тип формировался в большей степени на психоэндокринной почве, которая содействовала ускоренной маскулинизации, влияла косвенным образом на течение алкоголизма. Одним из факторов, воздействующих на прогрессиентность алкоголизма, на наш взгляд, являлось соотношение алкогольных и сексуальных установок. Так, при преобладании первых, что наблюдалось чаще, деградация происходила быстрее и была тотальной — физической, психической, социальной. Стремительнее формировались запои, влечение к алкоголю все менее зависело от обстоятельств и становилось более императивным, быстрее наступало физическое одряхление. К 40 годам эти женщины производили впечатление падших, опустившихся. Половые контакты либо отсутствовали, либо становились крайне редкими, теперь они обеспечивали (материально) потребность в алкоголе — алкогольная доминанта полностью вытесняла сексуальную.

Таким образом, выделенный нами аутохтонно-доминирующий тип женского алкоголизма, выявленный у трети обследованных больных, отличался существенным своеобразием формирования и течения. Изученный аспект представляет не только академический, но и сугубо практический интерес. Этот контингент больных алкоголизмом довольно трудно поддается психотерапевтическому воздействию, их лечение ограничивается использованием медикаментозных средств.

1. Короленко Ц.П., Донских Т.А., Тимофеев А.С. V Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. — Тез. докл. — М., 1985. — Т. 2. — С. 75—77.

2. Шайдукова Л.К. // Вопр. наркол. — 1993. — № 4. — С. 11—13.

3. Шайдукова Л.К. // Обзор. психиатр. и мед. психол. — 1994. — № 1. — С. 95—98.

4. Шайдукова Л.К. // Соц. и клин. психиатр. — 1997. — № 2. — С. 129—141.

5. Шайдукова Л.К. // Росс. психиатр. журнал. — 1998. — № 3. — С. 27—30.

Поступила 22.12.98.

IMPORTANCE OF PREDISPOSING FACTORS IN AUTOCHTHONOUSLY PREDOMINATING TYPE OF FEMALE ALCOHOLISM

A.K. Shaidukova, O.I. Melchikhin

S u m m a r y

In examination of 240 women with alcoholism the spontaneous in initiation and autochthonous in course alcoholism variant which does not depend on psychotraumatizing factors and is formed in early young age, was revealed in 70 (29,2%) of the patients. Numerous predisposing factors, hereditary and genetic, microsocial, premorbid and personal, constitutional and psychologic factors were revealed. These patients respond with difficulty to psychotherapeutic treatment, so their treatment is usually limited by the use of medicines.

УДК 617.51—001.036.8—02:616.89:340.66

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ТРАВМАХ ГОЛОВЫ

Ю.П. Калинин, К.К. Яхин, Г.М. Харин

Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы (нач. — Ю.П. Калинин)
МЗ РТ, кафедра психиатрии (зав. — проф. К.К. Яхин), кафедра судебной медицины
(зав. — проф. Г.М. Харин) Казанского государственного медицинского университета

Одним из наиболее сложных и малоизученных вопросов в области судебной психиатрии и судебной медицины является экспертная оценка тяжести вреда здоровью у потерпевших при травмах, повлекших психические расстройства. Несмотря на наличие большого количества официальных документов, инструктивно-методических рекомендаций и пособий по вопросам экспертизы потерпевших [5, 8, 10], до настоящего времени отсутствуют конкретные практические указания, которыми могли бы руководствоваться эксперты при определении тяжести вреда здоровью от травм, повлекших психические расстройства, с учетом харак-

тера и выраженности возникающих при этом нарушений психической деятельности. Данная проблема усугубляется отсутствием единого мнения специалистов о частоте выявления, характере и критериях оценки психических расстройств у лиц с травмой головы, а также унифицированного и комплексного подхода к аргументации экспертных заключений [4, 6, 7].

Отмеченные обстоятельства явились поводом для проведения комплексного соматического, психиатрического, неврологического и инструментального обследования 225 человек из 670 потерпевших, получивших травму головы в криминальной ситуации,

Частота выявления психических расстройств при различных видах травмы головы

Вид травмы	Характер расстройств		
	отсутствие психических расстройств (n=57)	субклинические расстройства (n=55)	клинически выраженные варианты (n=113)
Повреждения мягких тканей головы (n=129)	35 (27,1%)*	29 (22,5%)	65 (50,4%)
Сотрясение головного мозга (n=68)	11 (16,2%)	21 (30,9%)*	36 (52,9%)*
Ушиб головного мозга (n=28)	11 (39,3%)*	5 (17,9%)*	12 (42,9%)*

Примечание. $P < 0,05$ по частоте выявления выраженности психических расстройств в зависимости от вида травмы головы.

