

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ШИЗОФРЕНОПОДОБНОЙ ПСИХОТИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ И С ШИЗОФРЕНИЕЙ

В.А. Сергеев^{1,2}, Я.В. Черняевский¹

¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, Россия

² Южно-Уральский государственный университет, г. Челябинск, Россия

Представлены результаты сравнительного клинического (клинико-психопатологического и структурно-динамического) анализа особенностей галлюцинаторной и галлюцинаторно-бредовой симптоматики, дополненного экспериментально-психологическим исследованием интеллектуально-когнитивного функционирования (с помощью теста «Шкала прогрессивных матриц Равена»). Исследование проводилось у больных трёх групп – 43 пациента с шизофреноформными расстройствами восприятия и мышления в отдалённом периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ), с шизофренией, осложнённой ЧМТ (42 пациента), и с шизофренией без отягощённости ЧМТ (41 пациент). Выделены клинические и психодиагностические критерии, способствующие повышению надёжности дифференциальной диагностики больных с вышеуказанной патологией. Описываются интеллектуально-когнитивные особенности пациентов с шизофреноподобными психозами в отдалённом периоде ЧМТ, с осложнённой ЧМТ шизофренией и с шизофренией без отягощённости ЧМТ. Анализируются возможные механизмы нарушений интеллектуально-когнитивного функционирования у больных исследуемых контингентов.

Ключевые слова: отдалённые последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ), шизофреноформные расстройства, структурно-динамический анализ, интеллектуально-когнитивное функционирование, тест «Шкала прогрессивных матриц Равена».

Введение

Медицинская и социальная значимость психических нарушений в отдалённом периоде черепно-мозговой травмы (ЧМТ) определяется как высокой частотой церебральных травм – от 1 до 4 на 1000 населения в год (Непомнящий, 1989; Rizzo, 1996), так и значительной частотой их последствий нервно-психического характера – до 70–90 % (Saltuari, 1985; Schoenhuber, 1988). Последние проявляются патологией аффективной сферы, личности и поведения, развитием травматической эпилепсии, а также расстройствами высших психических функций, включая интеллектуально-мнестические (вплоть до слабоумия) и, наконец, шизофреноподобной (галлюцинаторной и бредовой) симптоматикой.

Развивающиеся в отдалённом периоде ЧМТ психозы с галлюцинаторной и бредовой симптоматикой представляют наибольшие диагностические трудности в плане их отграничения от эндогенных психических расстройств. Одни авторы происхождения данной

психопатологии напрямую связывают с ЧМТ (Непомнящий, 1989; Смирнов, 1979; Стрельцова, 1989; Achte et al., 1969), другие же рассматривают её главным образом как фактор, провоцирующий экзацербацию эндогенного психоза (Гордова, 1973; Даниелян, 1990; Иванец, 1967). Столь различная трактовка этиогенеза указанных расстройств, вероятно, обусловлена прежде всего неразработанностью до настоящего времени достаточно чётких дифференциально-диагностических критериев органических галлюцинаторных и бредовых расстройств в отдалённом периоде ЧМТ. Дополнительные сложности, очевидно, связаны также и с тем обстоятельством, что нарушения интеллектуально-когнитивного функционирования, присущие в большей или меньшей мере больным с посттравматическими психозами, в настоящее время считаются отдельной составляющей и шизофрении, наряду с её позитивной и негативной симптоматикой (Breier, 1999; Liddle, 1987).

Всё это весьма негативно сказывается

в отношении как надёжности диагностики, так и в оказании адекватной и эффективной лечебной и психосоциальной помощи таким больным. Как следствие, требуется расширение диагностических подходов не только в плане поиска новых и уточнения известных клиничко-диагностических критериев, но и за счёт привлечения методов экспериментально-психологического исследования, включая тесты оценки интеллектуального функционирования.

Вышеизложенное определило **цель** настоящего исследования – выделение комплекса клиничко-диагностических и психодиагностических критериев экзогенно-органических (в периоде отдалённых последствий ЧМТ) и эндогенных галлюцинаторно-бредовых расстройств на основе их структурно-динамического (клиничко-феноменологического и клиничко-динамического) анализа и сравнительного изучения интеллектуально-когнитивного функционирования больных с соответствующей патологией для осуществления дифференциальной диагностики и дифференцированной лечебно-реабилитационной помощи, а также прогноза и решения вопросов экспертизы.

Материал и методы

Материалом исследования послужили результаты комплексного обследования 126 пациентов в возрасте от 18 до 50 лет (в том числе 80 мужчин и 46 женщин), находившихся на лечении в психиатрическом стационаре по поводу наличия у них галлюцинаторной и галлюцинаторно-бредовой симптоматики. Исследуемую выборку составили больные, входившие в одну из трёх групп изучения. Первая (основная группа, ОГ) включала 43 человека (29 мужчин и 14 женщин) с эндоморфной психопатологической симптоматикой в отдалённом периоде ЧМТ, прямо обусловленной перенесенной ЧМТ. Вторая группа (группа сравнения № 1, ГС-1) состояла из 42 больных (27 мужчин и 15 женщин) с сочетанной патологией – шизофренией и ЧМТ в анамнезе, имевшей место уже после манифестации эндогенной патологии, с развитием соответствующей психопатологии. В третью группу – группу сравнения № 2, ГС-2) – вошли 41 больной шизофренией (24 мужчины и 17 женщин) с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой без ЧМТ в анамнезе.

