



DOI: 10.18413/2658-6533-2020-6-3-0-11

УДК 617.51-001-06: 616.89-008.441.13-08

Клинико-психологический анализ эмоционально-личностных расстройств у больных с отдалёнными последствиями черепно-мозговых травм, осложнённых и неосложнённых алкоголизмом

В.А. Сергеев^{1,2} , П.В. Сергеева³ , А.А. Патракова¹ 

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет», ул. Воровского, д. 64, г. Челябинск, 454092, Российская Федерация

² Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный университет (национальный исследовательский университет)», проспект Ленина, д. 76, г. Челябинск, 454080, Российская Федерация

³ Муниципальное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница № 2», проспект Ленина, д. 82, г. Челябинск, 454080, Российская Федерация

Автор для переписки: В.А. Сергеев (sevanpol@yandex.ru)

Резюме

Актуальность: Значимость и актуальность исследований нервно-психических нарушений в отдалённом периоде черепно-мозговых травм (ЧМТ) определяется высокой частотой как самих ЧМТ (1-4 на 1000 населения в год), так и их последствий (до 70-90%), при значительном разнообразии и недостаточной изученности таковых, нередко отягощённых хронической алкоголизацией. **Цель исследования:** Изучение роли ряда клинико-биологических и социально-психологических факторов в формировании эмоционально-личностных нарушений у больных с отдалёнными последствиями ЧМТ, осложнённых и неосложнённых алкоголизмом, с анализом церебральных и иных патогенетических механизмов их развития. **Материалы и методы:** Клинико-психопатологическим и экспериментально-психологическим (тест Розенцвейга) методами обследовано 256 больных (мужчин – 203, женщин – 53) на этапе отдалённых последствий ЧМТ. У 127 диагностировалась травматическая эпилепсия (выборка – 1), у 129 при схожести иных нервно-психических нарушений пароксизмальная эпилептическая симптоматика отсутствовала (выборка – 2). Каждая выборка включала две группы – без осложнённости алкоголизмом и с алкогольной отягощённостью. **Результаты:** Клинически эмоционально-личностные расстройства диагностировались в структуре двух основных синдромальных блоков – неврозоподобного и психопатоподобного – с близкой частой их выявления у больных с травматической эпилепсией без алкогольной

отягощённости и значительным преобладанием психопатоподобного у пациентов составивших три другие группы изучения. Исследование особенностей эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях тестом Розенцвейга выявило существенное снижение фрустрационной толерантности по всем диагностическим группам, с наибольшим их сходством при единстве этиопатогенетических факторов – сочетании ЧМТ с алкоголизмом или с ЧМТ без алкогольной отягощённости. Первые характеризовались более выраженной социальной дезадаптацией и повышенной требовательностью к своему окружению, вторые – большей слабостью и уязвимостью личности. **Заключение:** Нарушения эмоционально-личностного функционирования у лиц с отдалёнными последствиями ЧМТ, как неосложнёнными, так и осложнёнными алкоголизацией, имеют полифакторный генез с многоуровневостью и иерархичностью участвующих в этом процессе механизмов, каждый из которых соответствует одному из основных уровней – биологическому, психологическому и социальному. Анализ и учёт этих факторов позволяет раскрыть наиболее значимые «мишени» для лечебно-реабилитационных воздействий и, соответственно, повысить их эффективность.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма (ЧМТ); отдалённые последствия ЧМТ; алкоголизм; эмоционально-личностные расстройства; клинкопсихологическое исследование; «тест рисуночных ассоциаций Розенцвейга»

Для цитирования: Сергеев ВА, Сергеева ПВ, Патракова АА. Клиникопсихологический анализ эмоционально-личностных расстройств у больных с отдалёнными последствиями черепно-мозговых травм, осложнённых и неосложнённых алкоголизмом. Научные результаты биомедицинских исследований. 2020;6(3):417-433. DOI: 10.18413/2658-6533-2020-6-3-0-11

Clinical and psychological analysis of emotional and personality disorders in patients with long-term consequences of craniocerebral trauma complicated and uncomplicated by alcoholism

Vladimir A. Sergeev^{1,2} , Polina V. Sergeeva³ , Anastasiya A. Patrakova¹ 

¹ South Ural State Medical University,
64 Vorovsky St., Chelyabinsk, 454092, Russia

² South Ural State University,
76 Lenin Ave., Chelyabinsk, 454080, Russia

³ City Clinical Hospital № 2
82 Lenin Ave., Chelyabinsk, 454080, Russia

Corresponding author: Vladimir A. Sergeev (sevanpol@yandex.ru)

Abstract

Background: The importance and relevance of studies of neuropsychiatric disorders in the remote period of craniocerebral trauma (CCT) is determined by high incidence of both head injuries (1-4 per 1000 population per year) and their consequences (up to 70-90%), with their significant diversity and insufficient knowledge about them, often aggravated by chronic alcoholism. **The aim of the study:** To study the role of a number of clinical, biological and socio-psychological factors in the formation of emotional and personality disorders in patients with distant consequences of CCT, complicated and uncomplicated by alcoholism, with an analysis of cerebral and other pathogenic mechanisms of their development. **Materials and methods:** 256 patients (203 men, 53 women) at the stage of remote consequences of CCT were examined with the use of clinical and psychopathological and experimental psychological (Rosenzweig test) methods. Traumatic epilepsy was diagnosed in 127 patients (sample 1); in 129 patients paroxysmal epileptic symptoms were absent (sample 2), despite the similarity of other neuropsychic disorders. Each sample consisted of two groups – persons without addiction to alcohol and persons with alcohol addiction. **Results:** Clinically, emotional and personality disorders were diagnosed in the structure of two main syndromic blocks – neurosis-like and psychopathy-like – with a similar frequency of their detection in patients with traumatic epilepsy without alcohol addiction and a significant predominance of psychopathic block in patients composing three other study groups. The study of the characteristics of the emotional response in frustrating situations with the Rosenzweig test has revealed a significant decrease in frustration tolerance for all diagnostic groups, with the greatest similarity with the unity of etiopathogenetic factors – a combination of head injury with alcoholism or head injury without alcohol addiction. The former were characterized by more pronounced social maladaptation and increased demands on their environment, while the latter were characterized by greater personality weakness and vulnerability. **Conclusion:** Violations of emotionally-personal functioning in individuals with long-term consequences of CCT both uncomplicated and complicated by alcoholism, have a multifactorial genesis with multilevel and hierarchical pattern involved in the process of mechanisms, each of which corresponds to one of the basic levels – biological, psychological and social. The analysis and consideration of these factors can reveal the most significant “target” for the treatment and rehabilitation impacts and, consequently, to improve their effectiveness.

