

УДК 616.89—008.4

А. М. ХАЧАТУРЯН

К КЛИНИКЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО БРЕДА РЕВНОСТИ

Приводятся данные относительно психопатологии, клиники и динамики бреда ревности, возникающих в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы. Рассмотрено два варианта посттравматического бреда ревности в зависимости от типа течения посттравматического психоза — хронического и ремитирующего. Выделены некоторые дифференциально-диагностические критерии посттравматического бреда ревности.

В литературе имеется сравнительно небольшое количество работ, посвященных клинике бреда ревности в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы. Между тем этот вид патологии нередко встречается в клинике душевных заболеваний, порождая значительные дифференциально-диагностические трудности. В работах ряда авторов [15, 16, 18] имеются лишь упоминания о возможности возникновения патологической ревности после перенесенной закрытой травмы черепа. Более детальное описание бреда ревности у лиц, перенесших черепно-мозговую травму, приводится в работах отечественных авторов. Б. С. Трахтенберг [12], Д. Ю. Фрагина [13], А. Ф. Москвичева [9] указывают, что бред ревности может возникать на фоне психопатизации личности, выражающейся в повышенной раздражительности и возбудимости, и не занимать доминирующего положения в клинической картине. А. Х. Лазарова [6] считает, что бред ревности в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы возникает на почве приобретенной церебральной недостаточности. Аналогичного мнения придерживается Н. Н. Иванец [5], давший наиболее детальное описание патологической ревности у лиц с травматическим поражением головного мозга. Согласно данным этого исследователя, патологическая ревность довольно часто занимает доминирующее положение в клинике заболевания и проявляется в виде сверхценных и бредовых идей ревности. Таким образом, среди психиатров нет единого мнения относительно психопатологии и клиники посттравматического бреда ревности, что обуславливает необходимость дальнейшего его изучения.

Под нашим наблюдением находилось 15 больных с бредом ревности в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы в возрасте от 34 до 50 лет. У 7 больных в преморбиде наблюдались психопатоподобные черты характера в виде повышенной возбудимости, раздражительности, склонности к асоциальному поведению. У 4 больных отмечалось снижение потенции. Двое страдали эпилептиформными судорожными

припадками. В момент исследования у всех больных были выявлены неврологические сдвиги: оживление сухожильных рефлексов, анизорефлексия, наличие патологических симптомов со стороны черепно-мозговых нервов (анизокория, слабость конвергенции, асимметрия мышц лица), а также патологические рефлексы. Реже имели место очаговые расстройства типа моно- и гемипарезов. При люмбальной пункции (9 наблюдений) обнаруживалось повышение внутричерепного давления, умеренный цитоз, повышенное содержание белка в спинномозговой жидкости. Электроэнцефалографическое исследование выявляло нарушение биоэлектрической активности мозга (межполушарная и междолевая асимметрия, асинхронность колебаний, в некоторых случаях наличие медленных волн).

Психические нарушения выражались, в первую очередь, в астеническом симптомокомплексе. У больных после травмы появлялись повышенная утомляемость, головные боли, головокружения, нарушения ритма сна и бодрствования. Наряду с этим отмечалась повышенная интолерантность к сильным раздражителям, нередко избирательное понижение толерантности к определенным раздражителям.

В большинстве случаев имели место легкие мнестические расстройства. Особенно отчетливые изменения происходили в эмоциональной сфере. После травмы у больных отмечалась повышенная возбудимость, раздражительность, вспыльчивость, склонность к аффектам гнева и злобы. В межличностных отношениях обращали на себя внимание учащающиеся конфликты с окружающими, несвойственная ранее эгоцентричность, повышенная требовательность к поведению окружающих при сниженной критике к своему собственному поведению. Интересно отметить, что указанные характерологические сдвиги не только не имели тенденции к обратному развитию, но в некоторых случаях прогрессировали. Этому, на наш взгляд, способствовали такие моменты, как длительные соматические заболевания, производственные вредности, напряженный темп работы, частые конфликты, в большинстве которых были повинны сами больные. Проградиентный тип характерологических изменений позволял говорить о «посттравматическом развитии личности».

Идеи ревности появлялись на 4—11-й год после перенесенной травмы. Возникновение ревности в большинстве случаев находилось в связи с более или менее длительно существующей конфликтной ситуацией в семье больного. На большую роль психогенных факторов в возникновении посттравматических бредовых психозов указывали М. О. Гуревич [3], Е. С. Гайдай [2] и некоторые другие авторы.

Формирование бреда ревности у больных шло либо постепенно, либо быстро. При постепенном формировании бреда ревности прослеживалась этапность в развитии идей ревности. К моменту появления идей ревности в характере больных, наряду с перечисленными, отмечались такие черты, как вязкость эмоциональных реакций, эксплозивность, обстоятельность мышления, эгоцентричность, злопамятность, приближающиеся к эпилептоидным. Больные способны были длительное время

помнить «нанесенные им обиды», эмоционально бурно реагировали на них, даже по прошествии значительного срока. Подобные черты личности, способствующие развитию бредового психоза у травматика, описаны Е. Кречмером [17], А. А. Перельманом [11], Р. Бернером [14], Т. Б. Никонсой [10]. Динамику и клинические особенности бреда ревности у этой группы больных иллюстрирует следующий случай. Больной Р. до получения черепно-мозговой травмы не отличался какими-либо особенностями, которые могли бы свидетельствовать о психопатии. После травмы у больного нарастают церебралитические явления. На этом фоне все отчетливее выступают аффективные расстройства: возбудимость, легкая ранимость, склонность к реакциям гнева и ярости. При этом сила аффективных реакций не соответствует аффектогенному поводу. Постепенно кататимный тип реагирования начинает занимать ведущее место, изменяя личностный облик больного. Такое состояние определяется В. А. Мелик-Мкртчяном [8] как психопатоподобный синдром. Аффективная взрывчатость, склонность к эксплозивным разрядам, сопровождающиеся агрессивными актами, все с большим трудом корректируются сознанием больного.

