

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ЗМІН ПРИ ПСИХООРГАНІЧНОМУ СИНДРОМІ ВІДДАЛЕНОГО ПЕРІОДУ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Б.В. Задорожна

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра невропатології і нейрохірургії ФПДО (зав. - проф. А.В. Пасюк)

Реферат

У віддаленому періоді черепно-мозкової травми можливий розвиток психоорганічного синдрому, який приводить до соціальної дезадаптації й інвалідності потерпілих. Мета праці - за результатами стандартизованого багатофакторного опитування особистості дослідити психоемоційні зміни у хворих із провідним психоорганічним синдромом віддаленого періоду черепно-мозкової травми.

Матеріал і методи

Проведено дослідження психоемоційних змін у 20 хворих із провідним у клінічній картині травматичної хвороби головного мозку психоорганічним синдромом віддаленого періоду черепно-мозкової травми методом стандартизованого багатофакторного опитування особистості.

Результати й обговорення

У обстежених виявлено плаваючий профіль стандартизованого багатофакторного опитування особистості, у якому більшість шкал розміщені вище верхньої межі норми. Вказаний профіль свідчить про стан загального стресу, у якому задіяні різні захисні механізми та напружені множинні компенсаторні функції психічної діяльності, що спрямовані на нівелювання дезадаптації.

Висновок

Отже, проведені тестування хворих із провідним психоорганічним синдромом у віддаленому періоді черепно-мозкової травми виявило у обстежених плаваючий профіль стандартизованого багатофакторного опитування особистості, який є прогностично перспективним у плані нормалізації стану, оскільки у цьому випадку мова йде про пограничні стани, що зумовлені травматичною хворобою головного мозку.

Ключові слова: віддалений період черепно-мозкової травми, психоорганічний синдром, стандартизований багатофакторний метод обстеження особистості

Abstract

CHRONIC LONG-TERM
PSYCHOEMOTIONAL CHANGES IN
PATIENTS WITH PSYCHO-ORGANIC
SYNDROME AFTER CRANIOCEREBRAL
TRAUMA

B.V. ZADOROZHNA

The Danylo Halytsky National Medical University in Lviv

Aim: Psycho-organic syndrome, which leads to social de-adaptation and disability, may occur in the chronic phase following traumatic brain injury (TBI). Therefore, the

purpose of the study was to evaluate the psychological and emotional changes in patients with psycho-organic syndrome in the chronic phase after TBI using the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)

Methods: Psycho-emotional changes were examined in 20 patients with psycho-organic syndrome in the chronic phase of traumatic brain disease using the MMPI.

Results: In most scales, the patients' scores were above the upper limit of normal, showing a floating MMPI profile. In particular, the profile showed an overall state of stress, associated with various protective mechanisms that strained multiple compensatory functions of mental activity aimed at mitigating exclusion phenomena.

Conclusion: Patients with psycho-organic syndrome in the chronic phase following TBI showed a floating MMPI profile that was promising in terms of normalization, since in this case it was a borderline state.

Key words: long-term consequences of cranio-cerebral trauma, psycho-organic syndrome, Minnesota Multiphasic Personality Inventory

Вступ

Клінічне та соціальне значення черепно-мозкової травми (ЧМТ) визначається не лише її частотою (в Україні у середньому щорічно 4-4,2 на 1000 населення), але й різноманіттям віддалених наслідків різної тяжкості, що приводять до соціальної дезадаптації й інвалідності потерпілих [1, 3, 5, 7, 10, 11].

У широких межах коливаються показники психопатоподібних станів після перенесеної ЧМТ - від 10% до 41% [4], а у 3-5% осіб, що перенесли ЧМТ, за даними низки авторів, виявляється недоумкуватість [2].

Не існує єдиної загальноприйнятої класифікації післятравматичних когнітивних розладів, як і спільності термінів, якими позначаються такі порушення. Найчастіше використовують термін "психоорганічний синдром", який відрізняється наростаючим перебігом. Формування цього синдрому спостерігають не тільки після тяжкої, але й після легкої ЧМТ. Він часто виявляється через декілька років після перенесеної ЧМТ. Так, було відмічено збільшення частоти розвитку цього синдрому у хворих із давністю ЧМТ більше 5

років від 19,3% на початку захворювання до 31,8% [6].

