

В. Е. Казаков, канд. мед. наук, ассистент каф. психиатрии
ГЗ «Луганский государственный медицинский университет» (г. Луганск)

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОТДАЛЕННОГО ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРИОДА

В работе отмечены особенности наиболее часто встречаемых форм посттравматических расстройств. Отличительной чертой посткоммоционного синдрома является тяжелая, плохо поддающаяся коррекции астения. Особенность шизофреноподобного расстройства — наличие бредовых идей паранойяльного или парафренного характера, которые сочетаются с изменением личности, проявляющимся в утрированной социализации больного. Галлюциноз проявляется в виде тактильных истинных галлюцинаций или зрительных псевдогаллюцинаций вычурного характера.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, психопатология, варианты, особенности.

Психотические расстройства, возникающие в остром периоде контузий или коммоций головного мозга описаны достаточно подробно, что касается клиники отдаленных последствий ЧМТ, то они вызывают многочисленные дискуссии [1]. Многие авторы достаточно долго придерживались распространенной в 50-е — 60-е гг. классификации М. О. Гуревича и В. А. Гиляровского, согласно которой признавалась лишь травматическая энцефалопатия, эпилепсия и травматическое слабоумие [2—3]. В настоящее время в современном классификаторе имеется множество рубрик для диагностики психотических расстройств травматического генеза [4]. Однако критерии диагностики и дифференциальной диагностики сформулированы недостаточно четко. В связи с этим мы поставили цель проанализировать особенности наиболее часто встречающихся в нашем регионе посттравматических расстройств и выделить диагностические и дифференциально-диагностические критерии.

Нами проведено лонгитудинальное клинико-психопатологическое и психодиагностическое исследование 75 больных (основная группа) в возрасте от 21 до 52 лет, страдающих травматическими расстройствами, с целью уточнения диагностических критериев различных клинических вариантов поздних психических нарушений.

Контрольную группу составили 70 больных шизофренией аналогичного возраста и пола. Психодиагностическое исследование проводилось с помощью методов СМЛЛ, ВPRS-A (краткая психиатрическая оценочная шкала), Люшера, MADRS, YMRS (шкала Янга).

У всех больных детально изучался неврологический статус. Использовали инструментальные методы исследования (МРТ, КТ, ЭЭГ, РЭГ) для определения локализации поражения мозговых структур.

Статистическую обработку фактического материала проводили на персональном компьютере Pentium при помощи программы Excel-2007, включая оценку достоверностей погрешностей при помощи *t*-критерия Стьюдента.

Диагноз устанавливали в соответствии с критериями МКБ-10.

При изучении клинической картины психозов у пациентов, перенесших ЧМТ, выявлялись следующие варианты расстройств: органический галлюциноз F 06.0 (11 %); органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство F 06.2 (32 %); органические (аффективные) расстройства настроения F 06.3 (12 %); органическое тревожное расстройство F 06.4 (0.5 %); органическое диссоциативное расстройство F 06.5 (0.5 %); органическое расстройство личности F 07.0 (5.3 %); посткоммоционный синдром F 07.2 (33 %); органический амнестический синдром не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами F 04 (5.7 %).

Больные с травматической эпилепсией были исключены из выборки, т. к. они относятся к категории больных, находящихся под наблюдением неврологов.

Преобладающее большинство больных страдало посткоммоционным синдромом, рассматриваемым рядом авторов как посттравматическая энцефалопатия [5—6]. Больные жаловались на головную боль, преимущественно в лобной и височной областях, отсутствие «свежести», «ясности» в голове, утомляемость, раздражительность, затруднение сосредоточения, нарушение памяти, бессонницу, метеозависимость, головокружение, плохую переносимость алкоголя.

