

7. Свядоц А. М. Женская сексопатология. — 6-е изд. — СПб.: Питер, 1998. — 288 с.
 8. Екимов М. В. Мастурбация и сексуальные дисфункции: Уч. пособие. — СПб.: ЗАО «ХОКА», 2006. — 128 с.
 9. Телешевская М. Э. Неврастения. — К.: Здоров'я, 1988. — 168 с.
 10. Бахтеева Т. Д. Особенности лечения женщин, больных неврастениями // Український вісник психоневрології. — Т. 12, вип. 4 (41). — 2004. — С. 71—74.

11. Эллис А., Драйден У. (Ellis A., W. Dryden) Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / Пер. с англ. — СПб.: Речь, 2002. — 352 с.
 12. Кэмэрон-Бэндлер Л. С тех пор они жили счастливо. Простая и эффективная психотерапия сексуальных проблем и трудностей во взаимоотношениях / Пер. с англ. М. П. Папуша. — М.: РИПОЛ КЛАССИК, 2002. — 320 с.

Надійшла до редакції 06.04.2009 р.

Н. В. Гавенко

**Терапія ерогенної форми
первинної сексуальної дезадаптації у заміжніх жінок
з невротичними розладами**

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

До нашого дослідження було залучено 25 подружніх пар з первинною ерогенною сексуальною дезадаптацією. Основним методом корекції ерогенної форми первинної сексуальної дезадаптації є диференційна психотерапія з сексуальною спрямованістю. Лікування повинно бути спрямоване на формування у пацієнток з невротичним розладом топічно та функціонально адекватних ерогенних зон, переорієнтування топічно та функціонально неадекватних ерогенних зон в адекватні, поновлення функціональності топічно адекватних ерогенних зон, а також формування нової адаптивної сексуальної поведінки в парі.

N. V. Gavenko

**The therapy of erogenous form
of primary sexual disadaptation of married women
suffering from neurotic disorder**

*Kharkiv National medical University
(Kharkiv)*

In our investigation 25 married couples suffering from primary erogenous sexual disadaptation participated. The main method of correction of erogenous form of primary sexual disadaptation is differentiated psychotherapy with sexual direction. The treatment should be based on formation topically and functionally adequate erogenous zones, changing of topically and functionally inadequate erogenous zones to adequate, restoration of functioning of topically adequate erogenous zones and formation of new adaptive sexual behavior in couple.

УДК: 616.831-001-06:616.891/.892-07—08

*Н. А. Максименко, аспірант кафедри психіатрії
Національний медичний університет ім. А. А. Богомольця
(г. Київ)*

**НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
ПРИ ЦЕРЕБРОТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

Проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ) относится к наиболее разработанной в неврологии и психиатрии [2, 3, 4, 5, 10]. Однако ее актуальность сохраняется не только по причине роста распространенности ЧМТ, но и в связи с появлением новых подходов к оценке процессов, которые происходят в нервной ткани при ЧМТ [17]. По данным ВОЗ [6], среди причин смерти травматизм занимает в целом треть, а у людей моложе 45 лет — первое место [22]. В структуре всех видов травматизма сочетанная травма достигает 50—70 %, а ее почти постоянным слагаемым (до 80 % политравмы) является черепно-мозговая травма, что в абсолютных числах составляет от 130 до 200 на 100 тыс. населения [17]. Эпидемиологическими исследованиями было установлено, что частота ЧМТ составляет, в среднем, в мире 4 случая на 1 тыс. населения. В США этот показатель равен 2, в Швеции — 3,6, в Украине — 4—4,2 без учета негоспитализируемой легкой ЧМТ [8].

Согласно статистическим данным ВОЗ, в разных странах констатируется продолжающийся в связи с научно-техническим прогрессом рост нейротравматизма, в частности черепно-мозговых повреждений (в среднем на 2 % ежегодно) [6], а соответственно и количества больных с отдаленными последствиями, так как острый и подострый периоды ЧМТ не являются конечным звеном этого процесса. В отдаленном периоде мы находим не только определенную неврологическую, но и психопатологическую симптоматику. Растущее количество черепно-мозговых травм, обусловленные ими высокая смертность и инвалидность, а также то обстоятельство, что они чаще наблюдаются у лиц наиболее трудоспособного возраста, определяют не только медицинскую,

но и социальную значимость этой проблемы. Частота и выраженность посттравматических синдромов далеко не всегда адекватны тяжести течения острого периода заболевания. Это диктует необходимость всестороннего изучения последствий перенесенных ЧМТ в целях совершенствования методов лечения и прогноза исхода заболевания.