Враховуючи наведені висліди, метою нашого дослідження було дослідити за результатами стандартизованого багатофакторного опитування особистості (СБОО) психоемоційні зміни у хворих із провідним психоорганічним синдромом віддаленого періоду ЧМТ.

Матеріал і методи

Для досягнення поставленої мети ми обстежили 20 хворих у віддаленому періоді ЧМТ, у яких в клінічній картині травматичної хвороби головного мозку (ТХГМ) домінував психоорганічний синдром. Факт перенесеної травми, її важкість та характер визначали на основі вивчення анамнезу і медичних даних лікувальних закладів, де хворі перебували на лікуванні у гострому періоді травми. Важкість травми діагностували у відповідності до прийнятої у нашій країні класифікації черепно-мозкових травм [12]. Групу контролю становили 22 практично здорові особи. Хворих обстежували через 6 місяців від моменту отримання травми до 20 і більше років, що дозволило охопити практично увесь резидуальний період перебігу ТХГМ.

Для кількісно-якісної оцінки змін у психоемоційній сфері хворих із провідним у клінічній картині віддаленого періоду ЧМТ психоорганічним синдромом використали СБОО, який є модифікованим варіантом MMPI (Minneapolis Mini Mental Inspection) та адаптований Л.Н. Собчик до наших умов [9]. Цей метод створено авторами як тест, що диференціює норму від патології. При використанні методу із метою диференційної діагностики психологічне дослідження допомагає виявити, передовсім, складну структуру психологічних проблем хворого. Будь-який клінічний стан у своїй основі визначається зломом психологічної цілісності особистості та забарвлюється тими переживаннями, які віддзеркалюють найбільш збережений бік особистості хворого і реакцію на сам факт хвороби та її виявів. При розвитку психоемоційних змін у відповідь на хворобу, актуальний (на момент обстеження) стан хворого ще більш тісно пов'язаний зі стійкими особистісними властивостями та відношенням до психотравмуючої ситуації, що виступає як патогенний фактор.

Метод створений за типом опитувальника, проте оцінка отриманих у результаті дослідження даних базується не на прямому аналізі відповідей обстежуваного, а на даних статистично підтвердженій дискретної значимості кожної відповіді у порівнянні з середніми нормативними даними. У процесі відповідей на запитання обстежуваний оцінює як "вірні" або "невірні" у відношенні до нього ствердження, які відображають картину самопочуття досліджуваного, його звички, особливості поведінки, відношення до різноманітних життєвих явищ та цінностей, моральний бік цих відношень, специфіку міжособистісних контактів, скерованість інтересів, рівень активності та настрою й ін. Автоматизований спосіб опрацювання даних виключає залежність отримуваних результатів від особистості та досвіду експериментатора.

При проведенні обстеження використовували книжку-буклет у вигляді чоловічого та жіночого варіанту, що вміщала 539 стверджень, серед яких 16, які повторювалися, для використання додаткової шкали вірогідності "тест-ретест".

Бланк відповідей із номерами стверджень, за якими обстежуваний оцінював себе, проставляючи у клітинці номеру ствердження свою відповідь на ствердження: "вірно" або "невірно". Ствердження, на які обстежуваний не міг дати відповіді, позначалися ним як кільце навколо номеру ствердження.

Оцінку результатів проводили шляхом інтерпретації профілю особистості, який створений на основі 13 базисних та 117 додаткових шкал, за допомогою автоматизованої системи психодіагностичного обстеження на персональному комп'ютері IBM PC/AT.

Програмне забезпечення становила програма, опрацьована Всесоюзним науково-методичним центром пограничної психіатрії Міністерства охорони здоров'я СРСР (1990). Програма має протокол-заключення (цифродрук з балами) та текст інтерпретації даних із вказаною характеристикою психологічної типології обстежуваного, та, при наявності характеру психопатологічних синдромів.