Следует отметить тот факт, что больные обычно излагали жалобы не по своей инициативе, а только в результате тщательного опроса врача. При этом на первый план выступала выраженная истощаемость нервных процессов, проявляющаяся в истощаемости внимания и выраженной утомляемости в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, т. е. симптоматикой астенического круга. Из-за выраженной церебрастении больные в ряде случаев были не только нетрудоспособны, но и не могли отстаивать свои интересы. Родные отмечали изменения характера, прежде достаточно стеничные лица в быту и на производстве через некоторое время после полученной ими ЧМТ стали реагировать на препятствия эмоциональными вспышками по типу раздражительной слабости, приводящей к усилению головной боли. Пациенты, с одной стороны, преувеличенно остро реагировали на проявления социальной несправедливости, с другой — не могли последовательно и методично бороться с ней, вплоть до того, что даже отказывались от борьбы за положенные им льготы. С течением времени изменялось и мышление данных больных, возникали прежде не присущие им вязкость, инертность, тугоподвижность, застреванность на деталях, в речи все чаще встречались персеверации, нарастал посттравматический психоорганический синдром.

Среди отдаленных последствий ЧМТ психотического уровня наиболее часто встречаются бредовые (шизофреноподобные) расстройства. У пациентов отмечались бредовые идеи отношения (31 %), преследования (31 %), ревности (26 %), ипохондрические (12 %). Бред в 37 %

сочетался с галлюцинациями, при этом содержание галлюцинаций в 33 % случаев не соответствовало содержанию бредовых идей. В 73 % случаев они были систематизированными, стойкими, носили характер паранойяльного бреда, сопровождалось грубым нарушением эмоционального фона, в виде маниакальных и депрессивных состояний. Аффективные расстройства протекали несколько атипично: так, маниакальные состояния носили характер гневливой мании, а депрессивные — депрессивно-дисфорический. Независимо от того, в какой из фаз, депрессивной или маниакальной, находились больные, в любом случае они боролись за социальную справедливость, писали жалобы, защищали обиженных, пытались участвовать в политических акциях. Пациенты отличались конфликтностью, неуживчивостью, ригидностью. Они поступали только согласно собственному мнению, в ряде случаев были бестактны, назойливы, не учитывали точку зрения собеседника. Стеничность и напористость особенно ярко проявлялись при решении «общественных» дел, пациенты пытались устраивать «судьбы» родственников, коллег, сотрудников вопреки их желанию. Они, как правило, не доводили начатое дело до конца, быстро истощались, раздражались, высказывали выраженное недовольство не только обидчиками опекаемых ими лиц, но и самими «неблагодарными» опекаемыми. Пациенты отмечали, что после ЧМТ они изменились по характеру. Изменения их личности замечали и родственники пациентов. Так, после перенесенной ЧМТ 83 % больных рассказывали, что стали жить иначе, по-другому смотреть на свои деяния. Независимо от сферы их деятельности, стали жить «для блага человечества» (82 %), во имя морали ряд больных (чиновники, работники сферы обслуживания и др.) отказались от навязываемых им благодарностей (77 %), у бывших атеистов появилась склонность к эзотерическому восприятию (80 %). Так, телемастер N, 42 лет, имеющий жену и ребенка, подвергшийся нападению грабителей и получивший ЧМТ, через 7 месяцев после ЧМТ стал замечать, что теща колдует. Ее «ворожба» направлена на возникновение конфликтных ситуаций между ним и женой. Стал замечать, что соседи стали недоброжелательными по отношению к нему: перешептывались у него за спиной, подсмеивались, делали какие-то знаки, намекали на его маленький рост. По его мнению, участковая медсестра подменила ампулу с сульфатом магния каким-то другим веществом, при введении которого у него на протяжении часа была увеличена голова, которая затем возвратилась к прежнему размеру. Пациент, являвшийся хорошим телемастером, и до ЧМТ подрабатывающий частным образом, имел большую клиентуру. После травмы он, сам сокрушаясь по этому поводу, т. к. семья стала бедствовать, все услуги выполнял совершенно бесплатно, с гневом отказываясь от оплаты. Он сам обратил на это внимание: «после того, как меня стукнули по голове, я стал умнее, у меня появились совсем другие интересы. Я увлекся географией, физикой, медициной. Стал благородным, перестал брать с людей деньги. Последние средства жертвую для бедных. Совершенно перестал употреблять спиртное. Хотя люди, по своей человеческой сути, являясь мерзавцами, этим пользуются да еще и насмеваются надо мной». Большинство пациентов, перенесших ЧМТ,