У значительного числа лиц, перенесших черепно-мозговую травму, на том или ином этапе посттравматического периода развиваются различные по характеру, клинической форме и выраженности нарушения психики [22]. В среднем у двух из трех лиц, перенесших ЧМТ, через различные сроки проявляются отдаленные неврологические и психопатологические последствия в различных клинических вариантах, протекающих с состояниями временной нетрудоспособности, а нередко и с последующей инвалидностью [47]. По данным ВОЗ 80 % пациентов, перенесших среднетяжелую и тяжелую ЧМТ, в отдаленном периоде признаются инвалидами второй или третьей групп.

Выделяют следующие клинические формы ЧМТ (Пти, 1774): 1) сотрясение головного мозга; 2) очаговые ушибы мозга, в том числе: а) ушиб мозга лёгкой степени, б) ушиб мозга средней степени, в) ушиб мозга тяжёлой степени; 3) травматическое сдавление мозга, которое обусловлено гематомой эпидуральной, субдуральной, внутримозговой, вдавленным переломом черепа и другими субстратами.

В клиническом течении церебротравматической болезни различают три базисных периода: острый, промежуточный и отдалённых последствий (резидуальный, хронический) [8, 12]. В зависимости от

клинической формы ЧМТ продолжительность острого периода может быть от 2 до 10 недель: при сотрясении мозга — до 1—2 недель, при лёгком ушибе мозга — до 2—3 недель; при ушибе мозга средней степени — до 4—5 недель; при тяжёлом ушибе головного мозга — до 6—8 недель; при сдавлении мозга — до 3—10 недель. Продолжительность промежуточного периода при лёгкой ЧМТ — до 2 мес.; при среднетяжёлой — 4 мес.; при тяжёлой — до 6 мес. К отдалённым последствиям травмы центральной нервной системы относят те патологические явления, которые наблюдаются через год и более от момента травмирования.

Продолжительность отдалённого периода: при клиническом выздоровлении — до 2 лет, при прогрессивном течении церебротравматической болезни — не ограничена [8].

Психические расстройства, возникающие вследствие черепно-мозговой травмы, разнообразны, их проявления имеют широкий диапазон — от астенических расстройств до слабоумия [28].

Специальной классификации психических нарушений, возникающих в результате ЧМТ, не существует. До середины 90-х годов наиболее принято было соотносить имеющиеся психические расстройства со следующими этапами развития травматического заболевания: 1) психические нарушения начального периода, проявляющиеся преимущественно расстройствами сознания (кома, сопор, оглушение, сомноленция) и последующей астенией; 2) острые травматические психозы, возникающие непосредственно после травмы головного мозга в начальный и острый периоды; 3) подострые или затяжные травматические психозы; 4) психические нарушения отдалённого периода ЧМТ, впервые появляющиеся спустя несколько лет после травмы или же формирующиеся из тех психопатологических расстройств, которые отмечались в более ранние периоды.

В современной психиатрии наблюдается тенденция к унификации классификации [12]. В отечественной психиатрии выделяют: 1) психозы начального и острого периода (сумеречные состояния, онейроид, делирий, Корсаковский синдром, апалический синдром, акинетический мутизм, аффективные психозы, бредовые психозы) и пароксизмальные состояния; 2) психические расстройства периода реконвалесценции и отдалённого периода (травматическая астения, травматическая астения с преобладанием апатии, психопатоподобные расстройства, циклотимоподобные расстройства, пароксизмальные состояния и состояния изменённого сознания, аффективные психозы, галлюцинаторно-бредовые психозы, паранойяльные состояния и паранойяльные психозы, травматическое слабоумие и травматический паркинсонизм). В соответствии с МКБ-10, психические расстройства, обусловленные черепно-мозговой травмой, размещены в рубрике F.0 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства».

