

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЁННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ, ОСЛОЖНЁННЫХ И НЕОСЛОЖНЁННЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ – КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Сергеев В.А. – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Челябинск

Контактная информация – тел.: 8(922)239-00-87; e-mail: sevanpol@yandex.ru

Актуальность. Значимость и актуальность исследований психических нарушений в отдалённом периоде черепно-мозговых травм (ЧМТ) определяется высокой частотой как самих ЧМТ – 1-4 на 1000 населения в год (Доброхотова Т.А. и др., 2014; Rao V., 2017), так и их последствий – до 70-90% (Казаков В.Е., 2013; Лихтерман Л.Б. и др. 2016), с преобладанием непсихотической психопатологии и ведущим положением в её структуре эмоционально-личностных расстройств (Roy D. et al., 2017; Marsh L., 2017). Всё это у лиц трудоспособного возраста зачастую усугубляется фактором хронической алкоголизации, потенцирующей выраженность последствий ЧМТ (Полищук Н.Е., 2001; Rao V., 2017).

Цель исследования – изучение роли ряда клинико-биологических и социально-психологических факторов в формировании эмоционально-личностных нарушений у больных с отдалёнными последствиями ЧМТ, осложнённой и неосложнённой алкоголизмом.

Материал и методы. Материалом исследования явились результаты комплексного клинико-психологического обследования 256 больных (мужчин – 203, женщин – 53) на этапе отдалённых последствий ЧМТ. Из общего числа пациентов у 127 диагностировалась травматическая эпилепсия (выборка – I), а у 129 при схожести иной психопатологической симптоматики эпилептические пароксизмы отсутствовали (выборка – II). В каждую из них входило две группы – без осложнённости алкоголизмом (1 и 2) и с алкогольной отягощённостью (1А и 2А). Группа 1 включала 62 пациента (45 мужчин и 17 женщин), 2-я – 64 (54 мужчины и 10 женщин), 1А – 65 (56 мужчин и 9 женщин), 2А – 65 (54 мужчины и 11 женщин). Средний показатель возраста составлял: 1-я – 31,1±1,3 года; 2-я – 34,4±1,3 года; 1А – 41,3±1,4 года; 2А – 38,7±1,0 лет. По уровню образования они распределялись следующим образом: неполное среднее имели в 1-й группе – 24,2% больных, во 2-й – 28%, в 1А – 35,6%, в 2А – 31%; полное среднее и среднее специальное – 61,3%, 66%, 64,4% и 69% – соответственно; высшее – 14,5% и 6% – в группах 1 и 2, тогда как в 1А и 2А таковые отсутствовали. На момент обследования состояли в браке: в 1-й группе – 55%; во 2-й – 67,7%; в 1А – 77,7%; в 2А – 66,6%.

Методы исследования включали: клинические (клинико-психопатологический, клинико-anamнестический и клинико-динамический); экспериментально-психологический проективный тест С. Розенцвейга, в

модификации Н.В. Тарабриной (1984); статистическую обработку исходных данных с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistics (версия 20) с преимущественным использованием методов непараметрической статистики (Манна-Уитни и Вилкоксона), а также дисперсионного, корреляционного и дескриптивного анализа.

Результаты. Церебральный травматизм по своему генезу чаще был бытовым (в группе 1 – 72,5%, во 2-й – 73,4%, 1А – 83,1%, 2А – 81,5%), реже – дорожно-транспортным (13%, 11%, 6,9%, 10,8%), производственным (11,3%, 14%, 6,9%, 10,8%) и спортивным (3,2%, 1,6%, 0%, 0%). В большинстве случаев ЧМТ имела закрытый характер (88,7%, 87,5%, 96,9%, 98,5% – соответственно). Во всех группах преобладали травмы лёгкой степени тяжести – сотрясения и лёгкие ушибы (1 – 61,3%, 2 – 64,1%, 1А – 64,6%, 2А – 75,4%), при существенно меньшей частоте среднетяжёлых (25,8%, 26,6%, 24,6%, 18,5%) и тяжёлых (12,9%, 9,3%, 10,8%, 6,2%).

