

некоторых официальных препаратов, содержащих прекурсоры / [И. К. Сосин, И. В. Линский, Ю. Ф. Чуев и др.] // Арх. психиатрии.— 2001.— № 4.— С. 117—122.

6. Линский, И. В. Метод оценки предрасположенности к психическим и поведенческим расстройствам вследствие употребления психоактивных веществ // Украинський вісник психоневрології.— 2000.— Т. 8, вип. 1.— С. 60—63.

7. Мінко, О. І. Проблема когнітивних розладів у осіб, залежних від психоактивних речовин / О. І. Мінко, В. В. Гегешко // Матер. ІХ Української наук.-практ. конф. з участю міжнародних спеціалістів // Довженківські читання: Актуальні питання соціальної і клінічної наркології (Харків, 8—9 квітня 2008 р.). — Харків, 2008. — С. 261—263.

Надійшла до редакції 02.03.2012 р.

**В. В. Златковський**

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

**Факторы наркотической зависимости у больных с зависимостью от психоактивных веществ**

Статья посвящена медико-психологическому исследованию особенностей эмоциональной сферы пациентов, страдающих от наиболее распространенных вариантов химической зависимости. Рассмотрены основные факторы химической зависимости, особенности нарушений психоэмоциональной сферы у лиц с химической зависимостью. Разработаны этапы проведения медико-психологической реабилитации больных с химической зависимостью.

*Ключевые слова:* факторы наркотической зависимости, психоэмоциональная сфера, медико-психологическая реабилитация, психосоциальная реабилитация, комплайнс.

**V. V. Zlatkovsky**

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

**Factors drug in patients with dependence on psychoactive substances**

Article is devoted to medical and psychological study of the emotional sphere of patients suffering from the most common variants of chemical dependency. The main factors of chemical dependence, peculiarities of psychoemotional sphere impairments in patients with chemical dependence are discussed. Stages of medical and psychological rehabilitation of patients with chemical dependence.

*Key words:* chemical dependency factors, psychoemotional sphere, medical and psychological rehabilitation, psychosocial rehabilitation, complains.

УДК 616.831-001.31-008.47

**В. Е. Казаков**

ГУ «Луганский государственный медицинский университет» (г. Луганск)

**ПСИХОПАТОПОДОБНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ**

Результаты исследования 105 пациентов с черепно-мозговой травмой (ЧМТ) обнаружили, что для формирования психопатоподобных расстройств травматического генеза необходима патологическая почва в виде перинатальной патологии, невропатии, патологических поведенческих реакций детского и подросткового возраста, патологических форм реагирования, в том числе импульсивных, пограничных, истеричных, возбудимых расстройств характера. Психопатоподобные нарушения проявляются в виде сложного полиморфного симптомокомплекса с астеническими, вегетативными, истерическими, циклотимоподобными и психоорганическими компонентами. Со временем возможна патологическая трансформация циклотимоподобных расстройств травматического генеза в очерченные аффективные; недоверчивости и сензитивности в бредовые (шизофреноподобные) расстройства, эксплозивных — в органические расстройства личности.

*Ключевые слова:* психопатоподобные расстройства, черепно-мозговая травма, импульсивные, пограничные, истерические, возбудимые расстройства характера

Черепно-мозговые травмы (ЧМТ) различаются по виду поражения мозга и по тяжести. Выделяют различные периоды ЧМТ, а именно — острый, промежуточный и отдаленный. Острый период ЧМТ изучается неврологами. Психиатры диагностируют и лечат пациентов преимущественно в отдаленном периоде. Наблюдается разнообразие клинических форм [1, 2]. В то время как зарубежные психиатры [3, 4] выделяют лишь различные степени деменции и так называемые органические психозы второго ранга, проявляющиеся синдромами, частично сходными со специфическими для эндогенных психозов, психиатры постсоветского

пространства, помимо деменций и шизоформных расстройств, описывают аффективные, пограничные и другие синдромы [5—10].

Исследовано 105 пациентов, перенесших ЧМТ (84 мужчины и 21 женщина) в возрасте от 18 до 45 лет (основная группа). Контрольную группу составили 30 человек с расстройствами личности.

У пациентов основной группы в 40,9 % случаев (43 чел.) была выявлена перинатальная патология, а именно: в 17,1 % случаев (18 чел.) отмечались перинатальные вредности (тяжелые токсикозы беременности, болезни матери, внутриутробные травмы и инфекции); в 15,2 % случаев (16 чел.) — интранатальные вредности (родовые травмы и асфиксии в родах); в 8,5 % случаев (9 чел.) — постнатальные (ЧМТ, мозговые инфекции, нейроинтоксикации в первые 2—3 года жизни). В 46,7 % (49 чел.) перинатальный период пациентов протекал без особенностей.