Средний возраст пациентов на момент обследования был сопоставим и составил: в груп-

пе ОГ – 30,7 лет; ГС-1 – 29,5 лет; ГС-2 – 28,9 лет. Возраст манифестации галлюцинаторной и галлюцинаторно-бредовой симптоматики приходился в среднем: в группе ОГ – на возраст 27,5 лет; ГС-1 – на 25,8 лет; ГС-2 – на 25,4 лет. Давность заболевания составляла: в ОГ – 3,2 года; в ГС-1 – 3,7 года; в ГС-2 – 3,5 года.

Все пациенты групп ОГ и ГС-1 перенесли закрытую ЧМТ в возрасте 26,4 и 25,1 лет соответственно. В первой из них сотрясения головного мозга имели место у 6 (14 %) больных, ушибы головного мозга лёгкой степени у 8 (18,6 %), ушибы средней степени у 29 (67,4 %); во второй – сотрясения зафиксированы у 7 (16,7 %), лёгкие ушибы мозга у 10 (23,8 %) и ушибы средней тяжести у 25 (59,5 %) пациентов.

Методы исследования включали клиническое изучение психопатологической симптоматики, экспериментально-психологическое исследование интеллектуально-когнитивного функционирования и статистические методы анализа результатов обследования.

Из клинических методов, наряду с традиционным клиничко-психопатологическим, использовался также и структурно-динамический подход к изучению особенностей галлюцинаторной и галлюцинаторно-бредовой симптоматики у больных исследуемых групп, осуществлявшийся на основе клиничко-феноменологического анализа психопатологических проявлений с учётом их динамических характеристик (Рыбальский, 1989).

Интеллектуально-когнитивное функционирование больных изучаемых групп оценивалось с помощью экспериментально-психологической диагностической методики «Шкала прогрессивных матриц Равена», позволяющей оценивать способность обследуемых к систематизированной и планомерной интеллектуальной деятельности и характеризующейся тем, что решение входящих в неё заданий требует участия трёх основных психических процессов – внимания, перцепции и мышления. Существенным плюсом данной методики, определившим её выбор, является то, что благодаря невербальному характеру заданий на результаты тестирования меньше влияют приобретённые обследуемым знания в связи с образованием и жизненным опытом (Блейхер, 1986). Определённую роль в предпочтении выбора этого теста сыграло также и то, что он позволяет более тонко дифференцировать особенности интеллекта в низших по-

лосах интеллектуальных способностей – прежде всего в субнорме (Черны, 1988).

Статистическая обработка первичных данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistics (версия 20) в среде Windows-7 с использованием критерия Стьюдента.

Результаты

Сопоставление изучаемых групп больных с проведением соответствующей статистической процедуры не выявило между ними каких-либо существенных различий по возрастному и гендерному составу, давности заболевания и возрасту его манифестации, а также по характеру и тяжести перенесенной ЧМТ и возрасту, в котором она была получена (для групп ОГ и ГС-1 $p > 0,05$). Всё это, несомненно, свидетельствует о сопоставимости рассматриваемых групп по критерию наличия ЧМТ и ее последствий.

Клиническое исследование с помощью традиционного клинико-психопатологического анализа зафиксировало наличие галлюцинаторного синдрома, не сопровождавшегося какой-либо бредовой симптоматикой у 28 больных группы ОГ (65 % численности группы) и лишь у 8 (19 % выборки) больных группы ГС-1, тогда как в группе ГС-2 пациентов с исключительно галлюцинаторной симптоматикой (без бреда) не было ни одного, что статистически значимо различало эти три группы между собой ($p < 0,05$). Галлюцинаторно-бредовый синдром наблюдался: у 15 больных группы ОГ (35 %); у 34 больных второй группы (81 % выборки ГС-1) и у всех 100 % больных группы ГС-2, что также статистически достоверно отличало их друг от друга и имеет вполне очевидные, на наш взгляд, объяснения, связанные с нозологической спецификой групп.

Весьма заметно исследуемые группы различались и по численному составу пациентов

с галлюцинациями различной топической модальности, регистрировавшимися в наших наблюдениях исключительно в виде одного из двух вариантов – слуховых или зрительных. Последнее нашло своё отражение в табл. 1, демонстрирующей достоверное преобладание зрительных галлюцинаций у больных основной группы (ОГ) относительно групп сравнения (ГС-1 и ГС-2). В последних, в свою очередь, со статистической значимостью больше были представлены пациенты с обособленными слуховыми галлюцинациями или в сочетании со зрительными галлюцинациями ($p < 0,05$). Обращает на себя внимание то обстоятельство, что в группе больных шизофренией без отягощённости ЧМТ (ГС-2) ни у кого из обследуемых не отмечались изолированные зрительные галлюцинации (вне их комбинации со слуховыми). Напротив, в группе пациентов с галлюцинаторной симптоматикой, обусловленной ЧМТ (ОГ), исключительно редким явлением была как раз сочетанность слуховых и зрительных галлюцинаций, а там, где таковая фиксировалась в клинико-психопатологической картине, первыми всегда появлялись зрительные галлюцинации с последующим присоединением к ним слуховых. В то же время в двух других группах (ГС-1 и ГС-2) последовательность развития галлюцинаций указанных модальностей во всех случаях была прямо противоположной – первоначально шло формирование слуховых, а затем уже и зрительных нарушений.