Статистический анализ не выявил каких-либо существенных различий между изучаемыми группами больных по генезу ЧМТ, их характеру и тяжести, также как по уровню образования, семейному положению, возрастному и гендерному составу, что указывает на их достаточную сопоставимость.

Пароксизмальная симптоматика, отмечавшаяся у больных групп 1 и 1А с частотой от 1-2 в год до ежедневных, по абсолютному большинству своих проявлений существенным образом не рознила их между собой. Исключение составляли пароксизмы сумеречных изменений сознания ($p < 0,05$) и транзиторные постпароксизмальные изменения сознания ($p < 0,001$), достоверно чаще отмечавшиеся у больных с комбинированной патологией (группа 1А), при некотором превалировании психомоторных припадков ($p < 0,05$) у пациентов с травматической эпилепсией без алкогольной отягощённости (группа 1).

Непсихотические психические расстройства клинически диагностировались в структуре одного из трёх синдромальных блоков: эмотивной лабильности неврозоподобного и психопатоподобного. Сравнительный анализ частоты фиксации указанных синдромов у больных изучаемых групп, представленный в таблице 1, обнаружил некоторое преобладание пациентов с психопатоподобным синдромом среди составлявших группу 2А, при отсутствии статистически значимых различий с другими группами, тогда как неврозоподобный синдром здесь был наиболее редким, что достоверно отличало её от трёх других групп ($p < 0,05$). Эмотивная лабильность, регистрируясь в целом заметно реже, чем неврозоподобный и психопатоподобный синдромы и исключительно редко в изолированном виде, в существенно большей степени была присуща входившим в группы 1А и 2А, что значимо различало их с 1-й группой ($p < 0,05$).

Таблица 1

Частота выявления эмоционально-личностных расстройств (%)

Синдромы	1 (n-62)	2 (n-64)	1А (n-65)	2А (n-65)	Достоверность различий (p) ¹
Неврозоподобный синдром	54,8	45,3	47,7	29,2	2А – 1А, 1, 2*;
Астено-невротический	12,9	17,2	18,5	10,8	
Тревожно-депрессивный	16,1	9,4	12,3	6,2	
Фобический	14,5	6,3	7,6	4,6	
Ипохондрический	8,1	7,8	3,1	3,1	
Истерический	3,2	4,7	6,2	4,6	
Психопатоподобный синдром	51,6	65,6	66,2	58,5	
Эксплозивный	25,8	31,3	33,8	30,8	
Дистимический	9,7	9,4	14	12,3	
Истероидный	8,1	10,9	6,1	4,6	
Психастенический	4,8	7,8	-	-	
Апатический	3,2	6,1	12,3	10,8	
Эмоциональная лабильность	17,7	29,3	33,9	35,4	1 – 1А, 2А*

¹Показатели уровня статистической достоверности: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

По итогам тестирования методикой Розенцвейга, отражённого в таблице 2, больные всех изучаемых групп характеризовались снижением уровня фрустрационной толерантности, проявлявшейся в низкой социальной адаптации, самокритичности и способности к адекватному разрешению конфликтов, а также преобладании внешнеобвинительных реакций, с наибольшей их выраженностью при осложнённости ЧМТ алкоголизмом ($p < 0,05$). Менее всего самокритичность была присуща больным из групп 2 и 2А ($p < 0,001$). В отсутствии алкогольной отягощённости (группы 1 и 2) отмечалась большая выраженность самозащитных и безобвинительных реакций ($p < 0,01$). При сочетанности ЧМТ и алкоголизма (1А и 2А) выявлялось усиление реакций нацеленных на выход из фрустрирующей ситуации ($p < 0,001$), но без повышения социальной адаптированности.