В грудном и раннем детском возрасте у 33,3 % (35 чел.) отмечались явления невропатии, на первый план выступали расстройства ночного сна, повышенная чувствительность к внутреннему дискомфорту, плаксивость, снижение аппетита, срыгивания, рвота. Матери, несмотря на длительный промежуток времени после рождения ребенка, с ужасом вспоминали о первых месяцах его жизни, бессонных ночах, постоянном ношении на руках, невозможности накормить и т. д. Пациенты с трудом приспособивались к детскому коллективу, были капризны, аффективно возбудимы, двигательны расторможены. У 31,4 % из числа обследованных (33 чел.) в 5—9-летнем возрасте обнаруживались монотипные невротические и невротоподобные расстройства (энурез, тики, заикания, страхи и т. д.). В 29,5 %

© Казаков В. Е., 2012

случаев (31 чел.) у них отмечались патологические привычки (сосание пальца, выдергивание волос и др.).

В препубертатном периоде у обследованных у 18,1 % (19 чел.) были характерологические реакции активного протеста, а именно, непослушание, грубость, агрессия; в 6,7 % случаев (7 чел.) у подростков во время бурной аффективной реакции, сопровождающейся яростью и двигательным возбуждением, выявлялось кратковременное сужение сознания. В 10,4 % случаев (11 чел.) подростки в знак пассивного протеста совершали незавершенные суицидальные попытки в ответ на незаслуженную, по их мнению, обиду. Решение умереть заранее не обдумывалось, совершалось импульсивно, без свидетелей. Девочки пытались отравиться, а мальчики — умереть в результате вскрытия вен.

В пубертатном возрасте у некоторых подростков были реакции группирования со сверстниками и реакции эмансипации.

16,1 % случаев (17 чел.) обследуемые пациенты в подростковом возрасте входили в стойкие, спонтанно образованные группы, преимущественно внешкольной локализации. Эти группы удовлетворяли их потребности в свободном, нерегламентированном взрослом общении. Принадлежность к «компании» повышала их уверенность в себе и позволяла самоутвердиться. В группировках пациенты имели определенные стереотипы поведения, восприятия и языкового общения. 12,4 % пациентов (13 чел.) характеризовались стремлением к независимому от взрослых, в т. ч. от родителей, духовному существованию, при этом продолжали принимать от них материальную помощь. Советы и нравоучения взрослых они категорически и с раздражением отвергали. Эти подростки тщательно охраняли свой внутренний мир от взрослых, были сдержаны в проявлении личных чувств, оберегали свои фантазии.

Однако в целом обследуемые развивались без грубой психической, неврологической и соматической патологии. В 64 % случаев дети активно набирали вес, в 72 % случаев легко адаптировались в детском коллективе, 49 % росли общительными, в меру послушными, 41 % хорошо учились. Поступали в средние и высшие заведения, в дальнейшем устраивались на работу, имели семьи, их социальное функционирование было на удовлетворительном уровне.

Все исследуемые перенесли ЧМТ, которые были представлены в следующем соотношении — 83,9 % (88 чел.) перенесли сотрясение головного мозга, 6,7 % (7 чел.) — легкий ушиб мозга, 4,7 % (5 чел.) — ушиб мозга средней тяжести, 4,7 % (5 чел.) — тяжелый ушиб. Сдавления мозга у пациентов не наблюдалось.

Последствия ЧМТ были подтверждены данными КТ, ЭЭГ, РЭГ, а также исследованием неврологического статуса, при этом у больных была выявлена рассеянная микросимптоматика.

Пациенты, независимо от тяжести ЧМТ, предъявляли жалобы на раздражительность (98 %), несдержанность (98 %), нетерпеливость (47 %), трудности сосредоточения (93 %), забывчивость (51 %), рассеянность (51 %), колебания артериального давления (47 %), сердцебиение (23 %), повышенную потливость ладоней и стоп (39 %), легко возникающее покраснение лица (21 %), головные боли (87 %), тошноту при поездках в транспорте (24 %), трудности при засыпании (49 %), поверхностный сон (32 %), раннее пробуждение (19 %), метеозависимость (98 %).

У всех наблюдаемых нами пациентов ЧМТ обнажила прежде стертые симптомы, а в ряде случаев привнесла новые. У пациентов возникали сложные переплетения астенических, вегетативных, аффективных, истероформных и эксплозивных вариантов реагирования.