Психопатологический анализ клинических проявлений бредовых расстройств, входивших в структуру галлюцинаторно-бредового синдрома, позволил квалифицировать их как параноидные у 15 больных группы ОГ (35 % численности), у 42 (100 %) больных в группе ГС-1 и у подавляющего большинства (у 39) больных в группе ГС-2 (95 % ее численности), что также статистически достоверно

Таблица 1

Сравнительный модальностно-топический анализ галлюцинаторной симптоматики у больных трёх групп изучения

Топические варианты галлюцинаций	Группы изучения						Группы с достоверными различиями ($p < 0,05$)
	ОГ (n=43)		ГС-1 (n=42)		ГС-2 (n=41)		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Зрительные галлюцинации	31	72,1	10	23,8	0	0	ОГ – ГС-1, ГС-2; ГС-1 – ГС-2
Слуховые галлюцинации	9	20,9	17	40,5	28	68,3	ОГ – ГС-1, ГС-2; ГС-1 – ГС-2
Сочетание зрительных и слуховых галлюцинаций	3	7	15	35,7	13	31,7	ОГ – ГС-1, ГС-2

Медицинская психология

но отличало две последние группы от первой ($p < 0,05$). У 2 оставшихся больных группы ГС-2 выявлялась симптоматика парафренного синдрома.

Ещё более существенные межгрупповые различия выявил структурно-динамический анализ галлюцинаторной и галлюцинаторно-бредовой симптоматики. Итоговые результаты соответствующего изучения обманов восприятия представлены в обобщённом виде в табл. 2, фиксирующей отличительные особенности пациентов из основной группы (ГО) и групп сравнения (ГС-1 и ГС-2).

Установлено, например, что присущие псевдогаллюцинаторному синдрому характеристики (связь галлюцинаций с патологией мышления и некритичное отношение к ним; отсутствие естественности и реалистичности в их оформлении с чувством сделанности и снижением сенсорности; локализация в интра- или экстрапроекции, но всегда в представляемом пространстве и всегда воспринимающихся мозгом) не регистрировались ни у одного из больных группы ОГ, но отмечались у более половины (57,1 %) пациентов группы ГС-1 и у всех больных третьей группы (ГС-2), что статистически значимо различало как основную группу с группами сравнения, так и две последние между собой ($p < 0,05$).

Совершенно иное соотношение частоты выявления в изучаемых группах обнаружено в отношении синдрома галлюциноза, регистрируемого в виде одного из трёх вариантов – органического, идеаторного и псевдогаллюциноза.

Органический галлюциноз (характеризующийся проекцией в представляемое или воспринимаемое пространство, но всегда без

ассимиляции окружающей обстановкой, а также отсутствием реалистичности и преимущественно добродушным отношением больного к галлюцинациям) достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечался в группе ОГ – 60,5 % (при том что в группе ГС-1 он отмечался только у каждого шестого пациента, а у больных группы ГС-2 он вообще не регистрировался).

Идеаторный галлюциноз (с проекцией галлюцинаций только в воспринимаемое пространство, со связью с окружающими объективными предметами и реалистичностью оформления, характеризующийся в то же время отсутствием веры в его действительное существование за счёт сохранности критики и в целом более адекватной аффективной реакцией на сам факт появления расстройств восприятия) также преобладал у пациентов группы ОГ (но в меньшей степени, чем органический галлюциноз) и отмечался у каждого третьего пациента (34,8 % численности этой выборки), тогда как в группе ГС-1 он регистрировался лишь у каждого четвертого пациента и не регистрировался ни у одного из пациентов группы ГС-2 (все различия достоверны на уровне $p < 0,05$). Псевдогаллюциноз, структурно отличавшийся от идеаторного лишь интрапроекцией, фиксировался лишь у 2 больных из группы ОГ и ни у кого из представителей групп сравнения.

Истинные галлюцинации (с присущими им экстрапроекцией галлюцинаторного образа, оцениваемого как реально существующий, с предшествующим нарушением мышления, утратой критики и бредовой интерпретацией при отсутствии чувства сделанности, с эмоционально-аффективной реакцией, соот-

Таблица 2

Сравнительный клинико-феноменологический анализ галлюцинаторной симптоматики у больных трех групп изучения

Варианты галлюцинаторного синдрома	Группы изучения						Группы с достоверными различиями ($p < 0,05$)
	ОГ (n=43)		ГС-1 (n=42)		ГС-2 (n=41)		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1. Истинные галлюцинации	0	0	(12)*	(28,6)*	(14)*	(34,2)*	ОГ – ГС-1, ГС-2;
2. Псевдогаллюцинации	0	0	24	57,1	41	100	ОГ – ГС-1, ГС-2; ГС-1 – ГС-2;
3. Галлюциноз, в том числе:	43	100	18	42,9	0	0	ОГ – ГС-1, ГС-2; ГС-1 – ГС-2;
– органический	26	60,5	7	16,7	0	0	ОГ – ГС-1, ГС-2; ГС-1 – ГС-2;
– идеаторный	15	34,8	11	26,2	0	0	ОГ – ГС-1, ГС-2; ГС-1 – ГС-2;
– псевдогаллюциноз	2	4,7	0	0	0	0	

* По анамнестическим сведениям.

ветствующей содержанию галлюцинаций) наличествовали в дебюте психоза (по анамнестическим сведениям) у четверти больных группы ГС-1 и трети пациентов группы ГС-2, но не отмечался ни у одного из пациентов группы ОГ ($p < 0,05$).

Изучение структурно-динамических особенностей нарушений мышления у больных исследуемых групп также выявило определённые межгрупповые различия.