Психические расстройства, возникающие экзогенно и проявляющиеся главным образом состояниями нарушенного сознания, были описаны К. Voenhoffer (1910, 1912) под названием острых экзогенного типа реакций, куда были включены сумеречные состояния, делирий, аменция, эпилептическое возбуждение, галлюциноз. Позже К. Voenhoffer дополнил этот список маниакально-подобными, кататоническими и параноидными состояниями. В дальнейшем нарушениям сознания в остром периоде ЧМТ было посвящено много работ (Лобова, 1957, 1975; А. Л. Абашев-Константиновский, 1961;

С. С. Калинин, 1967; М. В. Семенова-Тян-Шанская, 1975, Т. И. Юдин, 1935; А. Н. Молохов, 1945; М. О. Гуревич, 1948; Ф. И. Иванов, 1970; К. Kleist, 1934; С. Faust, 1967 и др.). После окончания острого периода наряду с остаточными очаговыми явлениями, которые указывают на преимущественную локализацию патологического процесса головного мозга, в отдельных случаях можно отметить ту или иную степень интеллектуального снижения.

Пластическая и энергетическая перестройка головного мозга после ЧМТ длится долгие годы. При этом наблюдается сосуществование двух противоположно направленных процессов: дегенеративно-деструктивного (демиелинизация и пр.) и регенеративно-репаративного. Клинические проявления в период реконвалесценции и в отдалённом периоде определяются тем, какой из них преобладает [15].

Среди клинических синдромов отдалённого периода выделяют посттравматические дефекты черепа, поражения черепных нервов, церебральный арахноидит, атрофию мозга, гидроцефалию, эписиндром, паркинсонизм и др. В отдалённом периоде ЧМТ легкой и средней степени тяжести широко представлены также вегетативно-сосудистые расстройства — характерны артериальная гипер- или гипотония, синусовая тахи- либо брадикардия, ангиоспазм, нарушения терморегуляции [14, 15]. Субъективно преобладают цефалгии, астенические проявления, разнообразные сенсорные феномены [10], а также ареактивность вегетативной нервной системы или ее парадоксальный тип реагирования.

Б. Н. Пивень [17] выделяет следующие психические расстройства, возникающие вследствие перенесенной ЧМТ: психоорганические, эпилептические, аффективные, бредовые, галлюцинаторные, психосенсорные, ипохондрические, навязчивости.

По мнению Д. Л. Буртянского, нарушения психики у лиц, перенесших ЧМТ, в большинстве случаев имеют непсихотический характер и квалифицируются как невротоподобные и психопатоподобные синдромы, хотя развитие и клиническое формирование психических расстройств могут быть обусловлены не только соматическими факторами, связанными с мозговой травмой, но и с конституционально-типологическими особенностями больных, их индивидуальной реакцией на травматическую болезнь, ее психологический и социальный резонанс.

В литературе представлено описание таких пограничных психических расстройств: астенический, психопатоподобный, фобический, депрессивно-ипохондрический синдромы [24]. При этом многие авторы [7, 25, 56], оценивая отдаленные исходы ЧМТ различных степеней тяжести, указывают, что органическая неврологическая симптоматика постепенно сглаживается, и на первый план нередко выступают вегетативно-сосудистые и эмоционально-личностные расстройства.

В последние годы наблюдается клинический патоморфоз пограничных психических расстройств, протекающих на фоне церебротравматической болезни. Среди патопластических факторов, которые оказывают влияние на их течение, выделяют: остаточные явления перенесенных энцефалитов и арахноэнцефалитов ревматического, токсико-аллергического, вирусного или неуточненного генеза; острые респираторные заболевания, грипп, пневмонии, гнойные инфекции, обострения соматических болезней; алкогольная интоксикация, последствия интоксикаций, связанных с наркозом; психогенно травмирующие влияния; в последнее время

в разряд наиболее распространенных патопластических факторов вошла интоксикация при токсико- и наркоманиях, а в ряде регионов — радиационные, химические и другие патогенные экологические влияния [13].

Чаще других среди невротоподобных синдромов встречается астенический синдром [9]. Астения при органических поражениях головного мозга характеризуется стойкостью, монотонностью и преобладанием психоорганических расстройств.

