психопатологічний метод, психодіагностичний метод із застосуванням характерологічного опитувальника для виявлення особистісно-характерологічних акцентуацій Леонгарда-Шмішека, діагностичного опитувальника агресивності Баса-Даркі, методи математичної статистики.

Результати. У статті наводяться дані про стан емоційної сфери та особистісних особливостей хворих з органічними ураженнями головного мозку, що знаходяться на лікуванні в лікарні з суворим наглядом. Ці дані мають істотне значення для прогнозу як перебути захворювання, так і можливої надалі протиправної поведінки таких пацієнтів, що обумовлює прогноз їх суспільної небезпеки. Встановлено, що у цих хворих відзначаються високі показники особистісної тривожності і індексу ворожості. Відповідно до отриманих результатів побудована система медико-психологічного супроводу цих хворих в умовах лікарні із суворим наглядом. Система психосоціальної реабілітації була побудована за етапним принципом: I – «Оцінка психоемоційного стану», II – «Формування комплаєнса», III – «Психотерапія та психокорекція», IV – «Супортивний психологічний супровід». 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). Вона поєднувалася з груповою психотерапією. Також застосовувалися елементи раціональної та сугестивної психотерапії.

Висновки. 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.

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

Проблема зниження суспільної небезпеки хворих з органічними ураженнями головного мозку в умовах лікарні з суворим наглядом до теперішнього часу є далекою від вирішення. Це обумовлює необхідність розробки принципів побудови ступеневого процесу відновлювальної терапії і медико-психологічної реабілітації з урахуванням психічного стану і особистісних характеристик, макро- і мікросоціального оточення, і адаптаційно-компенсаторного потенціалу цих осіб.

За даними чисельних досліджень, в теперешній час проблема психосоціальної реабілітації хворих з органічними ураженнями головного мозку, в тому числі тих, хто здійснює суспільно небезпечні дії, вимагає подальшого вирішення [1, 2, 3, 4]. Консенсусним, основним критерієм ефективності програм психосоціальної реабілітації вважається ступінь здатності пацієнтів самостійно виконувати навички побутового забезпечення життєдіяльності, зберігати і підтримувати оптимальний рівень соціального функціонування (СФ) і якості життя (ЯЖ) [5, 6, 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 цих 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 обумовлює необхідність розробки принципів побудови послідовного алгоритму відновної терапії і медико-психологічної реабілітації з урахуванням психічного стану, особистісних характеристик, макро- і мікросоціального оточення і адаптаційно-компенсаторного потенціалу цих хворих.

При цьому дуже важливою є об'єктивна оцінка стану як когнітивної, так і емоційної сфери цих хворих, так як саме емоційні порушення слугують основним predisposиційним 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 підставі цього розробити цільову

систему психо-соціальної 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 «постконтузійний синдром» (F07.2), чоловіки, середній вік $39,72 \pm 0,50$ року, які вчинили тяжкі та особливо тяжкі СНД (проти життя і здоров'я людини). Всі хворі були розподілені 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-анамнестичних метод – для оцінки даних анамнезу життя, хвороби, особливостей розвитку, виховання, мікросоціального середовища, 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 опитувальника агресивності Баса-Даркі [9, 10]. Методи математичної статистики [11, 12].

Результати дослідження.

Клініко-психопатологічне дослідження показало наступне. Для хворих з органічним розладом особистості (F 07.0) притаманним 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 сполучено з досить вираженою когнітивною дефіцитарністю і нездатністю до вольового зусилля, і контролю за поведінкою. Такі особливості розладів психіки фактично і обумовили скоєння СНД.

Була проаналізована динаміка клінічної картини по провідним симптомам (табл. 1).

Динаміка діагностування основних психопатологічних симптомів.

Психопатологічні симптоми	Період обстеження	Основна група		Контрольна група	
		F 07.0 (n=20)	F 07.2 (n=30)	F 07.0 (n=18)	F 07.2 (n=22)
загальна слабкість	до лікування	82,1±7,2	61,1±11,8	81,1±7,0	60,1±11,5
	після лікування	14,3±6,7*	5,6±5,6	79,2±6,5#	57,2±9,3#
втомлюваність	до лікування	71,4±8,7	50,0±12,1	72,2±8,4	49,5±11,0
	після лікування	17,9±7,4*	5,6±5,6	68,4±6,4#	47,3±9,2#
подразливість	до лікування	60,7±9,4	66,7±9,1	58,8±9,2	66,1±8,1
	після лікування	10,7±5,9*	11,1±7,6	52,1±8,4#	64,1±7,6#
головний біль	до лікування	50,0±9,6	55,6±12,0	48,8±9,7	54,6±11,0
	після лікування	17,9±7,4*	11,1±7,6*	45,7±7,8#	50,1±7,6#
труднощі засинання	до лікування	53,6±9,6	50,0±12,1	53,4±9,6	50,0±12,1
	після лікування	7,4±5,0*	11,1±7,6*	49,3±5,0#	45,1±7,6#
тривожність	до лікування	42,9±9,5	38,9±11,8	42,7±9,3	38,7±7,2
	після лікування	10,7±5,9*	5,6±5,6*	40,2±8,3#	34,6±9,2#
відсутність бадьорості після сну	до лікування	39,3±9,4	50,0±12,1	38,1±9,2	48,1±11,0
	після лікування	7,4±5,0*	5,6±5,6*	37,1±8,6#	45,2±11,2#
знижений настрій	до лікування	42,9±9,5	27,8±10,9	42,5±9,3	27,6±8,3
	після лікування	7,4±5,0*	5,6±5,6**	38,4±8,7#	23,4±8,0#
невпевненість	до лікування	16,6±9,0	61,1±11,8	17,6±7,3	59,2±7,2
	після лікування	3,6±3,6#	16,6±9,0*	17,0±8,3#	55,4±7,0#
нав'язливі стани	до лікування	21,4±7,9	38,9±11,8	20,4±7,7	38,8±10,7
	після лікування	3,6±3,6*	11,1±7,6*	16,3±5,4#	35,3±10,1#