Пациенты группы ОГ характеризовались большей контактностью и открытостью, а также сохранностью критики и отсутствием бредовых расстройств у большей части больных (65%). При этом формирование бреда (всегда на высоте галлюцинирования) отражало содержание этих галлюцинаций, отличаясь в то же время несистематизированностью и фрагментарностью своей структуры, имевшей скорее характер бредоподобных идей с частичной сохранностью критики. Купирование галлюцинаторной симптоматики сопровождалось сравнительно быстрой редукцией бредовых расстройств и полным восстановлением критики. Эмоциональная реакция на наличие психопатологической симптоматики (прежде всего – галлюцинаций) была достаточно адекватна и не связана с содержанием бредовых (или бредоподобных) идей. В отличие от этого, у больных из групп ГС-1 и ГС-2 наблюдались более выраженная социальная отстранённость, существенно сниженная или полностью отсутствующая критика к своему состоянию, эмоционально-аффективная реакция, зависящая от содержания бредовых идей и значительная систематизация бреда.

Экспериментально-психологическое исследование интеллектуально-когнитивного функционирования больных трёх изучаемых групп тестом «Шкала прогрессивных матриц Равена», результаты которого в обобщённом виде представлены в табл. 3, зафиксировало, что в каждой из этих групп преобладали больные со средним уровнем интеллекта в его нижних границах.

Таким образом, полученные при сопоставлении усреднённых групповых показателей данные свидетельствуют, что наиболее низкий ($p < 0,05$) уровень интеллектуального функционирования фиксировался у пациентов группы ОГ. При этом удельный вес лиц со сниженным уровнем интеллектуально-когнитивного функционирования (с интеллектом ниже среднего и пограничным уровнем) в группах ГС-1 и ГС-2 составил лишь 26,2% и 19,5% соответственно (т. е. отмечался у каждого четвертого и пятого пациента соответствующей группы). В отличие от этого, относительно низкий уровень интеллектуального функционирования определялся у половины пациентов группы ОГ (т. е. у каждого второго больного или 51,2% численности выборки). Помимо этого, в этой группе достоверно выше было и число пациентов с пограничным уровнем интеллектуального функционирования – 16,3% или шестая часть выборки (в группах ГС-1 и ГС-2 отмечались лишь единичные такие случаи – 4,8 и 2,4% соответственно). Таким образом, две трети численности выборки основной группы составили больные с низким и пограничным уровнем интеллектуального функционирования.

Таблица 3

Частотное распределение больных всех групп по степени (уровню) интеллекта, оцениваемого методикой Равена (в %)

№	Уровень интеллекта (в баллах методики)	ОГ (n=43)		ГС-1 (n=42)		ГС-2 (n=41)		Группы с достоверными различиями ($p < 0,05$)
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1	Высокая (55 баллов и выше)	0	0	0	0	0	0	
2	Выше среднего (49–54 балла)	3	7,0	10	23,8	12	29,3	ОГ – ГС-1, ГС-2;
3	Средний уровень (37–48 баллов)	18	41,9	21	50	21	51,2	
4	Ниже среднего (30–36 баллов)	15	34,9	9	21,4	7	17,1	ОГ – ГС-1, ГС-2;
5	Пограничная зона (24–30 баллов)	7	16,3	2	4,8	1	2,4	ОГ – ГС-1, ГС-2;

Кроме того, если в группе ОГ больные с показателем интеллекта выше среднего встречались буквально в единичных случаях, то в группах ГС-1 и ГС-2 они составили около четверти соответствующей выборки. Здесь также следует отметить и то обстоятельство, что по удельному весу больных с показателями интеллекта на пограничном уровне, а также зон ниже и выше среднего уровня группа ГС-1 занимала промежуточное положение между двумя другими (ОГ и ГС-2), достоверно различаясь лишь с основной группой, тогда как в сравнении с ГС-2 эти отличия не достигали статистической значимости.

Всё вышеизложенное в совокупности свидетельствует о существенно большей выраженности нарушений интеллектуально-когнитивного функционирования у больных с формированием психоза (с галлюцинаторной и галлюцинаторно-бредовой симптоматикой) на поздних этапах травматической болезни головного мозга.

Установление факта ведущей роли церебрального травматического процесса в снижении уровня интеллектуально-когнитивного функционирования у больных из основной группы (ОГ) при неочевидности такового у пациентов с комбинированной патологией (ГС-1) обусловило необходимость поиска ряда иных

факторов, непосредственно связанных с ЧМТ, с анализом их участия в развитии указанных нарушений. Среди таких факторов преимущество при исследовании получили два клинических фактора – тяжесть ЧМТ и сторона поражения головного мозга.

В связи с этим проводилось сопоставление больных из групп ОГ и ГС-1, различающихся показателями интеллекта и тяжестью ЧМТ. Результаты этого этапа, представленные в табл. 4, со статистической достоверностью демонстрируют тот факт, что наиболее низкий уровень интеллектуально-когнитивного функционирования фиксировался у пациентов группы ОГ с большей (средней) степенью тяжести ЧМТ, в отличие от тех пациентов этой же группы, кто перенёс лёгкую ЧМТ. Такие же отличия характерны и по сравнению с больными группы ГС-1, вне зависимости от степени тяжести их ЧМТ ($p < 0,05$). При этом в группе ГС-1 также наблюдались более низкие показатели интеллектуального функционирования у пациентов с более тяжелым вариантом ЧМТ в анамнезе, в сравнении с теми, кто перенёс лёгкие ЧМТ, однако эти данные не имеют статистически достоверного доказательства. Это обстоятельство, по нашему мнению, свидетельствует о существенных отличиях в церебральных механизмах нарушений интеллекту-

