

УДК 616.895.6

А. М. Хачатурян

К КЛИНИКЕ И ДИНАМИКЕ БРЕДА РЕВНОСТИ ПРИ ВЯЛОТЕКУЩЕЙ, ПАРАНОИДНОЙ И РЕКУРРЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Работа посвящена анализу клиники, динамики и психопатологии синдрома бреда ревности при различных формах и типах течения шизофрении. Наблюдения показали, что возникновение бредовых идей ревности при шизофрении в значительной мере определяется преморбидным складом личности. Клиническая картина и динамика идей ревности в большей степени зависит от формы и вариантов течения процесса, что необходимо учитывать при дифференциации с другими нозологиями.

Проблема ревности, издавна привлекавшая внимание литераторов и являвшаяся предметом многочисленных дискуссий психологов и социологов, вошла в психиатрию в середине XIX в.

Эскироль /16/, выделяя болезненную ревность в самостоятельный клинический феномен, называл ее аффектной мономанией. В работах Нассе /20/, Крафт-Эбинга /18/, Бонгофера /14/ проводится параллель между бредовыми идеями ревности и хроническим алкоголизмом. Крафт-Эбинг считал алкоголизм единственной причиной возникновения патологической ревности. Не разделяя подобной точки зрения, Вернер /23/ указывал на возможность возникновения патологической ревности при органических поражениях головного мозга, и шизофрении.

В дальнейшем целая плеяда исследователей возвращалась к этой теме, интерес к которой особенно возрос за последние 15-20 лет. При этом наметились две основные тенденции: зарубежные авторы /15, 17, 20, 21, 22/ пытаются проникнуть в психологические механизмы патологической ревности, в то время как в отечественной литературе преобладает описание клиники и динамики синдрома в рамках различных заболеваний - при алкоголизме /1, 2/, в возрасте обратного развития /12/, в отдаленном периоде закрытой травмы черепа /5/ и др.

Несмотря на большое количество работ, посвященных указанной теме, клиницисты и по сей день встречаются со значительными трудностями при отнесении синдрома бреда ревности к той или иной нозологии. Особенно это касается идей ревности, возникающих на фоне шизофренного процесса. Значительный полиморфизм клинической картины,

большая частота экзогенных вредностей при шизофрении, да и самаспецифика бреда ревности являются причиной диагностических ошибок.

Настоящее сообщение посвящено анализу клиники, динамики и психопатологии синдрома бреда ревности при различных формах и типах течения шизофрении. Под наблюдением было 33 больных, страдающих шизофренией, из них 17 больных страдали галлюцинаторно-параноидной формой шизофрении с давностью заболевания 2-3 г., у 11 отмечалось вялое и у 5 - рекуррентное течение процесса с давностью заболевания соответственно 4 - 3 г. Все больные, находившиеся под нашим наблюдением, отличались в преморбиде сензитивностью, подозрительностью, болезненным самолюбием, а 27 из них в супружеской жизни были ревнивцами. Злоупотребление спиртными напитками в анамнезе больных отрицалось.

На возможность возникновения идей ревности при вялотекущей шизофрении указывали А. В. Снежевский и Р. А. Наджаров /9/. Однако в доступной литературе мы не нашли более подробных сведений по этому вопросу. У группы больных вялотекущей шизофренией идеи ревности развивались исподволь, проходя стадию сверхценных образований. На первых порах в сознании доминировала не убежденность в измене, а скорее страх перед ее возможностью. Исходя из этого, действия их сводились не к упрекам и попыткам разоблачить партнера, а к предостережению его от встреч и разговоров с лицами противоположного пола. С течением времени такого рода запреты распространялись на все более широкий круг лиц. Взгляд, брошенный на супругу, мимолетная беседа, случайное столкновение вызывали неадекватную реакцию со стороны больного. Требование "вести себя прилично" повторялось с возрастающей настойчивостью. Кристаллизации бредовых идей ревности предшествовали различного рода психотравматизирующие ситуации, касающиеся семейных отношений, чаще всего более или менее длительная разлука с объектом ревности, а также реальные факты или реже побуждения к измене со стороны самих больных.

К убеждению в супружеской неверности больные приходили логически не вполне понятным путем. Ведущее место в построении обвинения занимала патологическая символизация фактов действительности. Так, больная М., обнаружив, что вернувшийся из поездки супруг сменил марку сигарет, решила, что новые сигареты "навевают приятные воспоминания о днях, проведенных с любовницей". Поиск новых доказательств измены идет не по пути активной слежки, а путем искаженного толкования как настоящих, так и прошлых событий. Это обуславливает распространение идей ревности на период, когда отношения между супругами были хорошими, и даже на досупружеский период времени, что может в значительной степени исказить реальные сроки заболевания.