Примітка. Достовірність відмінностей між показниками до і після лікування: * - $p < 0,05$; відмінності на рівні статистичної тенденції: ** - $0,05 < p < 0,1$; відмінності недостовірні: # - $p > 0,1$.

Для хворих на посткомоційний синдром (F 07.2) характерними були прояви церебрального 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: 1. Дифензивна – пасивна. Проявляється лише при активному контакті оточуючих і персоналу з хворими. 2. Офензивна – активно-провокуюча. Хворий сам провокує виникнення конфліктних ситуацій з оточуючими та персоналом.

Дані патопсихологічного дослідження показали наступне.

Особистісні особливості пацієнтів у досліджуваній групі визначалися за допомогою опитувальника Леонгарда-Шмішека. Типи акцентуацій, які були виявлені нами у обстежених хворих, представлені в табл. 2.

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
Застрявання	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

При аналізі показників особистісної характеристики, зокрема акцентуацій характеру, були отримані достовірні відмінності в підгрупах дослідження хворих з органічними ураженнями головного мозку.

Для підгрупи 1 (F07.0) характерна тенденція за шкалами застрявання (15,56 ± 2,53), збудливості (18,55 ± 1,85), дистимності (15,88 ± 1,01). Акцентуованість спостерігалася за шкалою тривожності (19,81 ± 1,72). Виразність тривожного типу в поєднанні зі шкалою характеризувало даних хворих як малоспілкуючихся, 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: гіпертимний (15,18 ± 1,56) і циклотимний (15,05±1,43), з вираженою акцентуацією за шкалою збудливості (19,95±2,35). Виявлялася недостатня керуваність, 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 визначалися за допомогою методики Баса-Дарки. Отримані результати представлені в таблиці 3.

Таблиця 3.

Показники агресії і ворожості у обстежених хворих (за даними опитувальника Баса-Дарки)

Індекс	Основна група		Контрольна група	
	ПГ 1 F 07.0 (n = 20)	ПГ 2 F07.2 (n = 30)	ПГ 1 F 07.0 (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: Достовірність відмінностей між показниками до і після лікування: * - $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$				

У всіх хворих було проведено аналіз показників індексу агресивності; був виявлений високий рівень, що досягає в середньому $21,4 \pm 0,93$ балу. При розподілі хворих на групи за нозологічною приналежністю, було виявлено достовірне розходження в переважанні агресивних тенденцій. Так, в групі хворих на органічний розлад особистості (F 07.0) показник індексу агресивності досягав $22,4 \pm 0,71$ балів. В групі хворих на посткомоційний синдром (F 07.2) – $18,9 \pm 0,84$ балів, за достовірністю відмінностей $p \leq 0,05$.

Зворотні взаємини були отримані при аналізі індексу ворожості, де середній бал склав $10,1 \pm 0,96$. З достовірною різницею у хворих на посткомаційний синдром (F 07.2) даний показник переважав в порівнянні з $8,06 \pm 0,53$ у хворих на органічний розлад особистості (F 07.0) ($11,7 \pm 0,92$ балів, $p \leq 0,05$).

Таким чином, при загальному зіставленні показників індексів агресивності і ворожості, у осіб на органічне ураження головного мозку спостерігалася достовірна тенденція вираженості агресивної форми поведінки з переважанням підозрливості.

Отримані результати послужили підґрунтям для розробки 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). Вона поєднувалася з груповою психотерапією. Також застосовувалися елементи раціональної та сугестивної психотерапії. Ми використовуємо 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 направлений на визначення стану емоційної сфери і мішеней психокорекції.

II етап «Формування комплаєнсу» – містив в собі заходи щодо формування комплаєнсу, 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 шляхом усвідомлення сенсу життя і його якості, наявності важливої стратегічної мети.

IV етап «Супортивний психологічний супровід» – включав сеанси підтримуючої індивідуальної психотерапії.