Таблица 4

Характеристики сопряженности тяжести перенесенной ЧМТ и уровня интеллектуального функционирования у больных с наличием ЧМТ в анамнезе

№	Уровень интеллекта	ОГ (n=43)				ГС-1 (n=42)				Достоверность межгрупповых различий ($p < 0,05$)
		Подгруппа 1		Подгруппа 2		Подгруппа 1		Подгруппа 2		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1	Высокий (55 баллов и выше)	0	0	0	0	0	0	0	0	
2	Выше среднего (49–54 балла)	0	0	3	7,0	4	9,5	6	14,3	ОГст – ГС1лт
3	Средний уровень (37–48 баллов)	5	11,6	13	30,2	11	26,2	10	23,8	ОГст – ОГлт, ГС1ст, ГС1лт
4	Ниже среднего (30–36 баллов)	9	20,9	6	14,0	5	12,0	4	9,5	ОГст – ГС1лт
5	Пограничная зона (24–30 баллов)	6	14,0	1	2,3	2	4,8	0	0	ОГст – ОГлт, ГС1лт

Примечание: Характеристики подгрупп в основной (ОГ) и первой группе сравнения (ГС-1):

подгруппа 1 ОГ – ЧМТ средней степени тяжести (n-29), ОГст; подгруппа 2 ОГ – ЧМТ лёгкой степени тяжести (n-14), ОГлт;

подгруппа 1 ГС-1 – ЧМТ средней степени тяжести (n-26), ГС1ст; подгруппа 2 ГС-1 – ЧМТ лёгкой степени тяжести (n-16), ГС1лт.

ально-когнитивного функционирования у больных с посттравматическими шизоформными психозами и с шизофренией, даже в тех случаях, где последняя была отягощена наличием ЧМТ в анамнезе.

Сравнительный анализ больных с различной гемилатерализацией мозгового поражения вследствие ЧМТ (из числа включенных в те же две группы ОГ и ГС-1), нашедший своё отражение в табл. 5, обнаружил в основной группе (ОГ) статистически достоверное преобладание пациентов с левосторонним поражением среди лиц с наиболее низким уровнем интеллектуально-когнитивного функционирования. Та же тенденция – превалирование больных с левополушарным поражением головного мозга – отмечается среди пациентов с комбинированной патологией (ГС-1) с относительно низким уровнем интеллектуально-когнитивного функционирования, но уровня статистической достоверности она не достигала.

Обсуждение результатов

Результаты сравнительного клинко-психопатологического и структурно-динамического анализа больных с галлюцинаторной и галлюцинаторно-бредовой симптоматикой различного генеза свидетельствуют о том, что у всех без исключения, пациентов основной группы с обусловленной ЧМТ психотиче-

ской шизофреноподобной симптоматикой галлюцинаторные проявления на протяжении всего заболевания были представлены одним из вариантов синдрома галлюциноза (органического, идеаторного или псевдогаллюциноза). У больных шизофренией с отягощённостью ЧМТ (ГС-1) этот синдром выявлялся значительно реже (более чем вдвое) при его полном отсутствии в группе шизофрении без дополнительной органической патологии (ГС-2). В двух последних группах галлюцинаторная симптоматика на момент обследования проявлялась преимущественно (ГС-1) или полностью (ГС-2) псевдогаллюцинаторным синдромом, а в дебюте заболевания у некоторых пациентов (примерно у трети их численности) фиксировались истинные галлюцинации, тогда как ни один из пациентов основной группы (ОГ) указанных синдромов не обнаруживал ни в настоящем, ни в прошлом.

Следует также отметить, что галлюциноз у пациентов из групп ОГ и ГС-1 заметным образом отличался по некоторым из своих клинико-феноменологических характеристик. Прежде всего по критичности по отношению к галлюцинаторным переживаниям, которая была практически полной у тех, кто входил в основную группу (ОГ), и лишь частичной у лиц из ГС-1. Другая характеристика – эмоциональная реакция больных, возникающая

Таблица 5

Характеристики сопряженности гемилатерализации поражения мозга при ЧМТ и уровня интеллектуального функционирования у больных с наличием ЧМТ в анамнезе

№	Степень интеллекта	ОГ (n-43)				ГС-1 (n-42)				Достоверность различий (p<0,05)
		Подгруппа 1		Подгруппа 2		Подгруппа 1		Подгруппа 2		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1	Высокая (55 баллов и выше)	0	0	0	0	0	0	0	0	
2	Выше среднего (49–54 балла)	3	7,0	0	0	6	14,3	4	9,5	ОГлг – ГС-1пг
3	Средний уровень (37–48 баллов)	12	27,9	6	14,0	11	26,2	9	21,4	ОГлг – ОГпг, ГС-1пг
4	Ниже среднего (30–36 баллов)	5	11,6	10	23,3	3	7,1	6	14,3	ОГлг – ОГпг, ГС-1пг
5	Пограничная зона (24–30 баллов)	1	2,3	6	14,0	0	0	3	7,1	ОГлг – ОГпг, ГС-1пг

Примечание: Характеристики подгрупп в основной (ОГ) и первой группе сравнения (ГС-1):

подгруппа 1 ОГ – ЧМТ правой гемисферы (n-21), ОГпг; подгруппа 2 ОГ – ЧМТ левой гемисферы (n-22), ОГлг;

подгруппа 1 ГС-1 – ЧМТ правой гемисферы (n-20), ГС1пг, подгруппа 2 ГС-1 – ЧМТ левой гемисферы (n-22), ГС-1л.