Бредовые идеи ревности при вялотекущей шизофрении долгое время оставались моносимптомом, и лишь через 3-4 г., а в отдельных случаях и через 7 лет, к ним присоединялись нестойкие идеи параноидного круга, которые полностью вытекали из ревнивых переживаний больного и зачастую носили преходящий характер. Обращает на себя внимание тот факт, что в бредовую систему включались также и родители самого

больного, которые, по его убеждению, играют роль покрывателей и заступников "распутницы". Такое отношение к родителям становится более понятным, если учесть, что браки в большинстве случаев происходили по их инициативе и помимо желания больного. Немалую роль, возможно, играет также парадоксальное отношение к родным больного шизофренией. Лечение больных с вялым течением процесса занимало до 2 месяцев. На 3-4-й неделе идеи ревности теряли аффективную заряженность, исчезала напряженность, появлялись нотки сомнения. Наступал благоприятный период для осторожной коррекции взглядов больного.

Описанию синдрома бреда ревности при параноидной форме шизофрении посвящено наибольшее количество работ из доступной нам литературы. А. Ф. Москвичева /7/ считает, что бредовые идеи ревности, возникая на ранних этапах заболевания, некоторое время доминируют в клинической картине, но сравнительно быстро теряют свою актуальность. В. П. Джимшелеишвили, О. Р. Читава и др. /3/ наблюдали и другой вариант течения бреда ревности, когда присоединявшиеся идеи, отношения, преследования, отравления были органически связаны с идеями ревности. На возможность доминирования идей ревности в картине параноидной шизофрении указывали и другие авторы /4, 6, 11/.

Наблюдаемых нами больных с этой формой шизофрении можно разделить на две группы. В 12 случаях идеи ревности возникали в дебюте заболевания. Почти одновременно с патологической ревностью возникали другие бредовые идеи параноидного круга, которые на первых порах неизменно связывались с идеями ревности. Ссора с соседями, конфликт на работе, "недоброжелательный" взгляд прохожего трактовались как гонения со стороны "любовников жены", которая "посвящена" во все действия, направленные против больного. В дальнейшем у части больных /7 человек/ развивался выраженный синдром Кандинского-Клерамбо с замыканием в своих галлюцинаторных переживаниях, вялостью, безынициативностью. Тема ревности отступала на задний план. Это, однако, не исключало эпизодических вспышек агрессии, направленных против супруги. В остальных 5 случаях идеи ревности продолжали доминировать в клинической картине. Присоединявшиеся идеи параноидного круга не ступеньвали ревнивых переживаний больного. Напротив, бред ревности становился более рельефным, повышалась его аффективная заряженность.

В приведенной выше литературе довольно часто встречаются указания на то, что бредовые идеи ревности при шизофрении "не нуждаются в доказательствах". Больные, находившиеся под нашим наблюдением, не то чтобы вовсе не приводили никаких доказательств, но убежденность их исходила опять же из галлюцинаторно-бредовых переживаний: (обонятельные и вкусовые галлюцинации и иллюзии, искаженная трактовка действий окружающих по типу бреда отношений и особого значения и т. д.). Получался своеобразный порочный круг: параноидные идеи, связываясь с идеями ревности, становятся "неопровержимым" доказательством измены, что делает утверждения больных в высшей степени безапелляционными. Предбодение, по их мнению, совершается во всех

тех случаях, когда предмет ревности находится вне поля зрения. В этих случаях идеи ревности с большим трудом поддавались обратному развитию. Положительный эффект достигался лишь после 3-4 месяцев интенсивной терапии.

В 5 случаях идеи ревности возникали на высоте галлюцинаторно-бредовых переживаний больного и были тесно связаны с фабулой слуховых, реже зрительных псевдогаллюцинаций. Во время отлучек из дома эти больные слышали голоса, рассказывающие, что в их отсутствие какие-то люди пытаются соблазнить их жен, требуют, чтобы те покинули больного, избивают его детей. У части больных вербальные комментарии сопровождалась зрительной "демонстрацией всего происходящего". Обуреваемые жадой защитить семью от "позора", они переставали выходить на работу, предпочитая весь день проводить дома. Тема галлюцинаций менялась, и они относительно успокаивались. Однако стоило больным отлучиться, хотя бы ненадолго, как тема "измены" вновь всплывала в галлюцинаторных переживаниях. В стационаре такие больные были крайне беспокойными, напряженными, поминутно и упорно требовали выписки, так как "семье нужна защита". Характерным для разбираемого варианта является то, что супруга выступала не в качестве развратницы, а в качестве жертвы, подвергающейся гонению и насилию. Лишенная защиты жена "вынуждена была уступать" притязаниям соперников. Такая убежденность в какой-то мере уменьшала агрессивность больных в отношении объекта ревности, увеличивая ее в отношении окружающих и, в частности, медицинского персонала.