несмотря на галлюцинаторно-бредовые аффективные расстройства, сохраняли хорошие семейные взаимоотношения, дружеские и профессиональные связи.

В 37 % случаев после ЧМТ возникало эзотерическое видение ситуаций. Обыденные вещи, например колебание штор от сквозняка, падение предмета, под воздействием известных даже школьникам законов физики, рассматривались пациентами в мистическо-фантастическом плане. Пациенты, рассуждая о фантастических вещах, происходивших с ними, говорили об этом совершенно обыденно.

Галлюцинаторно-бредовый синдром был очень конкретен, правдоподобен, напоминал изложение впечатлений психически здоровых людей. Некоторые больные активно участвовали в религиозных программах, другие не принимали никакого участия, но каждый из них после получения ЧМТ, стал активно бороться за социальную справедливость, призывал к этому рациональные и иррациональные силы и возможности. У больных возникали видения «снежного человека», НЛО, «барабашек». Слышался шепот, прикосновения, вздохи, тени потусторонних сил. У пациентов явь переплеталась с фантастическими видениями. Пациенты утверждали, что общаются с существами из другой реальности: «Я встретил его на улице, но поскольку я — человек, а он — только существо из другой реальности, я не подал ему руку и в ответ на его просьбу дать закурить не дал сигарету, потому что он не человек». При этом больные были внешне упорядочены, общительны, эмоциональны, контактны, не употребляли психоактивных веществ, не были склонны к симуляции и аггравации, никаких выгод из своего болезненного состояния не имели.

В 11 % случаев у пациентов отмечались состояния, которые по классификации МКБ-10 относились к рубрике F 06.0 «органический галлюциноз». Нами наблюдались пациенты со следующими вариантами галлюциноза, возникшего через 4—36 мес. после ЧМТ. У 85 % из них отмечались тактильные галлюцинации, рассматриваемые нами как посттравматический дерматозойный бред. По словам больных, после ЧМТ их измучило нашествие вшей, которые активно лазили и кусали больных, мешали им спать. Пациенты ощущали нестерпимый зуд от прикосновений лапок насекомых, неоднократно, но безуспешно обращались к дерматовенерологу. У всех больных отсутствовало помрачение сознания, они были ориентированы в месте, времени и собственной личности, сохранялась их профессиональная деятельность, семейная жизнь. О так называемых «вшах» сообщали со смущением. Считали, что после ЧМТ у них «упал иммунитет» и поэтому на них напали насекомые. Самых насекомых не видели, только ощущали их прикосновения, но на теле «находили» многочисленные следы от укусов, которые охотно демонстрировали родственникам и врачам. Пациенты отмечали связь появления насекомых с травмой. У всех больных отмечалась церебрастеническая симптоматика. Неврологом был поставлен диагноз: «травматическая энцефалопатия».

В 15 % случаев отмечались менее встречаемые в литературе проявления. Через 1—3 года после ЧМТ, при полном отсутствии помрачения сознания, больные видели у себя в мозге микроскопические, но яркие

цветные отчетливые фигурки людей движущихся, копошащихся. Эти фигурки были достаточно отчетливы даже днем при открытых глазах пациента, но четкость видения еще более возростала в том случае, если пациент закрывал глаза, а также по вечерам. Больные были совершенно критичны к своему состоянию, обращались за помощью к неврологу, нейрохирургу, опасались опухоли мозга, находили четкую связь между своими необычными видениями и перенесенной ЧМТ. Вначале появление галлюцинаций очень испугало их, затем они привыкли к ним. Изменений в соматическом состоянии не отмечалось. Колебаний настроения не было. На поведение больных галлюцинации влияния не оказывали. Течение заболевания было длительным, стабильным, не поддававшимся медикаментозной коррекции.