Keywords: craniocerebral trauma (CCT); distant consequences of CCT; alcoholism; emotional personality disorders; clinical and psychological study; “the Rosenzweig picture association test”

For citation: Sergeev VA, Sergeeva PV, Patrakova AA. Clinical and psychological analysis of emotional and personality disorders in patients with long-term consequences of craniocerebral trauma complicated and uncomplicated by alcoholism. *Research Results in Biomedicine*. 2020;6(3):417-433. Russian. DOI: 10.18413/2658-6533-2020-6-3-0-11

Введение. Медико-социальная и социально-психологическая значимость нервно-психических нарушений в отдалённом периоде черепно-мозговых травм (ЧМТ) определяется, прежде всего, высокой частотой как самих ЧМТ, фиксируе-

мых от 1 до 4 на 1000 населения в год [1, 2], так и их последствий, выявляемых в 70-90% случаев [2-4]. При этом исследователи, отмечая нарушения психических процессов и аффективной сферы, относительно стойкие расстройства интеллекту-

ально-мнестических функций, личности и поведения, а также высокую вероятность развития травматической эпилепсии – до 40% и выше [5, 6] – подчёркивают преобладание пограничного спектра нервно-психической патологии у данного контингента больных, с ведущим положением в структуре таковых эмоционально-личностных расстройств, в том числе и при травматической эпилепсии [2-8]. Существенным образом указанная проблематика у лиц трудоспособного возраста усугубляется фактором хронической алкогольной интоксикации, потенцирующей, по данным многих авторов, выраженность последствий ЧМТ и отмечаемой у значительной части лиц, перенесших церебральную травму [2, 9].

Генез посттравматической психопатологии пограничного спектра в целом и эмоционально-личностной в частности обусловлен сложным взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов. Изучение таковых (реализуемое на должном уровне лишь при условии объективизации экспериментально-психологическими методами исследования) наиболее плодотворно и перспективно в рамках концепции биопсихосоциальной парадигмы психического здоровья и психических расстройств, рассматривающей влияние указанных моментов, в их единстве и взаимосвязи, на уровень адаптации и компенсации больных [10]. Анализ соотношения этих факторов и роли каждого из них в развитии эмоционально-личностных расстройств, выявляемых в отдалённом периоде ЧМТ, следует отнести к одной из важнейших задач, решение которой во многом определяет возможности прогноза, разработки и реализации эффективных терапевтических и психокоррекционных программ, проведения всех видов экспертизы и психопрофилактики. При этом, исходя из многофакторности и многоуровневости взаимосвязей биологического, психологического и социального при расстройстве психической адаптации [11], для изучения роли того или иного фактора в формировании любых психиче-

ских нарушений в отдалённом периоде ЧМТ (и осложнённом, и неосложнённом алкоголизмом) целесообразным представляется привлечение сравнительного комплексного подхода с сочетанием клинических и экспериментально-психологических методов исследования различных групп больных, как объединяемых общностью исследуемого фактора, так и напротив, только по нему и различающихся.

Целью исследования, исходя из вышеизложенного, явилось изучение роли ряда клинико-биологических и социально-психологических факторов в формировании эмоционально-личностных нарушений у больных с отдалёнными последствиями черепно-мозговой травмы, осложнённой и неосложнённой алкоголизмом, с анализом церебральных и иных патогенетических механизмов их развития.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили результаты комплексного клинико-психологического обследования 256 больных (мужчин – 203, женщин – 53) на этапе отдалённых последствий ЧМТ. Из общего числа пациентов в 127 случаях диагностировалась травматическая эпилепсия (выборка – 1), а в остальных 129 при схожести иных нервно-психических нарушений пароксизмальная эпилептическая симптоматика отсутствовала (выборка – 2). В свою очередь каждая из них была представлена двумя группами – без осложнённости алкоголизмом (группы 1 и 2) и с алкогольной отягощённостью (группы 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 по каждой из групп составлял: в 1-й – $31,1 \pm 1,3$ года; во 2-й – $34,4 \pm 1,3$ года; в группе 1А – $41,3 \pm 1,4$ года; 2А – $38,7 \pm 1,0$ лет. Больные каждой из групп по уровню образования распределялись следующим образом: неполное среднее образование 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 исследования состояли в браке: в 1-й группе – 55% обследуемых; во 2-й – 67,7%; в 1А – 77,7%; в 2А – 66,6%.

Методы исследования включали: сравнительное клиническое изучение пограничной (непсихотической) психопатологической симптоматики; экспериментально-психологическое исследование особенностей эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях; статистические методы анализа результатов обследования.

Клинические методы были представлены клинико-психопатологическим, клинико-анамнестическим и клинико-динамическим.

Изучение особенностей эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации осуществлялось с помощью проективной экспериментально-психологической методики «Тест рисуночных ассоциаций» С. Розенцвейга, в модификации адаптировавшей его Н.В. Тарабриной [12]. Результаты тестирования методикой Розенцвейга всех изучаемых групп больных сопоставлялись друг с другом и с нормативными показателями выборки здоровых [12]. При этом оценивалась степень адаптации испытуемых к своему социальному окружению с помощью «Коэффициента социальной адаптации» (GCR), а также показатели направленности и типа фрустрационных реакций, что позволяло выявить определённые стереотипы эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях.

Статистическая обработка исходных данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ SPSS Statistics (версия 20) с использованием преимущественно методов непараметрической статистики (Манна-Уитни и Вилкоксона), а также дисперсионного, корреляционного и дескриптивного анализа.

Результаты и их обсуждение. Проведение соответствующей статистической процедуры не выявило каких-либо существенных различий между изучаемыми

группами больных по представленному выше возрастному и гендерному составу, что указывает на их достаточную сопоставимость. Заметное же преобладание лиц мужского пола в рассматриваемых группах соответствует клинической реальности и согласуется с литературными данными о более высоком уровне в мужской популяции церебрального травматизма и алкоголизма. Данные об уровне образования обследуемых и их семейном положении также свидетельствуют о близости по этим показателям состава исследуемых групп и, следовательно, их сопоставимости.