Аффективные (депрессивные и маниакальные) расстройства при экзогенно-органических поражениях головного мозга были описаны Г. Е. Сухаревой (1946) в рамках периодических психозов в виде маниакальных и депрессивных состояний с циркулярным течением, часто возникающие спустя много лет после перенесенных травм головного мозга [21]. По данным А. Б. Смулевича [20], депрессии, связанные с черепно-мозговой травмой, возникают в различные сроки: иногда — в остром периоде, но чаще — на отдаленных этапах, при явлениях травматической энцефалопатии. Среди аффективных расстройств доминируют признаки дисфории — недовольство, озлобленность при органической истощаемости со слезливостью, расстройствами сна. В ряде случаев отмечаются психопатоподобные расстройства с импульсивностью и истероформными проявлениями [20]. Полученные А. С. Осетровым в 1995 году данные свидетельствуют о наличии у большинства лиц, перенесших черепно-мозговую травму, невротоподобных эмоционально-личностных расстройств с преобладанием тревожно-депрессивных проявлений [16]. По мнению остальных авторов (Л. С. Куликова и др.), депрессивные симптомы у больных с последствиями черепно-мозговой травмы появляются на фоне различных психотравмирующих ситуаций. В то же время результаты исследований, проведенных А. С. Осетровым [16], у больных с последствиями черепно-мозговой травмы без явных психотравмирующих факторов в анамнезе (24,9 % от общего числа обследованных), указывают на связь тревожно-депрессивных изменений личности именно с травматическим поражением мозга. При этом нельзя не считаться с тем обстоятельством, что травматическая дисфункция лимбико-ретикулярного комплекса изменяет эмоциональную реактивность, что в свою очередь способствует повышенной восприимчивости больных с последствиями черепно-мозговой травмы к влиянию стрессогенных факторов.

Ипохондрические явления, возникающие после перенесенной ЧМТ, описаны в отдельных работах, посвященных изучению психических нарушений отдаленного периода церебротравматической болезни. Правда, сведения, приводимые в них, носят неоднозначный характер. О. Г. Виленский (1964) наблюдал ипохондрический синдром у 12 из 70 больных с психическими нарушениями в резидуальном периоде последствий травм головы. В. Я. Деордиева (1964) обнаружила ипохондрические проявления у 1 из 26, а М. А. Лапицкий и соавт. (1985) — астеноипохондрический синдром у 9 из 135 больных в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. А. С. Бобров (1984), проведя обследование 466 больных с последствиями различной по виду, тяжести и срокам травмой головного мозга, выявил алгически-ипохондрический и сенестопатически-ипохондрический синдромы лишь у 2,1 % больных в затяжном подостром и в отдаленном периодах. Особенностью непсихотических ипохондрических состояний экзогенно-органического генеза является то,

что им сопутствуют значительная глубина и стойкость астенических расстройств, выраженность и полиморфизм дизэнцефальных и нейросоматических нарушений, нарастание признаков общеорганического снижения личности, а на более ранних этапах — формирование патологических расстройств личности [18].

Терапия пограничных психических расстройств вследствие перенесенной ЧМТ, начиная с первых моментов после травмы и до окончательной реабилитации пострадавших, должна быть патогенетически обоснованной, комплексной и индивидуализированной, с учетом не только вида и тяжести травмы, но и преморбидного соматического, неврологического и психического статуса.

Не вызывает сомнения тот факт, что неадекватное и нерегулярное лечение больных с последствиями ЧМТ часто становится основной причиной затяжной декомпенсации как в виде посттравматического дефекта личности, так и неуклонного развития присоединившейся пограничной психопатологии. И напротив, применение высокоэффективных лекарственных средств, активная реабилитация больных способствуют улучшению их состояния и значительно повышению качества жизни этого весьма многочисленного контингента больных.

По данным М. Н. Либермана (1983), среди больных, имеющих психические нарушения и не состоящих на учете у психиатров, одно из первых мест занимают лица с психическими расстройствами травматического генеза. На их долю приходится 11,5 % всех недоуточненных случаев, в то время как на долю больных шизофренией — 2,9 %.

По существующему мнению [27], важнейшими принципами ведения пациентов с травматической болезнью головного мозга являются:

— преимущество лечения, направленного на компенсацию;

— индивидуализация терапии с учетом особенностей перенесенной ЧМТ, ведущего патогенетического механизма и клинического синдрома заболевания [9 и др.].