Таким образом, посттравматические расстройства проявляются как в виде непсихотических, так и психотических состояний. Непсихотические расстройства встречаются наиболее часто в виде посткоммоционного синдрома. Психотические расстройства травматического генеза также являются достаточно распространенным явлением. Среди них наиболее часто встречаются шизофреноподобное расстройство и посттравматический галлюциноз.

Отличительной чертой посткоммоционного синдрома является тяжелая, плохо поддающаяся коррекции астения. Особенность шизофреноподобного расстройства — наличие бредовых идей параноического или парафренного характера, которые сочетаются с изменением личности, проявляющимся в утрированной социализации больного. Галлюцинаторная симптоматика у посттравматических больных отмечается реже, чем бредовая и проявляется в виде тактильных истинных

галлюцинаций или вычурных зрительных псевдогаллюцинаций.

В отличие от пациентов, страдающих шизофренией, поведение посттравматических больных даже при наличии фантастической галлюцинаторно-бредовой симптоматики отличается конкретностью, понятностью, открытостью. У больных, перенесших ЧМТ, также как и у больных с шизофренией, происходит изменение личности, но у больных с шизофренией это изменение носит характер все большей аутизации, а у пациентов, перенесших ЧМТ — гиперсоциализации.

Список литературы

1. Руководство по психиатрии. — В 2-х томах. / [А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др.]; под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999.
2. Ушакова, Л. И. Клинические особенности психозов в отдаленном периоде закрытых черепно-мозговых травм / Л. И. Ушакова // Вопросы психиатрии и невропатологии: сб. тр. Ленингр. науч. об-ва невропатологов и психиатров. — Л., 1958. — С. 122—131.
3. Качура, В. А. Клиническая картина и некоторые данные исследования ВНД при бредовой форме позднего травматического психоза: канд. дис., 1972. — 150 с.
4. Международная классификация болезней 10 пересмотра; под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — Киев, 1999. — С. 41—65.
5. Дафин Ф. Мурешану. Нейропротекция и нейропластичность при черепно-мозговой травме (лекция) / Мурешану Дафин Ф. // Международный неврологический журнал. — 2007. — № 6 (17). — С. 7.
6. Литовченко, Т. А. Формирование легких когнитивных нарушений у больных перенесших черепно-мозговую травму в зависимости от срока, прошедшего с момента получения травмы / Т. А. Литовченко, О. А. Лактанова // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 2 (63). — С. 24—26

Надійшла до редакції 08.06.2011 р.

В. Є. Казаков

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

Психопатологічні особливості віддаленого посттравматичного періоду

У роботі відзначені особливості найчастіших форм посттравматичних розладів. Відмінною рисою посткоммоційного синдрому є важка астения, що погано піддається корекції. Особливість шизофреноподібних розладів — наявність маячних ідей параноїчного або парафренного характеру, які поєднуються зі зміною особистості, що виявляється в перебільшеній соціалізації хворого. Галлюциноз проявляється у вигляді тактильних галлюцинацій або зорових псевдогаллюцинацій химерного характеру.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, психопатологія, варіанти, особливості.

V. E. Kazakov

Luhans'k State Medical University
(Luhans'k)

Psychopathological features of a remote period of post-traumatic disorder

We noted particularly the most common forms of post-traumatic disorders. A distinctive feature of the postcommotion syndrome is heavy, poorly amenable to correction asthenia. The peculiarity of schizophrenia disorder — the presence of paranoid or paraphrenic delusions combined with a change of personality that manifests itself in patient's hypersocialization. Hallucinosi manifested in the form of true tactile and false visual hallucinations pretentious sense.

Key words: brain injury, psychopathology, types, features.