

Психологические факторы внутрибольничной агрессии

Шульга Александра Геннадьевна

Студент

Московский государственный медико-стоматологический университет, клиническая психология, Москва, Россия

E-mail: shulga2006@rambler.ru

Предотвращение агрессии пациентов с психическими расстройствами в стационарах представляет собой серьезную клиническую задачу. Ситуации внутрибольничной агрессии можно рассматривать в качестве продукта взаимодействия между несколькими переменными. Эти переменные включают характеристики пациента, компоненты окружения, факторы взаимодействия, переменные, связанные с персоналом. Среди психологических переменных следует рассматривать: степень социальной поддержки, проблемы в коммуникации, непосредственную доступность потенциального оружия, потенциальной жертвы, ограничения в условиях содержания, установка персонала. Психологические характеристики регуляции поведения являются одним из критериев прогноза нарушений режима в стационаре. Выявленные патопсихологические факторы позволяют прогнозировать поведение больных во время ПЛ [1]. В отечественных исследованиях внутрибольничной агрессии выделены клинические и социальные факторы, психологическому фактору внимание уделяется в меньшей степени. Многие нарушения режима происходят именно по психологическим причинам, в связи с этим проведено наше исследование [2].

Целью исследования было выделение психологических факторов внутрибольничной агрессии в стационарах, осуществляющих принудительное лечение лиц совершивших ООД. Задачами исследования являлось: 1. Выделение психологического фактора внутрибольничной агрессии в зависимости от нозологической принадлежности пациентов. 2. Выделение психологических предикторов совершения различных видов нарушения режима (участие в групповом неповиновении, агрессия в отношении персонала и других пациентов и т.д.).

В экспериментальную группу вошли 39 лиц мужского пола, в возрасте от 9 до 50 лет. Среди них: 38,5 % с органическими психическими расстройствами, 61,5% больных шизофренией и хроническими бредовыми расстройствами. Распределение испытуемых общей выборки было следующим: 2,6% правонарушения связанные с наркотиками; 10,3% - сексуальные правонарушения; 12,8% корыстные без насилия (кража); 28,2% корыстные с насилием; 25,6% агрессивные против личности; 35,9% убийства. 25,6% испытуемых ранее не привлекались к уголовной ответственности, 23,1% привлекались 1 раз; 23,1% - 2 раза; 28,2% привлекались 3 и более раз. 56,4% испытуемых не нарушали режим отделения; 12% проявляли вербальную агрессию; 23,1% физическую и в 7,7 % случаев поведение было негативистичным.

Методический комплекс включал опросник Стили саморегуляции поведения (Морсанова В.И., 1983), тест Самоконтроля (Грасмик в адаптации Булыгиной В.Г., 2008), Индикатор копинг-стратегий (Д. Амирхан, 1990).

Статистическая обработка полученных данных включала в себя однофакторный анализ и описательную статистику.

При отнесении больных в группу тех, кто демонстрировал физическую агрессию в стационаре, статистически значимый вклад внесли следующие переменные: низкая тревожность; сформированность такой копинг- стратегий как «поиск социальной поддержки»; «восприятие социальной поддержки от друзей», а также «трудности в принятии решений».

Больных, не нарушавших режим, на уровне статистической значимости отличал высокий уровень тревожности. Среди них преобладали лица, страдающие шизофренией, а также те, кто совершил тяжкие преступления против личности (убийства).

У лиц с органическим поражением головного мозга в большей степени поведение в отделении было негативистичным, в то время как больные шизофренией значимо реже демонстрировали негативизм в отношении распорядка в отделении. В группе больных с органическим поражением головного мозга статистически значимо чаще встречались лица, привлекавшиеся к уголовной ответственности более 3 раз с корыстными без насилия противоправными деяниями. Их отличала сформированность таких копинг- стратегий как «активное решение проблем», «поиск социальной поддержки». Процент испытуемых больных шизофренией отличал меньшее количество лиц, совершавших повторное право-нарушение, неразвитость копинг-стратегий; отсутствие нарушений режима.

Таким образом, можно отметить, что в нашей группе обследованных больных так или иначе нарушавших режим стационарного лечения выявились такие значимые психологические факторы нарушения режима в отделении как: низкая тревожность; сформированность такой копинг- стратегии как поиск социальной поддержки; значимость социальной поддержки близкого окружения, а также трудности в принятии решений. Статистически чаще нарушение режима встречалось среди лиц с органическими психическими расстройствами.

Литература

1. Булыгина В.Г. Оценка риска агрессии в стационарах, осуществляющих принудительное лечение психически больных. Методические рекомендации. 2008
2. Каганович Ю.Т., Булыгина В.Г. Клинико-психологические подходы к оценке риска внутрибольничной агрессии. 2007