Церебральный травматизм по своему генезу чаще всего являлся бытовым (составляя в группе 1 – 72,5%, во 2-й – 73,4%, 1А – 83,1%, 2А – 81,5%), значительно 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%) – соответственно. В подавляющем большинстве случаев ЧМТ имела закрытый характер (88,7%, 87,5%, 96,9%, 98,5% – соответственно). Во всех четырёх 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%) – соответственно. Каких-либо значимых межгрупповых различий по генезу ЧМТ, их характеру и тяжести не обнаружилось, что также свидетельствует о сопоставимости изучаемых контингентов.

Вместе с тем, в процессе клинико-анамнестического обследования выявились и определённые различия между группами по ряду параметров. Так, если в трёх группах из четырёх показатели среднего возраста травматизации больных были весьма близки ($27,0 \pm 1,2$ лет – во 2-й; $33,0 \pm 0,9$ года – в 1А; $31,4 \pm 0,8$ года – в 2А), то в 1-й группе он был существенно более ранним ($15,5 \pm 1,8$ лет), что с высокой достоверностью различало её с остальными ($p < 0,001$). Более ранней ЧМТ, несомненно, обуславливалась и значительно большая продолжительность травматического про-

цесса у больных из группы 1 ($17,9 \pm 1,9$ лет), при существенно меньшей величине данного показателя в трёх других (2 – $7,3 \pm 0,9$ лет; 1А – $8,3 \pm 0,6$ лет; 2А – $7,4 \pm 0,5$ лет), что также весьма значимо отличало их от 1-й ($p < 0,001$).

По клинико-анамнестическим данным алкогольная зависимость у пациентов из группы 1А сформировалась в заметно более молодом возрасте ($27,5 \pm 0,8$ лет) относительно тех, кто входил в группу 2А ($31,1 \pm 1,0$ год), а показатель давности алкоголизма в первой из них был вдвое больше, чем во второй ($13,8 \pm 0,8$ и $6,8 \pm 0,4$ лет – соответственно), что с высокой статистической достоверностью различало их между собой ($p < 0,001$).

Таким образом, присущие больным группы 1 травматизация мозга преимущественно в молодом (пубертатном) возрасте и большая продолжительность травматической болезни, указывают на значимую роль этих факторов в развитии травматической эпилепсии у лиц не имеющих алкогольной отягощённости, как и более раннее формирование алкогольной зависимости и большая её давность в появлении эпилептических пароксизмов при комбинированной (алкогольно-травматической) патологии у больных группы 1А. Помимо этого было установлено, что у больных группы 1А мозговая травма приходилась, как правило, на 2-ю стадию алкоголизма и реже при переходе от 1-й к 2-й стадии, тогда как у входивших в группу 2А она отмечалась исключительно на начальных этапах формирования алкогольной зависимости – донологического злоупотребления алкоголем или становления 1-й стадии алкоголизма.

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).

Клиническое исследование эмоционально-личностных расстройств у больных с отдалёнными последствиями ЧМТ, как с отягощённостью алкоголизмом, так и без таковой, проводилось с выделением, в соответствии с данными литературы [1, 2, 4] и собственными исследованиями [13], следующих основных (стабильно диагностируемых) при данной патологии синдромальных блоков: эмотивной лабильности неврозоподобного и психопатободобного синдромов. Представленность перечисленных синдромальных блоков и их клинических вариантов, по каждой из групп изучения, наглядно отображены в таблице 1. Здесь же следует отметить, что формирование всех этих синдромов происходило на фоне астенической (церебрастенической) симптоматики разной степени выраженности, являвшейся «сквозным» нарушением всех этапов травматической болезни головного мозга.

В наибольшей степени с астенией были взаимосвязаны неврозоподобные расстройства, которые формировались на основе церебрастенической симптоматики, по сути, «кристаллизуются» из неё и проявлялись в виде одного из ведущих синдромов – астено-невротического, тревожно-депрессивного, фобического, ипохондрического и истерического. Сопоставление изучаемых групп по частоте выявления перечисленных невротических (неврозоподобных) синдромов, каких-либо статистически значимых различий не обнаружено. Но вместе с тем, для каждой из них была зафиксирована определённая предпочтительность тех или иных синдромов, среди которых астено-невротический синдром выступал как ведущий или один из ведущих. При травматической эпилепсии без отягощённости алкоголизмом (группа 1) по преимуществу диагностировались тревожно-депрессивный, фобический и несколько реже астено-

невротический синдромы. Обследуемых с пароксизмальными последствиями ЧМТ, манифестировавших на фоне алкоголизма (группа 1А), отличали более высокая частота астено-невротического и тревожно-депрессивного синдромов. Среди больных с последствиями ЧМТ неэпилептического характера без алкоголизации (группа 2) ведущим являлся астено-невротический

синдром, вдвое превышавший частоту выявления иных невротических синдромов. Пациенты с отдалёнными последствиями ЧМТ непароксизмального характера, осложнёнными алкогольной зависимостью (группа 2А), характеризовались относительным полиморфизмом невротических нарушений при некотором преобладании астено-невротического синдрома.

Таблица 1

Частота выявления эмоционально-личностных расстройств (%)

Table 1

Incidence of emotional and personal disorders (%)

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	

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

Note: ¹ Indicators of the level of statistical reliability: * – p<0.05; ** – p<0.01; *** – p<0.001

Если по частоте выявления отдельных клинических вариантов неврозоподобного синдрома различия между изучаемыми группами больных не достигали уровня статистической достоверности, то по представленности в них пациентов с наличием любого из выше рассмотренных неврозоподобных расстройств таковая уже явно прослеживалась. Указанная психопатология фиксировалась с существенным преобладанием у больных из групп 1, 2 и 1А (от 45% до 58%), тогда как в группе 2А она регистрировалась значительно реже (менее чем у 30%), что статистически значимо отличало последнюю от трёх других (p<0,05).

С неврозоподобными расстройствами смыкался и столь же тесно взаимосвязан-

ный с церебрастенической симптоматикой синдром эмоциональной лабильности, проявлявшейся неустойчивостью аффективного тонуса в связи с психогенными и соматогенными поводами. Данная симптоматика, фиксируясь заметно чаще (не менее чем в полтора раза) у больных групп 1А и 2А, в сравнении с группами 1 и 2, весьма близко к статистически значимому уровню различала их между собой (0,05<p<0,1).