с использованием унифицированного клинического опросника для выявления и оценки невротических расстройств [11] и теста Люшера [3]. Статистическая обработка цифровой информации проводилась с применением методов вариационной статистики и пакетов компьютерных программ FoxPro и Statgraf. Из числа обследуемых были исключены лица, имевшие в анамнезе перенесенные травмы, психические расстройства и хронические соматические заболевания, а также находившиеся в момент происшествия в состоянии острого алкогольного опьянения.

Разновидности психотравмирующей ситуации в соответствии с обстоятельствами происшествия сводились к следующим: 1) избиение; избиение с оскорблением; 3) избиение с оскорблением и угрозами; 4) избиение с ограблением; 5) дорожно-транспортная травма; 6) бытовые (семейные) конфликты.

По характеру полученных повреждений все потерпевшие были распределены по трем группам: а) с повреждением только мягких тканей головы в виде ссадин, кровоподтеков, ушибленных ран; б) с сотрясением головного мозга; в) с ушибом головного мозга.

В зависимости от сроков обращения и тяжести соматического состояния потерпевших психиатрическое освидетельствование проводилось при повреждениях мягких тканей на 1—3-й день, при сотрясении головного мозга — через 15—30 суток и при ушибах головного мозга — спустя 30—80 дней после получения повреждения. Контингент обследуемых с клинически определяемыми расстройствами состоял из 113 человек (66 женщин и 47 мужчин) в возрасте от 15 до 56 лет. 62% пострадавших были в возрасте от 20 до 39 лет. 87% лиц имели высшее и среднее образование.

Анализ результатов клинико-психопатологического обследования освидетельствуемых позволил установить, что в 27% случа-

Структура клинически выраженных расстройств психической деятельности у потерпевших с травмой головы

Синдромы	Вид травм		
	повреждения мягких тканей головы (n=65)	сотрясение головного мозга (n=36)	ушиб головного мозга (n=12)
Депрессивно-фобический (n=36)	23 (35,4%)*	11 (30,6%)*	2 (16,7%)*
Депрессивно-тревожный (n=23)	12 (18,5%)	9 (25,0%)	2 (16,7%)
Астено-депрессивный (n=21)	12 (18,5%)	7 (19,4%)	2 (16,6%)
Тревожно-фобический (n=19)	8 (12,3%)*	5 (13,9%)*	6 (50,0%)*
Ипохондрический (n=14)	10 (15,3%)	4 (11,1%)	—

Примечание. * $P < 0,05$ по ведущим синдромам в зависимости от вида травмы головы.

ев полученные телесные повреждения не сопровождались психическими расстройствами. В литературе рассматриваются нарушения психики, возникающие у потерпевших при травматических повреждениях головного мозга, но практически не описаны психогенные нарушения при повреждениях мягких тканей головы [5, 6, 8, 13]. Приведенные в табл. 1 данные свидетельствуют о том, что между тяжестью травматического поражения головного мозга и развитием психических нарушений в остром периоде и в периоде реконвалесценции нет прямой зависимости. Наиболее редко психические расстройства встречались при ушибах головного мозга и практически с одинаковой частотой — при сотрясениях головного мозга и повреждениях только мягких тканей головы.

Изучение структуры клинически выраженных расстройств психической деятельности у потерпевших с травмой головы показало, что если повреждения мягких тканей головы и сотрясение головного мозга сопровождались чаще различными вариантами депрессивных нарушений, то ушибы головного мозга — тревожно-фобическими расстройствами (табл. 2).

Клинические проявления депрессивных нарушений характеризовались не психотическим уровнем реагирования и могли быть рассмотрены в рамках расстройств адаптации в форме кратковременных депрессивных реакций (F-43.20), смешанных тревожных и депрессивных (F-43.22) и тревожно-фобических реакций (F-43.23). В клинической картине депрессии, наряду со снижением настроения, отсутствием чувства радости и ангедонии, значительное место занимают навязчивые воспоминания о психотравмирующей ситуации с тревогой и страхом, повышенной чувствительностью и не-

уверенность, сопровождаемые достаточно выраженной астенической симптоматикой и нарушениями ночного сна. В 36 наблюдениях депрессивная симптоматика тесно переплеталась с фобическими нарушениями, приближаясь к клинике посттравматических стрессовых расстройств, в 23 — с тревожными расстройствами и в 21 — с выраженной астенией. У 19 потерпевших ведущим был тревожно-фобический синдром, при котором преобладали признаки тревожного ожидания с выраженными вегетативными нарушениями и эмоциональной лабильностью. Происходила акцентуализация премоурбидных черт характера в виде усиления тревожной мнительности, неуверенности, повышенной ранимости. Ухудшение состояния обычно провоцировалось необходимостью давать свидетельские показания, угрозами со стороны обвиняемых. В таких случаях нередко возникали самоформные расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы, вегетативные нарушения.