при появлении галлюцинаторной симптоматики – у обследуемых из группы ОГ обуславливалась исключительно самим фактом галлюцинирования, тогда как у пациентов группы ГС-1 в структуре аналогичного типа реагирования с достаточной яркостью были представлены и эмоциональные переживания, связанные с содержанием галлюцинаций.

Отдельного анализа заслуживают отмеченные в каждой из групп изучения случаи сочетания слуховых и зрительных галлюцинаций. Как уже указывалось выше (см. табл. 1), в группе ОГ сочетание слуховых и зрительных обманов фиксировалось исключительно редко. При этом ведущим всегда выступал зрительный органический галлюциноз, который и появлялся первым, и структурно был более выразителен по своему оформлению и содержанию. При этом слуховые нарушения носили вторичный характер, что выражалось как в их более поздней манифестации, так и в существенно меньшей дифференцированности и содержательности, а также меньшей яркости чувственного переживания. Последние, по сути, проявляя себя в качестве дополнительных к первым и обусловленных ими содержательно, исходя из современных воззрений на клинико-психопатологическую систематику обманов восприятия, представляли собой, как можно предположить, один из вариантов рефлекторных галлюцинаций, а именно слуховой рефлекторный галлюциноз, соответствующий всем приведенным выше характеристикам органического галлюциноза.

В группах сравнения (ГС-1 и ГС-2), где сочетание галлюцинаций различных модальностей фиксировалось значительно чаще, первичными всегда являлись слуховые галлюцинации, которые во всех случаях без исключения представляли собой псевдогаллюцинации. Но если зрительные галлюцинации, присоединившиеся к слуховым, у пациентов ГС-2 имели всё тот же исключительно псевдогаллюцинаторный характер, то у больных в ГС-1 структура зрительных обманов во всех случаях соответствовала идеаторному галлюцинозу.

Межгрупповые различия прослеживались и при изучении структурно-динамических особенностей нарушений мышления у больных исследуемых контингентов. Пациенты группы ОГ характеризовались большей контактностью и открытостью, сохранностью критики и отсутствием бредовых расстройств у боль-

шинства из них, а при формировании бреда (всегда на высоте галлюцинирования) он, как правило, отражал содержание галлюцинаций, отличаясь несистематизированностью и фрагментарностью своей структуры. Купирование галлюцинаторной симптоматики сопровождалось сравнительно быстрой редукцией бредовых расстройств и полным восстановлением критики. В то же время больные из групп ГС-1 и ГС-2 отличались более выраженной социальной отстранённостью, существенно сниженной или полностью отсутствующей критикой к своему состоянию, значительной систематизацией бреда.

Характерно, что экспериментально-психологическое исследование интеллектуально-когнитивного функционирования больных изучаемых контингентов зафиксировало наиболее низкие показатели такового в группе пациентов с посттравматической шизоформной симптоматикой. В существенно меньшей степени уровень интеллектуально-когнитивного функционирования оказался снижен у больных шизофренией без ЧМТ в анамнезе (ГС-2). Пациенты с сочетанной патологией – шизофренией отягощённой ЧМТ (ГС-1) – по соответствующим показателям занимали промежуточную позицию между двумя вышеозначенными группами.

Снижение уровня интеллектуально-когнитивного функционирования у больных из основной группы (ОГ) в значительной степени обуславливалось большей тяжестью ЧМТ и поражением доминантного (левого) полушария головного мозга. В группе пациентов с сочетанной патологией (ГС-1) также прослеживалось влияние вышеуказанных факторов, но они, не будучи определяющими, проявлялись лишь в виде тенденции, не достигавшей уровня статистической значимости. Данное обстоятельство, как мы полагаем, свидетельствует о существенных отличиях в церебральных механизмах нарушений интеллектуально-когнитивного функционирования у больных с посттравматическими шизоформными психозами и с шизофренией, даже в тех случаях, где последняя была отягощена наличием ЧМТ в анамнезе.

Заключение

Сравнительный клинико-феноменологический анализ структурно-динамических характеристик галлюцинаторной и галлюцинаторно-бредовой симптоматики у больных с

психозами травматического, эндогенного и сочетанного генеза, в комплексе с исследованием их интеллектуально-когнитивного функционирования, позволили выявить ряд существенных особенностей присущих каждой из групп изучения и различающих их между собой.

Итоговые результаты клинического (структурно-динамического) анализа свидетельствуют о том, что в группе больных с психотической шизофреноподобной симптоматикой, обусловленной ЧМТ (ОГ), наиболее типичным был синдром галлюциноза (идеаторного, органического или псевдогаллюциноза) и в гораздо меньшей степени бредовые расстройства, развивавшиеся на высоте галлюциноза (и то далеко не всегда), с относительно быстрой их редукцией и восстановлением критики после купирования галлюцинаторной симптоматики. Пациенты, входившие в группы сравнения (ГС-1 и ГС-2), отличались от основной группы (ОГ) наличием стойких бредовых расстройств (начальный этап формирования которых предшествовал развитию галлюцинаторной симптоматики), а также достаточно частой представленностью псевдогаллюцинаторного синдрома.

Экспериментально-психологическое исследование интеллектуально-когнитивного функционирования больных изучаемых групп зафиксировало наиболее заметное снижение такового у пациентов из основной группы (ОГ), что в наибольшей степени определялось тяжестью ЧМТ и поражением доминантного (левого) полушария, тогда как при шизофрении отягощённой ЧМТ подобной зависимости не прослеживалось. Последнее свидетельствует о существенных отличиях в церебральных механизмах нарушений интеллектуально-когнитивного функционирования у больных с посттравматическими шизоформными психозами и с шизофренией даже в тех случаях, где она была отягощена наличием ЧМТ в анамнезе.