Сравнительный межгрупповой анализ психопатоподобных расстройств проводился по той же схеме, что и неврозоподобных – их целостной оценке по каждой из групп, а также по ведущим клиническим вариантам (эксплозивному, дистимическому, истероидному, психастеническо-

му и апатическому). Психопатоподобные расстройства во всех группах изучения с наибольшей частотой были представлены взрывным вариантом синдрома с бурными, но кратковременными аффективными разрядами, нередко имеющими «астеническую концовку». Дистимический синдром, занимавший вторую позицию по частоте выявления, проявлялся у больных рассматриваемых групп сочетанием склонности к колебаниям настроения по малозначительным поводам с повышенной возбудимостью и раздражительностью, при тесной связи этой симптоматики у лиц с алкогольной зависимостью со стержневым симптомом алкоголизма – влечением к алкоголю. Прочие клинические варианты психопатоподобного синдрома во всех исследуемых группах регистрировались значительно реже (особенно психастенический), не дифференцируя их на статистически значимом уровне, но при некотором превалировании у пациентов из групп 1А и 2А, относительно двух других групп, апатических изменений личности ($0,05 < p < 0,1$). Психопатоподобный синдром в целом (во всей совокупности клинических вариантов) фиксировался в каждой из исследуемых групп с достаточно высокой частотой (от 52% до 66%), не различая их между собой на статистически значимом уровне.

Таким образом, сравнительный клинический анализ эмоционально-личностных нарушений у больных с различными проявлениями отдалённых последствий ЧМТ, осложнённых и неосложнённых алкоголизмом, позволил выявить некоторые отличия между изучавшимися группами. Но отличия эти, будучи весьма относительными, проявлялись лишь при сопоставлении изучаемых групп в целом, без достаточно чёткой детерминированности таких различий по каким-либо симптомам, синдромам или их комплексам. Всё это обуславливает необходимость привлечения экспериментально-психологических методов для изучения структурных особенностей эмоционально-личностных рас-

стройств и механизмов их развития у больных изучаемых контингентов.

Экспериментально-психологическое исследование эмоционально-личностной патологии у больных с отдалёнными последствиями ЧМТ с отягощённостью алкоголизмом и без таковой, осуществлялось с помощью теста рисуночных ассоциаций Розенцвейга, позволяющего проанализировать особенности эмоционального реагирования обследуемых во фрустрирующих ситуациях.

Итоговые результаты тестирования методикой Розенцвейга, представленные в таблице 2, свидетельствуют о том, что все четыре исследуемые группы больных в сравнении с нормативной выборкой характеризуются сниженным уровнем фрустрационной толерантности, проявляющейся в статистически достоверно низких показателях социальной адаптации и способности к адекватному разрешению конфликтов, расцениваемых зачастую как угроза собственному “Я”, при заметном преобладании внешнеобвинительных реакций. В значительной своей части отличаются они и недостаточной адекватностью самооценки, что находит своё отражение в редкости самообвинительных реакций (реакций самокритики), прежде всего у больных с последствиями ЧМТ без эпилептиформных проявлений (группы 2 и 2А), а также при травматической эпилепсии неосложнённой алкоголизмом (группа 1), тогда как у больных с травматической эпилепсией осложнённой алкоголизмом (группа 1А) этот показатель близок к нормативному.

Результаты исследования, отражённые в таблице, фиксируют также усиление безобвинительных реакций у больных без алкогольной отягощённости (группы 1 и 2) при близких к норме показателях (группа 2А) и даже ниже таковых (группа 1А) там, где последствия ЧМТ осложнены хронической алкоголизацией. Кроме того, больным первых двух групп (1 и 2) присуща значительная выраженность самозащитных реакций, относительно как нормативной выборки, так и групп с последствиями ЧМТ осложнённых алкоголизмом (1А и

2А), выявляющих, наряду с низкими показателями данного типа реагирования, усиление реакций направленных на выход из фрустрирующей ситуации, но не имеющих

при этом адаптивной направленности, что проявляется в самых низких оценках коэфициента социальной адаптации по этим группам.

Таблица 2

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

Table 2

Indicators of frustration reactions (%) in patients of the study groups and healthy patints (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***; 1А – 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	2А – 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***

Примечание: ¹ Показатели уровня статистической достоверности: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001
Note: ¹ Indicators of the level of statistical reliability: * – p<0.05; ** – p<0.01; *** – p<0.001

С целью поиска взаимосвязи между особенностями эмоционального реагирования больных исследуемых групп и рядом клинико-биологических факторов (возрастом травматизации мозга, её тяжестью и давностью, возрастом манифестации эпилептического процесса, его продолжительностью и частотой эпилептических пароксизмов, а также клинико-динамическими характеристиками хронического алкоголизма) по каждой из групп проводился соответствующий анализ.

В группе травматической эпилепсии без алкогольной отягощённости (группа 1) тяжесть ЧМТ, возраст, в котором она была получена, и её давность связи с результатами исследования не проявляли, также

как и возраст манифестации эпилептического процесса. Высокая частота эпилептических пароксизмов (2-3 в месяц и чаще) сопровождалась усилением безобвинительных реакций (r=0,32; p<0,05) и нарастанием прикованности внимания к фрустрирующим ситуациям (r=0,36; p<0,05), что сопровождалось некоторым снижением самозащитного типа реагирования (r=0,3; p<0,05), остававшегося, тем не менее, достоверно выше нормативного уровня. Отмечено также существенное уменьшение самообвинительных реакций по мере увеличения продолжительности эпилептического процесса (r=0,33; p<0,05), что указывает на снижение самокритики у данной категории больных.

Больные с последствиями ЧМТ без пароксизмальной симптоматики и без алкоголизации (группа 2) перенесшие травму в молодом возрасте (до 25 лет) отличались крайней редкостью самообвинительных реакций и реакций направленных на выход из фрустрирующих ситуаций, при значительном усилении прикованности внимания к таковым ($r=0,32$; $p<0,05$), что свидетельствует о недостаточно адекватной самооценке и низкой способности к разрешению конфликтных ситуаций при повышении идей препятствия. Большой тяжести травматического процесса сопутствовало более выраженное снижение показателя социальной адаптации ($r=0,34$; $p<0,05$). Давность же травматизации не обнаружила значимой взаимосвязи с результатами тестирования.

Лица с посттравматическими эпилептическими пароксизмами, появляющимися на фоне хронического алкоголизма (группа 1А), перенесшие относительно лёгкие ЧМТ, характеризовались повышенным уровнем внешнеобвинительного реагирования при сниженных самообвинительном ($r=0,4$; $p<0,01$) и безобвинительном ($r=0,46$; $p<0,01$), а также усиленной фиксацией на препятствии ($r=0,42$; $p<0,01$) и более низкими показателями социальной адаптации ($r=0,5$; $p<0,001$), что указывает на конфликтность, неадекватность самооценки, повышение идей препятствия и низкую адаптированность к своему социальному окружению. В подгруппе с последствиями более тяжёлых ЧМТ отмечено усиление самозащитного реагирования ($r=0,3$; $p<0,05$) и некоторое снижение реакций направленных на разрешение конфликтных ситуаций ($r=0,38$; $p<0,01$). Возраст ЧМТ, её давность, как и возраст манифестации эпилептического процесса, его продолжительность и частота эпилептических пароксизмов, какого-либо значимого влияния на результаты тестирования по данной группе не обнаружили.