Более тяжелыми и длительными по течению являлись психические расстройства в группе с ипохондрическим синдромом (14 чел.), проявления которого обычно расцениваются как посттравматические стрессовые расстройства [1, 10]. У этих потерпевших к признакам психической дезадаптации следует отнести медлительность, вялость, слабость (в 100% наблюдений). Всех жертв насилия отличали чувство подавленности и угнетенности, нежелание чем-либо заниматься, усталость и разбитость после сна, раздражительность и вспыльчивость на фоне слезливости и плаксивости, повышенной чувствительности. Больные испытывали постоянную внутреннюю тревогу за себя и близких, переживали страх повторения конфликтной ситуации, которая постоянно "прокручивалась" в голове. Все это изнуряло, раздражало; утомляло, вызывало головные боли, потливость, сердцебиение. Навязчивые мысли, сомнения сочетались с ночными кошмарами, тяжелыми сновидениями (у 71,4%). Появлялись страх оставаться в одиночестве, опасение входить в свой дом, необъяснимая тревога. Возникали суицидальные мысли, рассуждения об отсутствии смысла жизни в такой обстановке (57,1—71,4%).

По виду психотравмирующей ситуации выявленные нами синдромы имели место при избиении с оскорблениями и угрозами (36—52%), просто избиении (14—35%), с ограблением, оскорблениями и издевательствами (5—21%), бытовой (семейной) травме (8—16%) и автотравме (3—5%).

Таким образом, экспертизе психических расстройств при травмах головы подлежат потерпевшие не только с сотрясением или ушибом головного мозга, но и с повреждениями лишь мягких тканей головы. При этом экспертной оценке должны быть подвергну-

ты как выраженность психических расстройств и их длительность, так и наличие причинно-следственной связи между повреждениями в криминально значимой ситуации и возникновением психических расстройств. Подобные обстоятельства диктуют необходимость проведения комплексной судебно-психиатрической и судебно-медицинской экспертизы, при которой оценка тяжести вреда здоровью должна базироваться на учете как тяжести соматических расстройств, так и выраженности психических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М.— Ростов-на-Дону, 1997.
2. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Комплексные судебно-психиатрические экспертизы: Пособие для врачей. — М., 1996.
3. Дубровская О.Ф. Руководство по использованию восьмипунктного теста Люшера. — М., 1997.
4. Калинин Ю.П.//Судебно-мед. эксперт. — 1996. — № 4. — С. 29—31.
5. Метелица Ю.Л. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших. — М., 1990.
6. Морозова Н.Б. Подростковая судебная психиатрия/Под ред. В.А. Гурьевой. — М., 1998.
7. Печерникова Т.П., Морозова Н.Б., Смирнова Т.А. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших, получивших черепно-мозговую травму в криминальной ситуации: Метод. рекомен. — М., 1995.
8. Положение об амбулаторной судебно-психиатрической экспертной комиссии. — М., 1985.
9. Попов Ю.В., Вид В.Д. Клинич. психiatr. — СПб., 1996.
10. Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших, получивших черепно-мозговую травму в криминальной ситуации: Метод. рекоменд. МЗ и МП РФ, ГНЦС и СП им. В.П. Сербского. — М., 1995.
11. Яхин К.К., Менделевич Д.М.//Казанский мед. ж. — 1978. — № 4. — С. 37—40.

Поступила 21.01.99.

EXPERT ESTIMATION OF MENTAL DISORDERS IN TRAUMAS OF THE HEAD

Yu. P. Kalinin, K.K. Yakhin, G.M. Kharin

S u m m a r y

Nature and manifestation of mental disorders in patients with various traumas of the head are studied. The possibility of relation between gravity of traumas of the head and peculiarities of developing mental disorders as well as frequency of revealing syndromes of clinically pronounced mental disorders is noted. Patients not only with concussion or contusion of the brain but with injuries of soft tissue of the head must undergo examination.