Всё вышеизложенное свидетельствует о том, что, несмотря на существенное синдромальное сходство клинических проявлений у пациентов трёх исследуемых групп, структурно-динамический анализ присущей им психопатологической симптоматики, а также экспериментально-психологическое исследование их психических функций, включая интеллектуально-когнитивную, позволяет в значительной части случаев с достаточной достоверностью верифицировать соответствующий диагноз, объективизировать оценку жа-

лоб больных, способствовать решению задач экспертизы и прогноза. А это, в свою очередь, повышает возможности адресной подборки и реализации дифференцированных и эффективных лечебно-реабилитационных программ для данных контингентов больных с учетом их групповых и индивидуальных особенностей.

Литература

1. Блейхер, В.М. Патопсихологическая диагностика. / В.М. Блейхер, И.В. Круг. – Киев: Здоров'я, 1986. – 280 с.
2. Гордова, Т.Н. Отдалённый период закрытой черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте / Т.Н. Гордова. – М.: Медицина, 1973. – 175 с.
3. Даниелян, К.Г. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение резидуально органических психозов // Методические рекомендации / К.Г. Даниелян. – Ереван, 1990. – 43 с.
4. Иванец, Н.Н. Клиническая структура, динамика и судебно-психиатрическое значение идей ревности у лиц с остаточными явлениями закрытой черепно-мозговой травмы / Н.Н. Иванец // Вопросы клиники, патогенеза и судебно-психиатрической оценки психических заболеваний. – М., 1967. – С. 34-49.
5. Непомнящий, В.П. Роль изучения эпидемиологии черепно-мозгового травматизма в совершенствовании нейрохирургической помощи населению / В.П. Непомнящий, В.В. Ярцев, Л.Б. Лихтерман // Эпидемиология центральной нервной системы. – Л., 1989. – С. 4-9.
6. Рыбальский, М.И. Иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации. – М.: Медицина, 1989. – 536 с.
7. Смирнов, В.Е. Диагностический аспект проблемы поздних травматических психозов / В.Е. Смирнов // Труды Московского НИИ психиатрии Минздрава РСФСР. – М., 1979. – С. 110-123.
8. Стрельцова, Н.И. О дифференциальной диагностике посттравматических шизофреноподобных психозов и шизофрении / Н.И. Стрельцова, Б.А. Кувишинов, А.Б. Гусова // Неврология и психиатрия (Республиканский межведомственный сборник МЗ УССР) – Киев, 1989. – Вып. 18. – С. 85-88.
9. Черны, В. Тест Равена для взрослых // Компендиум диагностических методов / В. Черны, К. Колларик. – Братислава, 1988. – Т. 1. – С. 122-124.

10. Achte, K.A. *Psychoses following war brain injuries* / K.A. Achte, E. Hillbom, N. Aalberg // *Acta Psychiatrica scandinavica*. – 1969. – Vol. 45. – P. 1–18.

11. Breier, A. *Cognitive deficit in schizophrenia and its neurochemical basis* / A. Breier // *Br. J. Psychiatry*. – 1999. – Vol. 174, suppl. 37. – P. 16–18.

12. Liddle, P.F. *Schizophrenic syndromes, cognitive performance and neurological dysfunction* / P.F. Liddle // *Psychological Medicine*. – 1987. – Vol. 17. – P. 49–57.

13. Rizzo, M. *Head injury and post-concussive syndrome* / M. Rizzo, D. Tranel // *Churchill Livingstone*, 1996. – 533 p.

14. Saltuari, L. *Rehabilitation von Patienten nach schwerem Schadel-Hiru-Trauma* / L. Saltuari, G. Birbamer // *Intensivbehandlung*. – 1985. – Bd. 10, H. 3. – S. 108–116.

15. Schoenhuber, R. *Anxiety and depression after mild head injury: A case control study* / R. Schoenhuber, M. Gentilini // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 1988. – Vol. 51, № 5. – P. 722–724.

Сергеев Владимир Андреевич, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск); профессор кафедры клинической психологии, Южно-Уральский государственный университет (Челябинск), sevanpol@yandex.ru

Чернявский Ярослав Валерьевич, аспирант кафедры психиатрии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Челябинск), yavch@rambler.ru

Поступила в редакцию 17 июля 2017 г.

DOI: 10.14529/psy170304

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICAL FEATURES AND INTELLECTUAL AND COGNITIVE FUNCTIONING IN PATIENTS WITH THE SCHIZOPHRENIFORM PSYCHOTIC SYMPTOMATOLOGY IN THE REMOTE PERIOD OF THE CRANIOCEREBERAL TRAUMA AND WITH SCHIZOPHRENIA

V.A. Sergeev^{1,2}, sevanpol@yandex.ru

Ya.V. Chernyavskiy¹, yavch@rambler.ru

¹ South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation

² South Ural State University, Chelyabinsk, Russian Federation

The analysis of features of a hallucinative and hallucinatory-dilision symptomatology added with an experimental and psychological research of intellectual and cognitive functioning (by Raven's Scale of Progressive Matrices), at sick three groups – with shizofrenoform disorders of perception and thinking in the remote period of a craniocereberal trauma (CT) (43 patients), with schizophrenia of the complicated CT (42 patients) and with schizophrenia without burdens of CT (41 patients) is carried out comparative clinical (clinical and psychological and structural and dynamic). It was emphasized the clinical and psychodiagnostic criteria promoting increase in reliability of differential diagnostics in patients with the above-stated pathology. In the article we described intellectual and cognitive features of patients with shizofrenoform psychoses in the remote period of CT, with schizophrenia of the complicated CT and with schizophrenia without burdens of CT. It was analyzed possible mechanisms of violations of intellectual and cognitive functioning in these groups of patients.