Больные с последствиями ЧМТ неэпилептического характера и хроническим алкоголизмом (группа 2А) с более тяжёлыми травмами в анамнезе отличались су-

щественным снижением коэффициента социальной адаптации ($r=0,5$; $p<0,001$), реакций безобвинительном направленности ($r=0,3$; $p<0,05$) и самокритики ($r=0,3$; $p<0,05$), при повышенном уровне внешнеобвинительного реагирования ($r=0,45$; $p<0,01$) и усиленной фиксации внимания на фрустрирующей ситуации ($r=0,46$; $p<0,01$). Тем же, кто перенёс относительно лёгкие ЧМТ была присуща большая выраженность самозащитного реагирования ($r=0,33$; $p<0,05$) и снижение реакций направленных на разрешение фрустрирующих ситуаций ($r=0,44$; $p<0,01$). Данная группа характеризовалась значительной представленностью внешнеобвинительных реакций у перенесших травму в возрасте старше 25 лет и при большей её давности ($r=0,37$; $p<0,01$), определявшей также заметное снижение выраженности безобвинительного реагирования ($r=0,38$; $p<0,01$). Меньшая же давность ЧМТ коррелировала с более высоким уровнем самозащитного реагирования и низким показателем адаптированности в социальном окружении ($r=0,39$; $p<0,01$). Высокий уровень внешнеобвинительного реагирования у этих больных обнаружил прямую зависимость от продолжительности алкоголизации и сроков формирования основных клинических проявлений хронического алкоголизма, прежде всего алкогольного абстинентного синдрома ($r=0,32$; $p<0,05$), большая давность которого на значимом уровне обуславливала и усиление реакций с фиксацией на препятствии ($r=0,35$; $p<0,05$).

В ходе настоящего исследования, наряду с изучением роли клинко-биологических факторов в формировании особенностей эмоционально-личностного реагирования больных изучаемых групп, оценивалось также влияние ряда социально-психологических моментов – уровня образования, учебно-трудовой деятельности, социально-профессионального и семейного статуса. Поиск взаимосвязей между ними обнаружил наличие таковых, прослеживаемых на статистически значимом уровне по ряду параметров в трех из четырех рассматриваемых групп. При

травматической эпилепсии неосложненной алкоголизацией (группа 1) наиболее существенное значение в этом плане имел фактор изменения социально-профессионального статуса, снижение которого сопровождалось усилением внешнеобвинительных реакций ($r=0,37$; $p<0,01$), тогда как его сохранности (а в ряде случаев и повышению) соответствовал более высокий уровень безобвинительного реагирования ($r=0,3$; $p<0,05$). Больные с последствиями ЧМТ непароксизмального характера и без алкогольной отягощенности в анамнезе (группа 2), имевшие относительно низкий уровень образования, обнаружили усиление самозащитных реакций ($r=0,35$; $p<0,05$), а также ухудшение показателей социальной адаптации ($r=0,32$; $p<0,05$) и большую выраженность самообвинительного реагирования ($r=0,3$; $p<0,05$) при ограничении или снижении уровня учебно-трудовой деятельности. В группе последствий ЧМТ неэпилептического характера осложненных хроническим алкоголизмом (группа 2А) выявилось значимое усиление безобвинительных ($r=0,33$; $p<0,05$) и самозащитных ($r=0,32$; $p<0,05$) реакций при меньшей выраженности идей препятствия ($r=0,3$; $p<0,05$) у больных с ухудшением внутрисемейных отношений, распаде семьи, или трудностями в ее создании.

В целом результаты сравнительного клинико-психологического изучения больных с различными проявлениями отдаленных последствий ЧМТ, осложненных алкоголизмом и без такового, свидетельствуют о том, что все они характеризуются значительным сходством выявляемых у них эмоционально-личностных нарушений. По итогам же экспериментально-психологического исследования тестом Розенцвейга, наряду с общими для них чертами эмоционального реагирования во фрустрирующих ситуациях, существенно отличающимися их от здоровых, выявился и ряд специфических особенностей, различавший изучаемые группы пациентов между собой. Весь контингент больных, объединяемый наличием общего признака –

органической мозговой патологии – характеризуется недостаточной социальной адаптацией и сниженной способностью к адекватному разрешению конфликтных ситуаций. Большею частью из них присуще заметное преобладание внешнеобвинительных реакций и редкость самообвинительных, что может указывать на неадекватность самооценки, проявляющуюся низкой самокритичностью и завышенной требовательностью к окружающим.

Из особенностей эмоционального реагирования, отличающих одну группу от другой, следует отметить большую выраженность безобвинительных и самозащитных реакций у больных с различными последствиями ЧМТ неосложненных хронической алкоголизацией (группы 1 и 2). У больных же с патологией комбинированного (интоксикационно-травматического) генеза (группы 1А и 2А) сравнительно низкие уровни безобвинительного и самозащитного реагирования сочетаются с достаточно высокими показателями реакций нацеленных на выход из проблемных ситуаций. Но последние, при этом, не имеют адаптивной направленности, о чем свидетельствуют самые низкие оценки социальной адаптации, выявляемые у пациентов из данных групп.

Особого внимания заслуживает тот факт, что вся совокупность изучаемых контингентов больных по результатам тестирования с достаточной определенностью разделилась на две части. Первую составили пациенты с травматической эпилепсией и иными последствиями ЧМТ без алкогольной отягощенности (группы 1 и 2), не обнаружившие межгрупповых различий ни по одному из тестовых показателей. Лишь при внутригрупповом анализе отмечены некоторые отличия, заключающиеся в неоднозначной роли отдельных клинических и социально-психологических факторов в их воздействии на те или иные особенности эмоционального реагирования. Так фактор возраста травматизации мозга, проявивший связь с рядом показателей фрустрационных реакций у больных с последствиями ЧМТ неэпилеп-

тического характера, не обнаружил таковой при травматической эпилепсии, где большее значение имела частота пароксизмов. Вероятнее всего данное различие обусловлено сглаживающим воздействием временного фактора (в группе травматической эпилепсии травматизация мозга имела большую давность), а также дополнительным влиянием самого эпилептического процесса. Особенности течения этого процесса и выраженностью пароксизмальной симптоматики в значительной мере определяются и изменения социально-профессионального статуса, проявившего четкую взаимозависимость с рядом характеристик эмоционально-личностного реагирования у данной категории больных. Последнее, со всей очевидностью, свидетельствует о значимой роли реакций личности на наличие пароксизмальной симптоматики, а также на социальные и профессиональные ограничения, возникающие в связи с болезнью, в формировании устойчивых стереотипов эмоционального реагирования при травматической эпилепсии.