Оцінка ефективності проведеної системи показала наступне. У всіх хворих основної групи спостерігалася позитивна клінічна динаміка. Зменшилися емоційні прояви тривожно-депресивного спектру. З'явилась упорядкованість поведінкових проявів, поліпшився самоконтроль.

За даними патофизиологічного дослідження, виявлено зниження рівня індексу ворожості.

В цілому значне поліпшення було досягнуто у 72% хворих з діагнозом «органічний розлад особистості» (F 07.0) і у 68% хворих з діагнозом «посткомоційний синдром» (F07.2).

Висновки.

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

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

ЛІТЕРАТУРА:

1. Михайлов Б. В. Стан і перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в умовах реформування медичної галузі України / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. - Т.25. - 1(90). - 2017. - С.25-28.
2. Войтенко Р.М. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы и реабилитации при психических болезнях // Р.М. Войтенко // - СПб., - 2003. - 382с.
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. Кабанов М. М. Реабилитация в контексте психиатрии / М. М. Кабанов // 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 / П. Дж. Карлинг. – 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. Психиатрическая реабилитация / Энтони В., Козн М., Фаркас М.. – Киев : Сфера, 2001. – 278 с.
8. Субаєва К. Р. Психопатологічні особливості афективних розладів у осуджених чоловіків молодого віку : автор. ... канд. мед. наук : 19.00.14 / К. Р. Субаєва – Х., 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 – М., Медицина, 1978. – 294 с.
12. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – Киев : Моріон, 2000. — 320 с.

РЕЗЮМЕ

СИСТЕМА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ С СУРОВЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ

Я.С. Живилова

ГУ «Украинская психиатрическая больница со строгим наблюдением МЗ Украины»

Цель исследования. Определить личностные особенности и состояние эмоциональной сферы у больных органическими поражениями головного мозга, и на основании этого разработать таргетную систему психосоциальной реабилитации в госпитальных условиях.

Материалы и методы. В процессе исследования 90 больных были применены: клиничко-анамнестический метод, изучение медицинской документации для сравнения эффективности диагностических выводов, клиничко-психопатологический метод, психодиагностический метод с применением характерологического опросника для выявления личностно-характерологических акцентуаций Леонарда-Шмишека, диагностического опросника агрессивности Басса-Дарки, методы математической статистики.

Результаты. 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 личностей тревожности и индекса враждебности. В соответствии с полученными результатами построена система медико-психологического сопровождения этих больных в условиях больницы со строгим наблюдением. Система психосоциальной реабилитации была построена по этапному принципу: I – «Оценка психоэмоционального состояния», II – «Формирование комплаенса», III – «Психотерапия и психокоррекция», IV – «Суппортив-

ное психологическое сопровождение». Основным методом реализации этой системы было медико-психологическое сопровождение больных с применением психотерапии. Несмотря на значительные нарушения эмоциональной сферы, базовой была когнитивно-бихевиоральная психотерапия (КБТ). Она сочеталась с групповой психотерапией. Также применялись элементы рациональной и суггестивной психотерапии.

Выводы. Для проведения психосоциальной реабилитации на госпитальном этапе больных с органическими поражениями головного мозга, совершивших ООД, необходимо определить состояние эмоциональной, мотивационной, когнитивной сфер. Основным методом программы психосоциальной реабилитации этих больных должна быть психотерапия, построенная по интегративному и этапному принципам.

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

SUMMARY

THE SYSTEM OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ORGANIC BRAIN LESIONS IN A HOSPITAL WITH STRICT SUPERVISION

Y.S. Zhivilova

State institution "Ukrainian psychiatric hospital with strict supervision of the Ministry of Health of Ukraine"

The aim of the study. Identify the personality characteristics and the state of the emotional sphere in patients with organic lesions of the brain, and on the basis of this, develop a targeted system of psychosocial rehabilitation in hospital settings.

Materials and methods. In the process of the study 90 patients were used clinico-anamnestic method, study of medical documentation to compare the effectiveness of diagnostic findings, clinical-psychopathological method, psychodiagnostic method with the use of a character questionnaire to identify personality-character accentuations of Leonhard-Shmishkek, Buss - Durkee Hostility Inventory, methods mathematical statistics.

Results. 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. The system of psychosocial rehabilitation was built on a phase principle: I - "Assessment of the psychoemotional state", II - "Compliance formation", III - "Psychotherapy and psychocorrection", IV - "Supportive psychological support". The main method of implementing this system was medical and psychologi-

cal support of patients with the use of psychotherapy. Despite significant disturbances in the emotional sphere of the baseline, there was cognitive-behavioral psychotherapy (CBT). It was combined with group psychotherapy. Also elements of rational and suggestive psychotherapy were used.

Conclusions. To conduct psychosocial rehabilitation at the hospital stage of patients with organic brain lesions who have committed particularly dangerous actions, it is necessary to determine the state of emotional, motivational, cognitive spheres. The main method of psychosocial rehabilitation of these patients should be psychotherapy, built on the basis of integrative and step-by-step principles.

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

Стаття надійшла до редакції 14.02.2018.

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу seomenshealth@gmail.com