Keywords: remote consequences of the craniocereberal trauma (CT), shizofrenoform frustration, structural and dynamic analysis, intellectual and cognitive functioning, "Raven's Scale of Progressive Matrices" test.

References

1. Bleykher V.M., Krug I.V. *Patopsikhologicheskaya diagnostika* [Pathological Diagnostics]. Kiev, Zdorov'ya Publ., 1986. 280 p.
2. Gordova T.N. *Otdalennyi period zakrytoy cherepno-mozgovoy travmy v sudebno-psikhiatricheskom aspekte* [A Distant Period of Closed Craniocerebral Trauma in the Forensic Psychiatric Aspect]. Moscow, Meditsina Publ., 1973. 175 p.
3. Danielyan K.G. *Klinika, differentsial'naya diagnostika i lechenie rezidual'no organicheskikh psikhozov* [Clinic, Differential Diagnosis and Treatment of Residual Organic Psychoses]. Erevan, 1990. 43 p.
4. Ivanets N.N. [Clinical Structure, Dynamics and Forensic Psychiatric Significance of Jealousy in Persons with Residual Phenomena of Closed Craniocerebral Trauma]. *Voprosy kliniki, patogeneza i sudebno-psikhiatricheskoy otsenki psikhicheskikh zabolevaniy* [Questions of the Clinic, Pathogenesis and Forensic Psychiatric Evaluation of Mental Illnesses]. Moscow, 1967, pp. 34–49. (in Russ.)
5. Nepomnyashchii V.P., Yartsev V.V., Likhтерman L.B. [The Role of Studying the Epidemiology of Craniocerebral Trauma in Improving Neurosurgical Care for the Population]. *Epidemiologiya tsentral'noy nervnoy sistemy* [Epidemiology of the Central Nervous System]. Leningrad, 1989, pp. 4–9. (in Russ.)
6. Rybal'skiy M.I. *Illyuzii, gallyutsinatsii i psevdogallyutsinatsii* [Illusions, Hallucinations and Pseudo-Hallucinations]. Moscow, Meditsina Publ., 1989. 536 p.
7. Smirnov V.E. [Diagnostic Aspect of the Problem of Late Traumatic Psychoses]. *Trudy Moskovskogo NII psikiatrii Minzdrava RSFSR* [Proceedings of the Moscow Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health RSFSR]. Moscow, 1979, pp. 110–123. (in Russ.)
8. Strel'tsova N.I., Kuvshinov B.A., Gusova A.B. *O differentsial'noy diagnostike posttravmaticheskikh shizofrenopodobnykh psikhozov i shizofrenii* [On the Differential Diagnosis of Post-traumatic Schizophrenia-like Psychoses and Schizophrenia]. *Nevrologiya i psikiatriya (Respublikanskiy mezhdvostvennyy sbornik MZ USSR)* [Neurology and Psychiatry]. Kiev, 1989, vol. 18, pp. 85–88. (in Russ.)
9. Cherny V., Kollarik K. *Test Ravena dlya vzroslykh* [The Raven's Test for Adults.]. *Kompendium diagnosticheskikh metodov* [Compendium of Diagnostic Methods]. Bratislava, 1988, pp. 122–124.
10. Achte K.A., Hillbom E., Aalberg N. Psychoses following war brain injuries. *Acta Psychiatrica scandinavica*, 1969, vol. 45, pp. 1–18. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1969.tb06197.x>.
11. Breier A. Cognitive deficit in schizophrenia and its neurochemical basis. *Br. J. Psychiatry*, 1999, vol. 174, suppl. 37, pp. 16–18.
12. Liddle P.F. Schizophrenic syndromes, cognitive performance and neurological disfunction. *Psychological Medicine*, 1987, vol. 17, pp. 49–57. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291700012976>.
13. Rizzo M., Tranel D. Head injury and postconcussive syndrome. Churchill Livingstone, 1996. 533 p.
14. Saltuari L., Birbamer G. Rehabilitation von Patienten nach schwerem Schadel-Hiru-Trauma. *Intensivbehandlung*, 1985, Bd. 10, H. 3, pp. 108–116.
15. Schoenhuber R., Gentilini M. Anxiety and depression after mild head injury: A case control study, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 1988, vol. 51, no. 5, pp. 722–724. DOI: <https://doi.org/10.1136/jnnp.51.5.722>.

Received 17 July 2017

ОБРАЗЕЦ ЦИТИРОВАНИЯ

Сергеев, В.А. Сравнительный анализ клинических особенностей и интеллектуально-когнитивного функционирования больных с шизофреноподобной психотической симптоматикой в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы и с шизофренией / В.А. Сергеев, Я.В. Чернявский // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2017. – Т. 10, № 3. – С. 43–53. DOI: 10.14529/psy170304

FOR CITATION

Sergeev V.A., Chernyavskiy Ya.V. The Comparative Analysis of Clinical Features and Intellectual and Cognitive Functioning in Patients with the Schizophreniform Psychotic Symptomatology in the Remote Period of the Craniocerebral Trauma and with Schizophrenia. *Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology*. 2017, vol. 10, no. 3, pp. 43–53. (in Russ.). DOI: 10.14529/psy170304