Вместе с тем, значительное сходство (а по сути, идентичность) результатов тестирования методикой Розенцвейга двух вышеозначенных групп, объединяемых общностью этиологии патологического процесса (травмой головного мозга), но весьма существенно разнящихся феноменологически (по наличию или отсутствию эпилептических пароксизмов), позволяет предполагать участие общих церебральных механизмов формирования эмоциональных нарушений у больных этих столь различающихся по клиническим проявлениям групп. По данным ряда исследований и эмоциональные, и другие нервно-психические нарушения отдаленного периода закрытой ЧМТ обусловлены, главным образом, последствиями её коммоционной составляющей – микроструктурными изменениями мозговой ткани (на межнейрональном, нейрональном, субклеточном и молекулярном уровнях) – с преимущественной концентрацией таковых в области ретикулярной формации мозгового

ствола, гипоталамо-мезенцефальных структур, лимбической системы, а также медиобазальных отделов лобных и височных долей [14, 15], относимых к так называемым эмоциогенным зонам мозга. Некоторыми авторами при этом отмечается большая устойчивость правого полушария к повреждающим воздействиям травмы и меньшая левого [16, 17].

Вторая составляющая общегрупповой совокупности исследуемых объединила больных с последствиями ЧМТ эпилептического и неэпилептического характера осложнённых хроническим алкоголизмом (группы 1А и 2А). Эти группы, отличаясь на статистически значимом уровне от двух предыдущих по ряду показателей теста Розенцвейга (как уже отмечалось выше), по некоторым из них разнились также и между собой, хотя в целом были достаточно близки друг другу. Различия между ними проявлялись в более редких реакциях самообвинения и фиксации внимания на препятствии в проблемных ситуациях у пациентов с последствиями ЧМТ неэпилептического характера (группа 2А), относительно тех, кто выявлял пароксизмальную симптоматику (группа 1А), а также в сопоставлении с нормативной выборкой, что указывает на неадекватную самооценку и игнорирование трудностей присущих ситуациям фрустрации (в том числе и вполне реальных) у данной категории больных. Еще одно отличие, заключавшееся в снижении уровня безобвинительного реагирования у больных с пароксизмальной симптоматикой (группа 1А), может свидетельствовать о большей выраженности у них эмоционального напряжения.

Выявляемые тестом Розенцвейга особенности эмоционального реагирования в группах больных с последствиями ЧМТ осложнённых алкоголизмом, с их различиями, как между собой, так и с теми группами, где церебральная травма не была отягощена алкоголизацией, по нашему мнению, есть результат взаимодействия определенного комплекса психологических, средовых и биологических факторов, среди которых (наряду с рассмотренными

выше) существенная роль принадлежит изменениям функционального состояния мозговых структур вследствие хронической алкогольной интоксикации. Данное положение основывается не только на результатах настоящего исследования, но и на анализе ряда публикаций, свидетельствующих о том, что у больных хроническим алкоголизмом на фоне общего снижения функционального состояния мозга, включая стволовые структуры [18], выявляется отчетливая дисфункция правой гемисферы и изменения характера межполушарных взаимоотношений с доминированием правого полушария [19]. Согласно современным представлениям правое полушарие в большей степени, чем левое, участвует в мозговом обеспечении эмоционального реагирования, с чем связывают и более высокую «общую эмоциональность» при его доминировании, а при тех или иных поражениях большую частоту и выраженность эмоциональных нарушений, лабильность эмоциональных реакций, неспособность к эмоциональному контролю [20]. Высокой эмоциональностью обуславливается и аффективная логика мышления, проявляющаяся в выборе крайних вариантов оценки действительности, что в конкретной ситуации может определяться многими факторами, в том числе различными ситуационно-средовыми моментами, а также наличием или отсутствием пароксизмальной или какой-либо иной достаточно выраженной неврологической симптоматики. Именно этот механизм, как мы полагаем, и нашел свое отражение в межгрупповых различиях результирующих показателей теста Розенцвейга у больных с комбинированной (интоксикационно-травматической) патологией мозга.

С вышеизложенными представлениями о мозговых механизмах эмоциональных нарушений при алкоголизме во многом согласуются и результаты иных экспериментально-психологических исследований указанного контингента больных. Показательна в этом отношении работа, посвященная изучению эмоциональных особенностей больных алкоголизмом с помо-

щью методики К. Изарда, выявившая у обследуемых, в сравнении с нормативной выборкой, как большую выраженность чувства вины и стыда, так и более интенсивное переживание радости [21]. По мнению авторов публикации, причиной большей выраженности эмоциональных состояний стыда и вины у больных алкоголизмом является атмосфера осуждения со стороны социального окружения, тогда как большая интенсивность эмоций радости вызвана алкогольной деградацией эмоциональной сферы и личности в целом. Не отвергая принципиальной возможности участия перечисленных факторов в формировании этих эмоциональных особенностей у больных алкоголизмом, мы полагаем, что присущая им столь ярко выраженная поляризация эмоциональных состояний, с учетом вышеуказанных литературных данных и результатов настоящего исследования, убедительно свидетельствует о куда более существенной или даже ключевой роли в этом процессе иных, сугубо мозговых механизмов – дисфункции правой гемисферы и изменения характера межполушарных взаимоотношений.