Уже на 2-3-й неделе лечения, после исчезновения галлюцинаций, идеи ревности теряли аффективную окраску и высказывались без прежней убежденности. Уменьшалась агрессивность больных, они становились более доступными, не противились выполнению назначений.

Бредовые идеи ревности в рамках рекуррентной шизофрении были описаны Г. Н. Соцевич /10/, Л. П. Яковлевой /13/, которая отмечает, что последние возникают остро и сопровождаются бредом иного содержания, а также идеями самообвинения и суицидальными тенденциями. Л. П. Яковлева описывает также 3 случая бреда ревности, возникающего без аффективных расстройств, но с течением процесса приближающимся к периодическому.

Подтверждая в основном литературные данные, мы можем добавить, что в наблюдаемых нами случаях прочие бредовые идеи параноидного круга ни коим образом не связывались с ревнивыми притязаниями больных. Возникла своеобразная ситуация, при которой две бредовые системы существовали как бы сами по себе, не обнаруживая никаких точек соприкосновения. Такое положение встречалось нами только при периодической форме шизофрении. На первый взгляд, могло показаться, что депрессивный фонд настроения является прямым следствием и вытекает из фабулы бредовых переживаний больного. Однако подробные анамнестические сведения свидетельствуют о том, что еще за 1,5-2 недели до кристаллизации бредовых идей ревности у них отмечалось снижение настроения с оттенками тоскливости и страха.

Характерным для бреда ревности, возникшего на фоне рекуррентного течения процесса, являлось также и то, что любовником жены становилось любое лицо /или лица/, попавшее в поле зрения больного в период обострения. Мысль о том, что тот или иной человек является любовником жены, возникла внезапно по типу "бредового озарения". Обвинения больного характеризовались крайне скудной аргументацией. Так, больной П. внезапно напал с ножом на брата, утверждая, что тот состоит в интимных связях с женой. Характерно, что ни до, ни после упомянутого инцидента брат больного не включался в число любовников жены.

Больные, страдающие рекуррентной шизофренией, легче других поддавались лечению. Несмотря на наличие идей ревности, они не противились пребыванию в стационаре, без возражений выполняли назначения врача. Приблизительно через 1,5 месяца идеи ревности исчезали, восстанавливалась критика к бредовым переживаниям. По выписке из стационара эти больные сравнительно быстро восстанавливали социальные контакты и возвращались к нормальной трудовой деятельности.

Анализируя наш материал, мы попытались проследить частоту социально опасных действий, совершаемых больными с бредом ревности при различных вариантах течения шизофрении. Наш материал не позволил выделить ту или иную группу больных как представляющую наибольшую социальную опасность. Криминальные действия совершались с одинаковым успехом больными всех 3 групп. Причем опасности подвергались не только супруга, но и близкие родственники больного, включая родителей. Так, один больной, находившийся под нашим наблюдением, хотел зарубить топором собственную мать, пытавшуюся защитить невестку. Последняя только чудом избежала смертельного удара. Другой больной пытался задушить своего ребенка, полагая, что тот является "плодом разврата". Бредовая убежденность больного, что его дети от другого мужчины, довольно часто встречается в картине синдрома патологической ревности. Опасные действия, совершаемые против детей, сравнительно редки, но всегда чреватые тяжелыми последствиями, во-первых, потому, что ребенок не в состоянии оказать сколько-либо реального сопротивления, во-вторых, даже незначительная травма может повлечь серьезные расстройства здоровья или смертельный исход.

Существенным образом влиял тип течения процесса на характер опасных действий больных шизофренией. Больные рекуррентной формой шизофрении были склонны к одномоментным всплескам агрессии, которые затухали так же быстро, как и возникали, и, как правило, не достигали цели. При вялотекущей шизофрении решение принималось заранее, однако не в результате длительной борьбы противоречивых тенденций. В сознании больного зреет убежденность в необходимости "пресечь", "покарать", которая, не сталкиваясь с противоречащими представлениями, довольно быстро занимает доминирующее положение. За некоторое время до реализации принятого решения больные принимали, как правило, то или иное количество алкогольных напитков. При этом ни жена, ни родственники больного не отмечали у него явных признаков опьянения.

Из сказанного следует, что возникновение бредовых идей ревности при шизофрении в значительной мере определяется преморбидным складом личности. Клиническая картина и динамика идей ревности в большой степени зависит от формы и вариантов течения процесса, что необходимо учитывать при дифференциации с другими нозологиями. Тип течения шизофрении, не влияя на частоту социально-опасных действий, определяет в какой-то мере их характер. Алкоголь, принятый даже в незначительных количествах, облегчает свершение больными общественно-опасных актов.

Кафедра психиатрии
Ереванского медицинского
института

Поступила 25/IX 1973г.