Таблица 2

Показатели фрустрационных реакций (в %) у больных изучаемых групп и здоровых (M±m)

Показатели теста Розенцвейга	1 (n-62)	2 (n-64)	1А (n-65)	2А (n-65)	Контроль К (n=100)	Достоверность различий (p) ¹
Степень социальной адаптации	44,9±1,5	46,5±1,4	43,8±1,3	39,9±0,5	64,3±1,0	1 – К***; 2 – К***; 1 А – К***; 2А – К***; 1 – 2А**; 2 – 2А**;
Направление реакций:						
Экстра-пунитивные	48,0±2,2	49,7±2,1	50,3±1,2	52,7±0,5	46,7±1,1	2 А – К*
Интра-пунитивные	22,2±1,4	19,6±1,1	26,6±0,9	21,4±0,7	27,8±1,4	1 – К**; 2 – К***; 2А – К***; 1 – 1А*; 2 – 1А***; 1А – 2А***
Импунитивные	29,7±1,4	30,6±1,5	23,0±0,4	25,5±0,6	37,0±1,6	1 – К**; 2 – К**; 1А – К**; 1 – 2А*; 1 – 1А***; 2 – 2А**; 1А – 2А**; 2 – 1А***
Типы реакций:						
С фиксацией на препятствии	29,7±1,4	30,2±1,4	30,0±0,3	27,0±0,5	32,9±0,8	1 – К*; 2А – К**; 2 – 2А*; 1А – 2А**
С фиксацией на самозащите	43,4±1,7	44,8±1,6	32,8±0,9	35,0±0,9	37,4±1,0	1 – К**; 2 – К**; 1А – К*; 1 – 1А***; 1 – 2А***; 2 – 1А***; 2 – 2А***
С фиксацией на удовлетворении потребности	26,8±1,7	24,9±1,7	38,4±0,8	36,3±1,0	29,7±1,0	2 – К*; 1А – К**; 2А – К**; 1 – 1А***; 1 – 2А***; 2 – 1А***; 2 – 2А***

¹ Показатели уровня статистической достоверности: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$

Поиск взаимосвязей указанных эмоционально-личностных характеристик с клинико-биологическими и психосоциальными факторами обнаружил наличие таковых на статистически значимом уровне ($p < 0,05$) по ряду параметров. Тяжесть травмы коррелировала с усилением реакций самообвинения в группах 1А и 2А. Большой давности становления алкогольной зависимости, продолжительности её прогрессивного течения и наличию алкогольных психозов в анамнезе соответствовали – нарастание внешнеобвинительных реакций, самозащиты и прикованности внимания к фрустрирующей ситуации, с уменьшением выраженности безобвинительного реагирования и снижением социальной адаптированности (1А, 2А). Увеличение продолжительности эпилептического процесса, склонность к развитию эпилептического статуса, преобладание генерализованных судорожных припадков и абсансов – сопровождалось усилением идей «препятствия» и внешнеобвинительных реакций (1 и 1А). Низкий уровень образования соотносился с усилением самозащиты во 2-й группе, где также отмечалась прямая зависимость сохранности учебно-трудовой деятельности с показателем социальной адаптации и обратная с выраженностью самообвинительных реакций. Изменения социально-профессионального статуса имели обратную связь с выраженностью

внешнеобвинительных реакций и прямую с безобвинительными в 1-й группе. Ухудшение семейных отношений, распад семьи или трудности в её создании коррелировали с усилением безобвинительных и самозащитных реакций при меньшей выраженности идей «препятствия» в группе 2А.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о полифакторном генезе непсихотических психических расстройств и особенностей эмоционального реагирования у больных с последствиями ЧМТ, как осложнённых, так и неосложнённых алкоголизмом, с многоуровневостью и иерархичностью участвующих в этом процессе механизмов. Анализ и учет этих факторов и механизмов в формировании тех или иных нарушений эмоционально-личностной сферы в каждом конкретном случае позволяет раскрыть наиболее значимые «мишени» как для психокоррекционных, так и для биологических (включая фармакологические) воздействий, что является определяющим для обеспечения адресности различных составляющих комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий и, как следствие, повышения их эффективности.