Заключение. Итоги анализа всей совокупности представленных выше данных можно резюмировать в следующих, взаимосвязанных причинно-следственными отношениями, положениях. Первое – в формировании стереотипов эмоционального реагирования, отражающих своеобразие эмоционально-личностных нарушений у больных с отдаленными последствиями ЧМТ без отягощенности алкоголизмом, значительная роль принадлежит поражению, так называемых, эмоциогенных зон мозга (лимбикоретикулярного комплекса и медиобазальных структур височных и лобных долей). Второе – изменения в эмоциональной сфере больных с различного рода последствиями ЧМТ осложнённых хроническим алкоголизмом обусловлены преимущественно нарушениями со стороны правополушарных структур. Третье – еще одним мозговым механизмом, определяющим эмоционально-личностные расстройства у больных с изучаемой патоло-

гией, наряду с вышеозначенными и состоящими с ними в тесной функционально-динамической взаимосвязи, является изменение характера межполушарных взаимоотношений с развитием доминирования правого полушария, детерминированное главным образом хронической алкогольной интоксикацией, но также и относительно большей устойчивостью к повреждающим воздействиям ЧМТ правой гемисферы мозга и меньшей левой. Четвертое – взаимодействие травматического поражения головного мозга и хронического алкоголизма потенцирует дисфункцию эмоциональной сферы, что характеризуется еще большим увеличением «общей эмоциональности» и лабильности аффективных реакций, дальнейшим снижением способности к эмоциональному контролю. Пятое – большей выраженности эмоциональных расстройств, при сочетанности рассматриваемых патологических процессов, присуще и соответствующее усиление аффективной логики мышления, проявляющаяся в росте тенденции к выбору наиболее крайних вариантов в оценке действительности, знаковое значение которой (позитивное или негативное) определяется уже влиянием различных биологических, психологических и социальных факторов в их взаимодействии, что и обуславливает формирование индивидуальных и групповых особенностей эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации у данного контингента больных.

Таким образом, результаты настоящего исследования с достаточной наглядностью демонстрируют полифакторный генез эмоционально-личностных нарушений и особенностей эмоционального реагирования у больных с последствиями ЧМТ как неосложненных, так и осложненных хроническим алкоголизмом, а также, с учетом данных литературы, свидетельствуют о многоуровневости и иерархичности участвующих в этом процессе механизмов, каждый из которых соответствует определенному подуровню одного из основных уровней – биологического (церебрального), психологического и социаль-

ного. Анализ и учет этих факторов и механизмов взаимодействия в формировании тех или иных нарушений эмоциональной 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, а значит и повышения их эффективности.

Информация о финансировании

Финансирование данной работы не проводилось.

Financial support

No financial support has been provided for this work.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests

The authors have no conflict of interest to declare.

Список литературы

1. Доброхотова ТА, Зайцев ОС, Ураков СВ. Психические нарушения при черепно-мозговой травме. В: Нейропсихиатрия. 2 изд. М.: Бином; 2014:132-164.
2. Рэо В. Травматическое поражение мозга. В: Ликетсоса КГ, Рэбинса ПВ, Липси ДР, и др. редакторы. Психиатрические аспекты неврологических заболеваний: Подходы к ведению больных. М.: МЕДпресс-информ; 2017:79-92.
3. Казаков ВЕ. Факторы риска психических нарушений в отдалённом периоде черепно-мозговой травмы. Международный неврологический журнал. 2013;7(61):169-171.
4. Лихтерман ЛБ, Потапов АА, Клевню ВА, и др. Последствия черепно-мозговой травмы. Судебная медицина. 2016;2(4):4-20. DOI: <https://doi.org/10.19048/2411-8729-2016-2-4-4-20>
5. Макаров АЮ. Посттравматическая эпилепсия: диагностика и клинические варианты. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001;101(6):7-11.

6. Марш Л. Эпилепсия. В: Ликетсоса КГ, Рэбинса ПВ, Липси ДР, и др. редакторы. Психиатрические аспекты неврологических заболеваний: Подходы к ведению больных. М.: МЕДпресс-информ; 2017:137-158.

7. Bramlett HM, Dietrich WD. Long-term consequences of traumatic brain injury: Current status of potential mechanisms of injury and neurological outcomes. *Journal of Neurotrauma*. 2015;32(23):1834-1848. DOI: <https://doi.org/10.1089/neu.2014.3352>

8. Roy D, Vaishnavi S, Han D, et al. Correlates and prevalence of aggression at six months and one year after first-time traumatic brain injury. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2017;29(4):334-342. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.16050088>

9. Полищук НЕ. Черепно-мозговая травма при алкогольной интоксикации. В: Коновалов АН, Лихтерман ЛБ, Патопов АА, редакторы. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. М.: Антидор; 2001;2:659-669.

10. Незнанов НГ, Акименко МА, Коцюбинский АП, Школа В.М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме. Том 1. Этапы развития. СПб.: ВВМ; 2017.

11. Ломов БФ. Методологические и теоретические проблемы психологии. М.: Директ-Медиа; 2008.

12. Тарабрина НВ. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: Методические рекомендации. Л.: изд. НИИ им. В.М. Бехтерева; 1984.

13. Сергеев ВА. Сравнительное клинико-психологическое исследование больных с отдалёнными последствиями черепно-мозговой травмы, осложнёнными алкогольной зависимостью [диссертация]. СПб.; 2006.

14. Grossman EJ, Inglese M. The role of thalamic damage in mild traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*. 2016;33(2):163-167. DOI: <https://doi.org/10.1089/neu.2015.3965>

15. Coyle JT, Balu DT. The role of serine racemase in the pathophysiology of brain disorders. *Advances in pharmacology*. 2018;82:35-56. DOI: <https://doi.org/10.1016/bs.apha.2017.10.002>

16. Жаворонкова ЛА. Межполушарная асимметрия мозга человека и её роль в реабилитации пациентов с церебральной патологией. В: Механизмы функционирования нервной, эндокринной и висцеральных систем в процессе онтогенеза. Материалы Международной научной конференции, посвящённой 75-летию

Адыгейского государственного университета. 2015:376-380.

17. Болдырева ГН, Шарова ЕВ, Жаворонкова ЛА, и др. Механизмы работы повреждённого мозга. В: Глориозов ЕЛ, редактор. Информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии. Материалы Международной конференции. Весенняя сессия. 2018:44-48.

18. Дробленков АВ, Федоров АВ, Маградзе РН, и др. Взаимодействие нейронов орексинергического и дофаминергического ядер ствола мозга в механизме алкогольной зависимости, формируемой в перинатальном периоде. Вестник новых медицинских технологий. 2018;25(3):137-141.

19. Chaney RH, Olmstead CE. Hypothalamic dysthermia in persons with brain damage. *Brain Injury*. 1994;8(5):475-481. DOI: <https://doi.org/10.3109/02699059409150999>

20. Доброхотова ТА, Брагина НН, Карменян КК. Общая психопатология очаговых поражений мозга правой. В: Нейропсихиатрия. 2 изд. М.: Бином; 2014:26-55.