Ա. Մ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ԽԱՆԻԻ ԶԱՌԱՆՑԱՆՔԻ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ԵՎ ԿԻՆԱՄԻԿԱՅԻ ՇՈՒՐՋՐ
ԴԱՆԴԱԳՂՆԹԱՑ ՊԱՐԱՆՈՒԻ ԵՎ ԲԵԿՈՒՐԵՆՏ ՇԻՋՈՖՐԵՆՆԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ու մ

Չնայած այն հանգամանքին, որ պսիխոդիկ խանգի պրոբլեմի վերաբերյալ մեծ բունակությամբ աշխատություններ կան, այնուամենայնիվ խանգի զառանցանքի սինդրոմը այս կամ այն նոպոլոգիական միավորին վերադրելիս զգալի դժվարությունների են հանդիպում: Դա հատկապես վերաբերվում է շիզոֆրենիայի ֆոնի վրա առաջացած խանգի իդեային, որի դեպքում կլինիկական պատկերի բազմազանությունը, արտաքին վնասակար ազդակների հաճախականությունը, ինչպես նաև հենց իր խանգի գառանցանքի յուրօրինակությունը պատճառ են դասնում սխալ արտոբրոչումների:

Ներկա աշխատանքը վերաբերվում է շիզոֆրենիայի տարբեր ձևերի և ընթացքի ժամանակ խանգի սինդրոմի պսիխոպաթոլոգիայի և կլինիկական ընթացքի վերլուծությանը, որ հիմնված է 33 հիվանդի կլինիկական անալիզի վրա: Մեր դիտումները ցույց են տվել, որ շիզոֆրենիայի ժամանակ խանգի զառանցանքի իդեաների առաջացումը զգալիորեն կապված են անձի մինչև հիվանդացին պսիխիկական յուրօրինականությունից:

Խանգի իդեայի պատկերը, նրա ընթացքը մեծ մասամբ կապված է պրոցեսի, ձևի և տարատեսակի ընթացքի հետ, որը անկասկած պետք է նկատի առնվի այն նոպոլոգիական միավորներից տարբերակելու գործում: Շիզոֆրենիայի տեսակի ընթացքը չազդելով սրջիալ վնասակարության հաճախականության ազդեցության վրա, որոշ շափով պարզում է նրանց բնույթը, նույնիսկ ամենաչնչին բանակությամբ բնորոշած ակոնոլոր նպաստում է հիվանդի կողմից կատարվող վատանգավոր ակտին:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Баншиков В. М., Короленко Ц. П. Алкоголизм и алкогольные психозы. М., 1968.
2. Гасанов Х. А. Острые алкогольные психозы. Баку, 1964.
3. Джимшелейшвили В. П., Читава О. Р. и др. Материалы Закавказской научной конференции психиатров, посвященной 50-летию установления Советской власти. Ереван, 1967, стр. 76.
4. Завилянский М. Я. Вопросы психиатрии. Труды Киевского института, т. 7. Киев, 1936, стр. 113.
5. Иванец Н. И. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1971, 7, стр. 1939.
6. Контарович Н. В., Дегтярев Б. Н. В сб.: Клиника, патогенез и лечение нервно-психических заболеваний. М., 1970, стр. 22
7. Москвичева А. Ф. В сб.: Проблемы шизофрении, неврозов, реактивных состояний и организация психиатрической помощи. М., 1961, стр. 22.
8. Москвичева А. Ф. В кн.: Шизофрения. М., 1968, стр. 64.
9. Снежевский А. В. В кн.: Шизофрения. М., 1972, стр. 36.
10. Соцевич Г. Н. Дисс. докт. М., 1971.
11. Шостакович Б. В. Судебно-медицинская экспертиза, 1968, 3, стр. 39.
12. Ширина М. Г. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1963, 4, стр. 100.
13. Яковлева Л. П. Вопросы клинической психиатрии, т. 91. Душамбе, 1967, стр. 164.
14. Bonhoeffer K. Arch. Psychiat. Nervenkr., 1917, 58, 58.
15. Gesel A. Amer. J. Psychol., 1906, 17, 437.
16. Esquirole. Des maladies mentales considérées sous reports médicale, hyg. et méd. leg. Paris, 1883.
17. Klein M. Envy and Gratitude, 1957, Tavistock Pub. Ltd.
18. Kraft-Ebing R. Учебник психиатрии. СПЕ., 1897, 738.
19. Podolsky E. Dis. Nerv. Syst., 1961, 22, 8, 438.
20. Nasse O. Allg. Z. Psychiat., 1877, 34, 167.
21. Seidenberg M. Psychoanalytic Review, 1952, 39, 345.
22. Sepherd M. J. Ment. Sci., 1961, 107, 449, 687.
23. Werner Цит. см. Пурас А. С. Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1967, 12.