У лиц, перенесших ЧМТ, даже у тех, в анамнезе которых поведение не имело никаких особенностей, происходила трансформация характера. Эти обследуемые становились все более неуживчивыми, все чаще на малейшее противодействие они реагировали вспышками раздражения и гнева, они зачастую полностью утрачивали контроль над своим поведением, не удерживались на постоянном месте на работе, создавали напряженную ситуацию в семье. Их острые аффективные реакции обычно были агрессивного типа, но встречались и аутоагрессия, преимущественно демонстративно-шантажного характера, нередко в состоянии алкогольного опьянения. При наличии истерических компонентов были проявления самовзвинчивания. Отмечалась четкая взаимосвязь с метеорологическими условиями. Вспышки гнева могли закончиться головными болями, а также подъемом артериального давления, и напротив, на высоте головных болей пациенты становились гневливы, злобны. Отмечалось определенное сходство между больными контрольной группы и возбудимыми психопатами, однако пациенты с ЧМТ проявляли не только дисфоричность, эксплозивность, но и некоторую интеллектуальную несостоятельность, зависящую, прежде всего от выраженной истощаемости психических процессов и касающуюся внимания и памяти. Постепенно у данной категории пациентов (64 пациента — 60,9 %) формировался психоорганический синдром разной степени выраженности, а в дальнейшем и органическое расстройство личности.

11 пациентов (10,4 %) были в преморбиде замкнуты, избегали откровенных разговоров, даже с родителями, малоконтактны, у них имело место сочетание эмоциональной холодности и утонченной чувствительности, настороженности и легковерия, застенчивости и бестактности. При достаточно развитых интеллектуальных способностях, у них отмечался недостаток интуиции. При равнодушии и пренебрежении к так называемой «толпе», наблюдалась вычурность в одежде, подражание поведением и одеждой кумирам, преимущественно музыкантам или спортсменам. Они словно подсознательно пытались обратить на себя внимание так ненавистных им окружающих. Несмотря на их осторожность и попытки избежать любого физически опасного происшествия, их неуклюжесть, неловкость и негармоничность моторики приводили к ЧМТ, после которых возникал симптомокомплекс с астенической, вегетативной и циклотимоподобной симптоматикой. Иногда на высоте вегетативных проявлений имели место аффекты страха, сопровождающиеся тоскливо-злобным аффектом. Нередко происходили расстройства сна, самочувствия. При таких состояниях могла возникнуть кратковременная параноидная настроенность, с течением времени сопровождающаяся появлением бредовых идей — возникали шизоформные, травматические психозы.

Обращали на себя внимание специфические для ЧМТ симптомы, состоящие из черт астенического круга в виде истощаемости, проявлений раздражительной слабости, взрывчатости, агрессивности, склонности к дисфориям, что отражало психоорганический

характер патологии. Для больных были характерны нестойкость, изменчивость, полиморфизм психопатоподобных черт, что затрудняло их типологическую квантификацию в рамках какой-либо одной формы психопатии. Отмечалось достоверное различие у пациентов основной группы, в сравнении с пациентами контрольной группы по отсутствию определенной клинической структуры и однотипности способа психопатологического реагирования ( $P < 0,005$ ).

С течением времени астенические проявления у 30 пациентов (28,5%) все более обрастали циклотимоподобными нарушениями. Наблюдались аутохтонные аффективные расстройства, наиболее часто — в виде тоскливо-злобного настроения. Ухудшалось физическое самочувствие больных, интенсивность головных болей и вегетативного дисбаланса не только не уменьшалась, но становилась все более выраженной. В отдельных случаях у пациентов отмечались и гипомании. Они были кратковременными, сопровождалась суетливостью, хвастливостью, агрессией, употреблением психоактивных веществ и совершением противоправных поступков. Циклотимоподобные проявления на ранних этапах заболевания носили стертый характер, выявлялись с трудом, затем становились все более очерченными и в дальнейшем служили почвой для формирования фазной (аффективной) психопатологии травматического генеза. Патологические расстройства достигали уровня, нарушающего социальную адаптацию.

При этом не было прямой зависимости между степенью нарушений социального функционирования и тяжестью травмы, но отмечалось взаимовлияние и взаимозависимость между патологической почвой в виде скомпрометированного преморбида, а именно, перенесенной перинатальной патологии, невропатии, патологических поведенческих реакций детского и подросткового возраста, патологических форм реагирования, в том числе импульсивных, пограничных, истерических, возбудимых расстройств характера и выраженностью последствий ЧМТ.