21. Матвеев ВФ, Ковалёв АА, Лебедев АВ. К вопросу об эмоциональных особенностях больных алкоголизмом. Психологический журнал. 1987;8(3):94-96.

References

1. Dobrokhotova TA, Zaitsev OS, Uraikov SV. Mental disorders in traumatic brain injury. In: *Neuropsychiatry*. 2nd ed. M.: Binom; 2014:132-164. Russian.

2. Rao V. Traumatic brain injury. In: Liketsos KG, Rabins PV, Lipsy JR, et al. editors. *Psychiatric aspects of neurological diseases: Approaches to patient management*. M.: MEDpress-inform; 2017:79-92. Russian.

3. Kazakov VE. Risk factors for mental disorders in the long-term period of traumatic brain injury. *International neurological journal*. 2013;7(61):169-171. Russian.

4. Lihterman LB, Potapov AA, Klevno VA, et al. Aftereffects of head injury. *Russian Journal of Forensic Medicine*. 2016;2(4):4-20. Russian. DOI: <https://doi.org/10.19048/2411-8729-2016-2-4-4-20>

5. Makarov AJu, Sadykov EA, Kiseljov VN. Post-traumatic epilepsy: diagnosis and clinical variants. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2001;101(6):7-11. Russian.

6. Marsh L. Epilepsy. In: Liketsos KG, Rabins PV, Lipsy JR, et al. editors. *Psychiatric*

aspects of neurological diseases: Approaches to patient management. M.: MEDpress-inform; 2017:137-158. Russian.

7. Bramlett HM, Dietrich WD. Long-term consequences of traumatic brain injury: Current status of potential mechanisms of injury and neurological outcomes. *Journal of Neurotrauma*. 2015;32(23):1834-1848. DOI: <https://doi.org/10.1089/neu.2014.3352>

8. Roy D, Vaishnavi S, Han D, et al. Correlates and prevalence of aggression at six months and one year after first-time traumatic brain injury. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2017;29(4):334-342. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.16050088>

9. Polischuk NE. Traumatic brain injury in alcoholic intoxication. In: Konovalov AN, Lihterman LB, Patopov AAI, editors. *A Clinical guide to traumatic brain injury*. M.: Antidor; 2001;2:659-669. Russian.

10. Neznanov NG, Akimenko MA, Kotsyubinsky AP. V.M. Behterevev school: from psychoneurology to the biopsychosocial paradigm. Volume 1 Stages of development. SPb.: VVM; 2017. Russian.

11. Lomov BF. Methodological and theoretical problems of psychology. M.: Direkt-Media; 2008. Russian.

12. Tarabrina NV. Experimentally-psychological methods of studying the reactions of frustration: Guidelines. L.: NII im. V.M. Behtereveva; 1984. Russian.

13. Sergeev VA. Comparative clinical and psychological study of patients with long-term consequences of traumatic brain injury complicated by alcohol dependence [dissertation]. SPb.; 2006. Russian.

14. Grossman EJ, Inglese M. The role of thalamic damage in mild traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*. 2016;33(2):163-167. DOI: <https://doi.org/10.1089/neu.2015.3965>

15. Coyle JT, Balu DT. The role of serine racemase in the pathophysiology of brain disorders. *Advances in pharmacology*. 2018;82:35-56. DOI: <https://doi.org/10.1016/bs.apha.2017.10.002>

16. Zhavoronkova LA. Interhemispheric asymmetry of the human brain and its role in the rehabilitation of patients with cerebral pathology. In: *Mechanisms of functioning of the nervous, endocrine and visceral systems in the process of ontogenesis*. Proceedings of the International scientific conference dedicated to the 75th anniversary of Adygeya State University. 2015:376-380. Russian.

17. Boldyreva GN, Sharova EV, Zhavoronkova LA, et al. The working mechanisms of the injured brain. In: Gloriozov EL, editor. *Information technologies in medicine, biology, pharmacology and ecology*. Proceedings of the International conference. Spring session. 2018:44-48. Russian.

18. Droblenkov AV, Fedorov AV, Magradze RN, et al. Interaction of neurons of the orexinergic and dopaminergic nuclei of the brain stem in the mechanism of alcohol dependence formed in the perinatal period. *Journal of New Medical Technologies*. 2018;25(3):137-141. Russian.

19. Chaney RH, Olmstead CE. Hypothalamic dysthermia in persons with brain damage. *Brain Injury*. 1994;8(5):475-481. DOI: <https://doi.org/10.3109/02699059409150999>

20. Dobrokhotova TA, Bragina NN, Karmanjan KK. General psychopathology of focal lesions of the right-handed brain. In: *Neuropsychiatry*. 2nd ed. M.: Binom; 2014:26-55. Russian.

21. Matveev VF, Kovaljov AA, Lebedev AV. To the question of emotional characteristics of patients with alcoholism. *Psikhologicheskyy zhurnal*. 1987;8(3):94-96. Russian.

Статья поступила в редакцию 01.02.2020 г.
Поступила после доработки 07.05.2020 г.
Принята к печати 17.06.2020 г.

Received 1 February 2020

Revised 7 May 2020

Accepted 17 June 2020

Информация об авторах

Владимир Андреевич Сергеев, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», профессор кафедры клинической психологии ФГАОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет (национальный исследовательский университет)», E-mail: sevanpol@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-6827-5962.

Полина Владимировна Сергеева, врач-психотерапевт высшей категории, заведующая отделением медико-психологической и психотерапевтической помощи МАУЗ «Городская клиническая больница №2», E-mail: sevanpol@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-8675-0544.

Анастасия Анатольевна Патракова, врач-психиатр, старший лаборант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет», E-mail: chocolatemaniac@mail.ru, ORCID: 0000-0002-6072-5930.

Information about the authors

Vladimir A. Sergeev, Doct. Sci. (Medicine), Associate Professor, Professor at the Department of Psychiatry, South Ural State Medical University; Professor at the Department of Clinical Psychology,

South Ural State University, E-mail: sevanpol@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-6827-5962.

Polina V. Sergeeva, Psychotherapist of the highest category, Head of the Department of Medical-Psychological and Psychotherapeutic Care, City Clinical Hospital №2, E-mail: sevanpol@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-8675-0544.

Anastasiya A. Patrakova, Psychiatrist, Senior Laboratory Assistant at the Department of Psychiatry, South Ural State Medical University (Chelyabinsk), E-mail: chocolatemaniac@mail.ru, ORCID: 0000-0002-6072-5930.