Показники психологічного діагностичного обстеження СБОО виявляють наявні в обстежуваного психологічні проблеми, примежові стани розладів психіки та причини дезадаптації.

При аналізі результатів обстежень виявлені критерії дозволяють віднести ці зміни особистості до паттерну особистості або до виявів патологічного невротичного стану в умовах дезадаптації.

Авторами методу СБОО опрацьовані шкали оцінки правдивості та старанності відповідей обстежуваного та його відношення до самого тестування: шкала "тенденція представити себе у вигідному світлі" або "неправди" (L), "випадкового або навмисного спотворення відповідей" або "вірогідності" (F) та "пом'якшення або приховування симптомів" (K).

Шкала L формується із відповідей на ствердження, що демонструють бажання обстежуваного довести своє дуже суворе дотримання соціальних норм. Друга шкала F дозволяє стверджувати надійність отриманих результатів. Високі або низькі показники за цією шкалою ставлять під сумнів вірогідність отриманих відповідей обстежуваного.

У подальшому ми представляли середні бали за 12 основними (із 13) та 20 додатковими (із 212) шкалами. Із основних шкал ми не представляли результати тестування за шкалою 5 "чоловічності - жіночності", оскільки ці характеристики є суворо індивідуальні.

Із додаткових шкал ми не представляли шкали, що виявляють психіатричні нозології та їх характеристики, а також шкали алкоголізму, органічного ураження хвостатого ядра, злочинності, цинізму, аморальності та ін. оскільки вірогідних змін ($p < 0,05$) у наших обстежуваних за вказаними шкалами не було.

У результатах дослідження ми вважали за доцільне представити тільки шкали депресії, іпохондрії, параної та психопатії, як нозологічних клінічних одиниць, щоб продемонструвати відсутність вказаних змін у обстежених.

Результати й обговорення
Результати тестування обстежених хворих із провідним у віддаленому періоді ЧМТ психоорганічним синдромом за основними шкалами подано у таблиці 1.

Ми не виявили вірогідного збільшення балів за шкалами L, F та K у обстежених ($p > 0,05$), а отже результати тестування можна вважати правдивими та вірогідними (табл. 1).

Таблиця 1

Результати СБОО здорових осіб (групи контролю) та хворих з психоорганічним синдромом віддаленого періоду ЧМТ по основних шкалах (у балах)

Шкала	Група обстежених	
	контрольна	хворих з психоорганічним синдромом
L - тенденція представити себе у вигідному світлі ("неправда")	4,1 \pm 0,3	4,9 \pm 0,4 $p > 0,05$
F - випадкового чи навмисного спотворення відповідей ("вірогідність")	6,0 \pm 0,7	5,0 \pm 1,1 $p > 0,05$
K - пом'якшення чи приховування симптомів ("корекція")	15,7 \pm 0,6	15,2 \pm 0,7 $p > 0,05$
1 (Hs) - Підвищена стурбованість про здоров'я ("надконтроль")	3,1 \pm 0,5	15,4 \pm 0,9 $p < 0,05$
2 (D) - тривожність з депресивними тенденціями ("песимістичність")	19,6 \pm 0,8	26,3 \pm 1,0 $p < 0,05$
3 (Hu) - схильність до істерії, демонстративність ("емоційна лабільність")	15,6 \pm 0,5	27,7 \pm 1,3 $p < 0,05$
4 (Pd) - схильність до асоціальних вчинків ("імпульсивність")	17,4 \pm 0,7	17,3 \pm 0,9 $p > 0,05$
6 (Pa) - афектна ригідність, підозрілість ("ригідність")	6,1 \pm 0,4	11,2 \pm 0,8 $p < 0,05$
7 (Pt) - самовразливість, внутрішня напруженість ("тривожність")	6,6 \pm 1,0	17,8 \pm 1,1 $p < 0,05$
8 (Sc) - відхід від дійсності, аутизація ("індивідуалістичність")	8,9 \pm 0,9	20,8 \pm 1,1 $p < 0,05$
9 (Ma) - гіпоманіакальні тенденції ("оптимістичність")	12,8 \pm 0,9	9,7 \pm 0,8 $p < 0,05$
0 (Si) - комунікабельність, соціальні контакти ("інтроверсія")	20,8 \pm 1,2	31,5 \pm 1,4 $p < 0,05$

p - вірогідність відмінностей у порівнянні з групою контролю

Підтвердження наявності у хворих із провідним у клінічній картині ТХГМ психоорганічним синдромом емоційної лабільності та підвищеної стурбованості про своє здоров'я став високий рівень балів за шкалами 3 та 1 ($p < 0,05$) (табл. 1).