Лечение экзогенно-органических заболеваний головного мозга должно учитывать различные факторы: этиологию, патогенез и клиническую структуру психических расстройств, собственно цереброорганических нарушений, психогенных реакций личности на болезненное состояние и связанную с ними психическую и психосоматическую несостоятельность, а также проявления нарушенной социально-психологической дезадаптации. Этиопатогенетически обоснованная терапия включает применение препаратов дегидратирующего, рассасывающего и метаболического действия. Существуют соответствующие традиционные схемы подобной комплексной терапии [1]. Опыт показывает, что в устранении вторичных психических нарушений, обычно обозначаемых как реакция личности на болезнь, большое значение имеет психотерапия, которая является обязательным компонентом в комплексном лечении непсихотических психических расстройств вследствие черепно-мозговых травм.

Анализируя современное состояние затронутого круга вопросов, можно сказать, что нет достаточно четких представлений о структуре невротоподобных синдромов на различных этапах травматической болезни головного мозга, их особенностей в зависимости от вида травмы, степени тяжести, степени выраженности расстройств двигательной сферы, наличия оперативного нейрохирургического вмешательства и без него.

Данные, которые были обнаружены в литературе на сегодняшний день, порой носят противоречивый характер. В современной классификации психических расстройств после перенесенной ЧМТ данная патология не отражена в полной мере, также в полной мере не описаны особенности динамики рассматриваемой патологии на этапах травматической болезни головного мозга.

Все это обуславливает недостаточную эффективность существующих способов диагностики и лечения, а следовательно, и диктует необходимость дальнейших исследований непсихотических психических расстройств в указанной группе пациентов, соотношение влияния преморбидных черт личности, внутренней картины болезни, социального статуса, психогенно травмирующих факторов, а также патопластических факторов, которые обуславливают клинический патоморфоз пограничных психических расстройств у исследуемой группы пациентов. Более детальное изучение указанных моментов позволит разработать четкий диагностический алгоритм, что в свою очередь будет способствовать не только оптимизации лечения пациентов с непсихотическими психическими расстройствами на фоне церебротравматической болезни, но и усовершенствованию системы профилактики.

Список литературы

1. Авруцкий Г. Я, Недува А. А. Лечение психически больных. — М.: Медицина, 1981. — С. 496.
2. Александров М. В. Особенности нарушения адаптационных функций организма человека при закрытой черепно-мозговой травме. Системы адаптации человека и внешняя среда. — СПб., 1995. — С. 12—13.
3. Банин А. В. Черепно-мозговая травма средней и тяжелой степени (клиника, диагностика, лечение и исходы): Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1993.
4. Горбунов В. И., Лихтерман Л. Б., Ганнушкина И. Б. Иммуный компонент патогенеза прогрессирующего течения закрытой мозговой травмы // Журнал невропат. и психиатрии. — 1991, № 6. — С. 65—70.
5. Доброхотова Т. А., Зайцев О. С. Психические нарушения при черепно-мозговой травме: Руководство по психиатрии / Под ред. А. С. Тиганова. — М., 1999. — Т. 2. — С. 155—194.
6. Европейская база данных «Здоровье для всех» (Европейское региональное бюро ВОЗ, версия за январь 2007 года).
7. Комиссаренко А. А. Последствия легкой закрытой черепно-мозговой травмы у лиц молодого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1997.
8. Коновалов А. Н., Потапов А. А. Нейротравматология: Справочник. — М.: ИПЦ «Ваер-Ферро», 1994. — 415 с.
9. Морозов А. М. Пограничные нервно-психические расстройства острого периода мозговой травмы, их психотерапия и психопрофилактика: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1992. — 37 с.
10. Мухамеджанов Х., Брагина Н. Н., Потапов А. А. Диагностика внутричерепной гипертензии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой // Журнал невропатол. и психиатрии. — 1991. — 91: 6. — С. 63—65.
11. Мякотных В. С. Патология нервной системы у ветеранов Афганистана. — Екатеринбург: УИФ Наука, 1994.
12. Напреенко А. К. Психосоматические расстройства: подходы к фармакотерапии // Междунар. мед. журнал. — 2002. — Т. 8. — № 4. — С. 40—45.
13. Напреенко О. К., Процик В. О. Особенности клиники та фармакотерапії депресій з урахуванням сучасних патопластичних факторів // Архів психіатрії. — Т. 10 (36). — 2004. — С. 9—10.
14. Оглезнев К. Я, Станкевич П. В. Особенности черепно-мозговой травмы у пострадавших в результате дорожно-транспортных происшествий // Вопросы нейрохирургии. — 2001. — № 3. — С. 2—6.
15. Осетров А. С. Клинические и психофизиологические характеристики последствий черепно-мозговой травмы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1989.