Таким образом, для формирования психопатоподобных расстройств травматического генеза необходима патологическая почва. Психопатоподобные нарушения проявляются в виде сложного полиморфного симптомокомплекса с астеническими, вегетативными, эксплозивными, истероформными, шизоформными, циклотимоподобными и психоорганическими компонентами. С течением времени возможна патологическая трансформация циклотимоподобных проявлений травматического генеза в очерченные аффективные; подозрительности и сензитивности в бредовые (шизофреноподобные) расстройства, эксплозивных — в органические расстройства личности.

#### Список литературы

1. Руководство по психиатрии в 2 т. Т. 2 / [А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др.]; под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 784 с.
2. Волошин П. В. Неврологические аспекты периодизации черепно-мозговой травмы / П. В. Волошин, И. И. Шогам // Журнал «Вопросы нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко» — М.: Медицина. — 1990, № 6. — С. 25—27.
3. Neuropsychological deficits in symptomatic minor head injury patients after concussion and mild concussion / [Leininger B. E., Gramling S. E., Farrell A. D. et al.] // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. — 1990; 53: 293—296.

4. Das chronische organische psychosyndrom / [P. Haller, A. Dress, H. Muller et al.] // Med. Welt. — 1979. — Vol. 30, № 3. — P. 109—113

5. Зайцев О. С. Психопатология тяжелой черепно-мозговой травмы / О. С. Зайцев — М.: МЕДпресс-информ, 2011. — 336 с.

6. Доброхотова Т. А. Психопатология ЧМТ / Т. А. Доброхотова, О. С. Зайцев // В кн.: Клиническое руководство по ЧМТ / под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. — М.: Антидор, 1988. — Т. 1. — С. 269—313.

7. Крале О. В. Клиническая типология, реабилитация и психо-профилактика нозогенных пограничных психических расстройств у лиц с сочетанной травмой: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / О. В. Крале. — Томск, 2009. — 26 с.

8. Пашковский В. М. Диагностика и лечение легкой черепно-мозговой травмы: метод. реком. / В. М. Пашковский, О. О. Жуковский. — Черновцы: изд-во Буковинской государственной медицинской академии, 2004. — 14 с.

9. Ушакова Л. И. Клинические особенности психоза в отдаленном периоде закрытых черепно-мозговых травм / Л. И. Ушакова // Вопросы психиатрии и невропатологии — 1958. — Вып. 4. — С. 122—131.

10. Тайцлин В. И. Закрытая черепно-мозговая травма и ее последствия / В. И. Тайцлин // Международный медицинский журнал. — 2002. — Т. 2 — № 1. — С. 58—62.

Надійшла до редакції 16.02.2012 р.

**В. Є. Казаков**

ДЗ «Луганський державний медичний університет»  
(м. Луганськ)

#### Психопатоподібні порушення при черепно-мозковій травмі

Результати дослідження 105 пацієнтів з ЧМТ виявили, що для формування психопатоподібних розладів травматичного генезу необхідний патологічний ґрунт у вигляді перинатальної патології, невропатії, патологічних поведінкових реакцій дитячого й підліткового віку, патологічних форм реагування, у тому числі імпульсивних, пограничних, істеричних, збудливих розладів характеру. Психопатоподібні порушення проявляються у вигляді складного поліморфного симптомокомплексу з астеничними, вегетативними, істероформними, циклотимоподібними й психоорганічними компонентами. Із часом можлива патологічна трансформація циклотимоподібних розладів травматичного генезу в окреслені афективні; підозрливості та сензитивності — в маячні (шизофреноподібні) розлади, експлозивних — в органічні розлади особистості.

*Ключові слова:* психопатоподібні розлади, черепно-мозкова травма, імпульсивні, пограничні, істеричні, збудливі розлади характеру.

**V. E. Kazakov**

Luhans'k State medical University  
(Luhans'k)

#### Psychopathic disorders with brain injury

Results of research of 105 patients with brain injury have revealed, that the pathological basis is necessary for formation of traumatic psychopathic disorders like pregnancy pathology, pathological behavioural reactions of children's and adolescence, pathological forms of reaction, including impulsive, borderline, hysterical, excitable frustration of character. Psychopathic disorders are shown in the form of difficult polymorphic complex of symptoms with aesthetic, vegetative, hysterical, depressive and psychoorganic components. Eventually pathological transformation of traumatic depressive disorder in the outlined affective; sensitive — in the paranoid disorders, explosive — in organic disorders are possible.

*Key words:* psychopathic disorders, brain injury, impulsive, borderline, hysterical, excitable disorders of character.