Згідно шкали 2 тривожність із депресійними тенденціями реєстрували у хворих із провідним у віддаленому періоді ЧМТ психоорганічним синдромом ($p < 0,05$).

Ми не виявили ($p > 0,05$) підвищеної імпульсивності та схильності до асоціальних вчинків у цих обстежених (шкала 4) (табл. 1).

Про підвищений рівень тривожності, невпевненості у собі, зосередженості на негативних переживаннях, наявність афектної ригідності із виявами гальмування та психоастенічної реакції на зовнішні подразнення у рамках невротичних розладів у обстежених свідчить високий рівень балів за 6 та 7 шкалами у порівнянні з контрольною групою ($p < 0,05$) (табл. 1).

Наявність у хворих з психоорганічним синдромом проблеми зі здоров'ям та відсутність значної співучасті та допомоги з боку оточуючих спричинив розвиток у них аутизації, тобто входу в хворобу та переживання, що пов'язані з нею, відрив від суспільної дійсності та життя (шкала 8) ($p < 0,05$ у порівнянні з групою контролю) (табл. 1).

За шкалою 9 ("оптимістичність") гіпостенічний тип реагування на хворобу був виявлений у хворих з домінуючим у клінічній картині ТХГМ психоорганічним синдромом ($p < 0,05$) (табл. 1).

Слід зазначити, що, судячи за показниками шкали 0 ("інтроверсія"), у всіх хворих з психоорганічним синдромом спостерігалася швидка втомлюваність, знижений рівень спілкування та соціальної присутності порівняно з групою контролю ($p < 0,05$) (табл. 1).

Отже, виявлені зміни профілю СБОО за основними шкалами у хворих із провідним у клінічній картині віддаленого періоду ЧМТ психоорганічним синдромом є нічим іншим, як відображенням компенсаційної напруженості вторинних захисних механізмів організму у відповідь на соматичні проблеми. Цей паттерн віддзеркалює проблему хронічної дезадаптації особистості на ґрунті тривало перебігаючої ТХГМ.

Аналізуючи результати тестування хворих з психоорганічним синдромом за додатковими шкалами, ми не виявили вірогідних змін ($p > 0,05$) за 41, 138, 181 шкалами у порівнянні із групою контролю, а отже можна стверджувати, що чисто психіатричні хвороби, такі як депресія, параноя та шизофренія у вказаній категорії обстежених відсутні (табл. 2).

Також у хворих з провідним психоорганічним синдромом у віддаленому періоді ЧМТ не виявлено психопатичних розладів особистості та іпохондрії (згідно даних шкал 146 та 80, відповідно) ($p > 0,05$ у порівнянні з групою контролю) (табл. 2).

Ми не виявили усвідомленої тривоги (шкала 97) за своє здоров'я та майбутнє у хворих із психоорганічним синдромом ($p > 0,05$) (табл. 2). Ознаки вираженої психомоторної та психічної загальмованості (шкали 43 та 45, відповідно) виявлялися у всіх обстежених з психоорганічним синдромом ($p < 0,05$) у порівнянні з контрольною групою (табл. 2).

У хворих з провідним психоорганічним синдромом спостерігалася виражена загальна погана пристосованість до оточуючого середовища (шкала 70), хоча соматичні скарги (шкала 87) у них були відсутні. Також у них не діагностували невротизм (шкала 129) та психоневроз (шкала 158) (табл. 2).

Відчуття соціальної небажаності було наявне у всіх обстежених хворих з психоорганічним синдромом (шкала 182 ($p < 0,05$), у порівнянні з групою контролю), хоча емоційного відчуження вони не відчували (шкала 183). Також у них не знижувався рівень самозадоволеності (шкала 189) (табл. 2).