16. Пашковский В. М., Жуковский А. О. Диагностика и лечение легкой ЧМТ: Методические рекомендации. — Чернівці, 2004. — 13 с.
17. Пивень Б. Н. Экзогенно-органические заболевания головного мозга. — М.: Медицина, 1998. — 136 с.
18. Сироп'ятов О. Психічні розлади при черепно-мозковій травмі. В кн.: Психіатрія / О. К. Напреенко, І. Й. Влох, О. З. Голубков; За ред. проф. О. К. Напреенка. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 242—257.
19. Смирнов А. В. Отдаленные последствия воздействия экстраординарных стрессовых событий у ветеранов войны в Афганистане и членов семьи погибших: Дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1997.
20. Смулевич А. Б. Соматогении. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике. — М.: Изд. дом «Русский врач», 2000. — С. 102—103.
21. Сухарева Г. Е. Периодические психозы с циркулярным течением на фоне резидуальной церебральной недостаточности // Невропатология и психиатрия. — 1946. — № 4. — С. 6—13.
22. Тайцлин В. И. Закрытая черепно-мозговая травма и её последствия // Междунар. мед. журнал. — 2002. — № 1—2. — С. 58—62.
23. Чижинова Л. Н. Социально-гигиенические и клинико-экспериментальные аспекты инвалидности вследствие травм, полученных в Афганистане: Дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1998.
24. Alexander M. P. Mild traumatic brain injury; pathophysiology, natural history, and clinical management (Review) // Neurology. — 1995; 45: 7: 1253—1260.
25. Amcheslavski V. O., Gaitur E. I. Механизмы вторичных повреждений головного мозга у больных с черепно-мозговими травмами // Symp. Cruise Vjscov — Volga River, 1997; 17—21.
26. Karzmark P., Hall K., Englander J. Late-onset post-concussion symptoms after mild brain injury: the role of premorbid, injury-related, environmental, and personality factors // Brain Injury. — 1995; 9: 1: 21—26.
27. Wong P. P., Schentag C. T. et al. Statistical profile of traumatic brain injury; a Canadian rehabilitation population // Ibid. — 1993; 7: 4: 283—294.

Надійшла до редакції 10.04.2009 р.

Н. А. Максименко

Непсихотичні психічні розлади при церебротравматичній хворобі

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця (м. Київ)

Показано розповсюдженість черепно-мозкової травми та її наслідків. Проведено короткий огляд літературних джерел щодо клінічних форм психопатологічних розладів при церебротравматичній хворобі. Були відображені загальні принципи лікування пацієнтів із зазначеними розладами. Показана актуальність проблеми та визначені мета і завдання подальших досліджень: вивчити особливості пограничних психічних розладів внаслідок черепно-мозкової травми в залежності від факторів, які описані в публікації; розробити чіткий діагностичний алгоритм; оптимізувати лікування та удосконалити систему профілактики зазначених розладів.

Н. А. Maksimenko

Non-psychotic psychical disorders of cerebrotraumatical disease

National medical University named after O. O. Bohomolets (Kyiv)

The prevalence of brain injury is shown. Brief reviews of source information by clinical forms psychopathological disorders of cerebrotraumatical disease are done. The basic principles of treating patient with stated disorders are descript such as problems are tested in detail at present. Actuality of problem is demonstrated. The purposes and tasks further investigations are determined: to learn the features of psychical disorders after the brain injury on depending in a number of cases, which are described; to create the accurate diagnostic algorithm; to optimize the treatment of patients with stated disorders; to perfect the system of prophylaxis.