Химерність сенсорного сприйняття (шкала 187) спостерігалася у всіх обстежених з домінуючим психоорганічним синдромом віддаленого періоду ЧМТ ($p < 0,05$ до контролю) (табл. 2).

Виникнення у хворих з психоорганічним синдромом дезадаптаційних змін особистості призвело до зниження толерантності до стресу (шкала 205) у порівнянні з контролем ($p < 0,05$) та можливості соціальної адаптації (шкала 196), як в сім'ї, так і на роботі (табл. 2).

Отже, проведення тестування методом СБОО не виявило ($p > 0,05$ у порівнянні з контрольною групою) у хворих з домінуючим у клі-

Таблиця 2

Результати СБОО здорових осіб (групи контролю) та хворих з провідним психоорганічним синдромом віддаленого періоду ЧМТ по додаткових шкалах (у балах)

Шкала	Група обстежених	
	контрольна	хворих з психоорганічним синдромом
41 (D') - чиста депресія	13,1±0,5	13,3±0,4 p>0,05
43 (D ₂) - психомоторна загальмованість	7,2±0,5	10,5±0,8 p<0,05
45 (D ₄) - психічна загальмованість	3,2±0,3	8,1±0,8 p<0,05
70 (Gm) - загальна погана пристосованість	5,9±0,5	12,9±1,3 p<0,05
80 (HS') - чиста іпохондрія	0,7±0,2	0,9±0,2 p>0,05
87 (Hy ₄) - соматичні скарги	1,6±0,3	1,9±0,3 p>0,05
95 (Iq) – інтелектуальний коефіцієнт	40,1±1,8	30,8±1,4 p<0,05
97 (Ja) - усвідомлена тривога	3,2±0,8	3,3±0,4 p>0,05
129 (Ne) - невротизм	4,2±0,4	3,8±0,7 p>0,05
138 (Pa') - чиста параноя	4,1±0,6	3,8±0,4 p>0,05
146 (Pd') - чиста психопатія	6,3±0,3	6,3±0,7 p>0,05
158 (Pn) - психоневроз	9,0±0,5	9,3±0,6 p>0,05
181 (Sc') - чиста шизофренія	3,4±0,4	3,6±0,6 p>0,05
182 (Sc _{IA}) - соціальне відчуження	3,3±0,2	6,0±0,6 p<0,05
183 (Sc _{IB}) - емоційне відчуження	2,7±0,3	3,2±0,3 p>0,05
187 (Sc _B) - химерність сенсорного сприйняття	1,9±0,3	2,5±0,3 p<0,05
189 (Sf) - самозадоволеність	22,4±1,4	21,5±0,8 p>0,05
196 (Sp) - соціальна участь	16,3±1,1	10,9±0,7 p<0,05
205 (To) - толерантність до стресу	16,6±0,6	10,8±0,4 p<0,05

p - вірогідність відмінностей у порівнянні з групою контролю

нічній картині ТХГМ психоорганічним синдромом чистих психоорганічних синдромів, таких як депресія, параноя, психопатія та шизофренія (шкали 41, 138, 146, 181, відповідно) (табл. 2).

Наявність змін за шкалою психомоторної загальмованості (43) вказує на зниження мнестико-інтелектуальних функцій у хворих з психоорганічним синдромом (p<0,05 у порівнянні з контролем). Проте, порушення функціональної активності головного мозку виявляється ознаками психічної загальмованості у вказаній категорії хворих (шкала 45, p<0,05 до показників групи контролю) та зниженням інтелектуального кое-

фіцієнту (шкала 95) (p<0,05 до порівняння з контрольною групою) (табл. 2).

Про наявність порушень функції лімбіко-ретикулярної формації після перенесеної ЧМТ свідчить виявлений у всіх обстежених з психоорганічним синдромом вірогідний ріст (p<0,05) у порівнянні з контрольною групою балів за шкалою химерності сенсорного відчуття (шкала 187) (табл. 2).

Висновки

Проведене тестування хворих із провідним психоорганічним синдромом у віддаленому періоді

ЧМТ виявило у обстежених плаваючий профіль СБОО, у якому більшість шкал розміщені вище верхньої межі норми. Вказаний профіль свідчить про стан загального стресу, у якому задіяні різні захисні механізми та напружені множинні компенсаторні функції психічної діяльності, що спрямовані на нівелювання дезадаптації. І хоча при такому профілі психічна напруженість збільшується, прогностично такий профіль є перспективним у плані нормалізації стану, оскільки у цьому випадку мова йде про пограничні стани, що зумовлені ТХГМ.

Із огляду на наявні відхилення за шкалами СБОО можна стверджувати про наявність у хворих із домінуючим у клінічній картині ТХГМ психоорганічним синдромом психомоторної загальмованості та зниження інтелектуального коефіцієнту. На нашу думку у вказаних хворих наявна виражена потреба у соціальній підтримці, що сприятиме їх адаптації до нормального активного повсякденного життя.

Перспективи подальших досліджень

Виявлені особливості психопатологічних змін у хворих з провідним у клінічній картині ТХГМ психоорганічним синдромом уточнюють та доповнюють окремий бік патогенезу і клінічних виявів віддалених наслідків ЧМТ, що може мати певне діагностичне і прогностичне значення та визначатиме необхідність диференційного терапевтичного підходу.

Література

1. Барамія Н.М. Економічні аспекти політравми / Н.М. Барамія, Я.Л. Заруцький, О.З. Погава // Політравма - сучасна концепція надання медичної допомоги: Зб. тез. - К., 2006. - С. 6-7.
2. Блейхер В.М. Практическая психопатология: руководство для врачей и медицинских психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. - Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. - 444 с.
3. Дзяк Л.А. Современные представления о патофизиологии тяжелой черепно-мозговой травмы и роли прогнозирования ее исходов на этапах лечения / Л.А. Дзяк, О.А. Зозуля // Нейронауки: теоретичні та клінічні аспекти. - 2005. - Том 1, №1. - С. 70-80.
4. Доровских И. В. К вопросу о психических нарушениях у лиц, перенесших сотрясение головного мозга / И. В. Доровских // Военно-медицинский журнал. - 2002. - Т. 323, №2. - С. 56-57.
5. Живолупов С.А. Опыт применения препарата "Аксамон" в комплексной терапии больных с черепно-мозговыми травмами в восстановительном периоде / С.А. Живолупов, И.Н. Самарцев, С.В. Коломенцев // Российский национальный конгресс "Человек и лекарство", 16-й: Материалы. - М., 2009. - С. 100-101.
6. Макаров А.Ю. Последствия черепно-мозговой травмы и их классификация / А.Ю. Макаров // Неврологический журнал. - 2001. - Т.6, № 2. - С. 38-41.
7. Педаченко Є.Г. Невідкладна допомога при черепно-мозковій травмі в Україні / Є.Г. Педаченко // Матеріали IV з'їзду нейрохірургів України, м. Дніпропетровськ, 27-30 травня. - К., 2008. - С. 55.
8. Поліморфізм кліко-параклінічних змін при черепно-мозковій травмі / С.І. Шкробот, О.Ю. Бударна, З.В. Салій, Н.Р. Сохор // Вісн. наук. досліджень. - 2010. - № 3. - С. 22-24.
9. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности: методическое руководство. Серия "Методы психологической диагностики" / Л. Н. Собчик. - М.: 1990. - 78 с.
10. Соколова Л.І. Неврологические аспекты закрытой черепно-мозговой травмы / Л.І. Соколова, А.Н. Хонда // Укр. неврол. журн. - 2006. - № 1. - С. 76-85.
11. Трещинская Л.И. Черепно-мозговая травма с позиций анестезиолога / Л.И. Трещинская, И.В. Холодняк // Здоров'я України. - 2005. - №1/2. - С. - 38-39.
12. Черепно-мозкова травма: сучасні принципи невідкладної допомоги: [навч.-метод. посібник] / Є.Г. Педаченко, І.П. Шлапак, А.П. Гук, М.М. Пилипенко. - К.: ВАРТА, 2007. - 312 с.