Интересен сам механизм возникновения ревности. Больной обращает внимание на различия в конфигурации пальцев своих ног и ног своего ребенка, откуда и появляются подозрения в неверности. В основе этого явления лежит, по-видимому, особая патологическая стойкость отдельных, иногда случайных, кататимных образований, «выхваченных» в какой-то момент заболевания [4]. Демонстративен также и последующий процесс формирования паранойяльного бреда ревности. Сначала в сознании больного происходит борьба между ложными, но аффективно насыщенными представлениями и логическими доводами, основывающимися на предшествующей практике. На этом этапе больной пытается избавиться от нелепой мысли. Таким образом, идеи ревности в этот период имеют оттенок навязчивости. Однако в дальнейшем логика мышления «ставится на службу» ложным представлениям. Несмотря на наличие убежденности в измене, больной не ищет активно доказательств неверности, ограничиваясь пассивным толкованием узкого круга событий. Бред ревности отличается выраженной аффективной окраской. Обращает на себя внимание отсутствие тенденции к детальной систематизации идей ревности. Больной не приводит многочисленных доказательств измены. Опорным пунктом в его подозрениях служит первоначальная ситуация, при которой возникли идеи ревности.

Анализируемый случай интересен также и тем, что агрессия больного направлена не только на жену, но и на маленького ребенка. Поведение больного в момент агрессии становится более понятным с учетом ситуации, в которой она была совершена. С одной стороны, у больного существовала уверенность, что это не его ребенок. С другой стороны, надо учитывать, что агрессия совершалась на высоте конфликта, в период эмоционального разряда на фоне суженного сознания с высвобождением подкорковых пропатических компонентов.

Переходим к анализу случаев, характеризующихся появлением бредовых идей ревности в структуре острого психотического состояния. В эту группу вошло 6 больных. У 3 из них наблюдались повторные приступы психоза с бредом ревности. Такая динамика заболевания соответствует ремитирующему типу течения психоза при закрытых черепно-мозговых травмах, описанных Д. Е. Мелеховым [7]. Е. С. Гайдай [1], характеризуя посттравматический «шизофреноподобный синдром», указывал на аналогичный вариант течения психоза.

Клиническую картину, характерную для этой группы больных, можно иллюстрировать следующим примером: у больного Х. после тяжелой черепно-мозговой травмы происходит выраженная кататимная перестройка личности. Будучи в преморбиде уравновешенной синтонной личностью, больной становится раздражительным, вспыльчивым. Появляется склонность к аффектам ярости и гнева. В первые годы после травмы эти изменения не столь выражены. Однако в дальнейшем кататимная форма реагирования все больше определяет поведение и действия больного. Возникающие в связи с этим конфликтные отношения с окружающими, в свою очередь, способствуют углублению характерологических сдвигов. Идеи ревности возникают на фоне острой декомпенсации посттравматических расстройств. Появлению декомпенсации, в свою очередь, способствует конфликтная ситуация, возникшая в результате кататимного поведения больного. Одновременно с бредом ревности появляются бредовые идеи преследования, содержание их отражает ситуацию. Вся бредовая система в целом носит черты «понятных связей». Возникновение бреда ревности в данном случае связано, очевидно, с позицией, которую занимала жена больного. Не следует забывать также, что и до заболевания больной был склонен ревновать супругу. Одновременно с бредовой интерпретацией текущих событий возникает конфабуляторно-бредовая интерпретация событий, связанных с ситуацией, в которой больной получил травму. Бредовые идеи ревности и преследования мало доказываются, не обнаруживают склонности к развитию, носят черты «застывших утверждений». Катamnестические данные показывают, что у больного возникают повторные приступы психотического состояния. Следует отметить, что как в анализируемом случае, так и в других наблюдениях из этой группы бредовые идеи ревности в структуре повторных психотических состояний возникали как бы спонтанно, без внешнего повода.

Обобщая данные наших наблюдений, можно выделить некоторые общие черты, характерные для посттравматического бреда ревности. Развитию патологической ревности предшествует выраженная кататимная перестройка личности, ведущая к социальной дезадаптации и нарушению способности к адекватному отражению действительности. Подозрения в неверности могут появляться в связи с единичным поводом, который, подкрепляясь мощным аффективным зарядом, приобретает патологическую стойкость, надолго фиксируясь в сознании больного. Весь процесс формирования бреда ревности приближается к таковому

при реактивном бреде, отличаясь от последнего наличием соответствующей органической почвы и гораздо меньше—объективной.

В клинике посттравматического бреда ревности обращает внимание отсутствие «активно-экспериментаторского» метода поиска доказательств измены, отсутствие склонности к интерпретативному толкованию и привлечению в сферу бредового мировоззрения широкого круга событий и фактов, слабая тенденция к систематизации бреда ревности, выраженная эмоциональная окраска бредовых переживаний со склонностью к эксплозивным реакциям.

Кафедра психиатрии Ереванского
медицинского института

Поступила 1/X 1976 г.

Ա. Մ. ԽԱՉԱՏՐՅԱՆ

ՀԵՏՏՐԱՎՄԱՏԻԿ ԽԱՆՈՒ ԶԱՌԱՆՑԱՆՔՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ՄԱՍԻՆ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Խանդի զառանցանքով տառապող 15 հիվանդների կլինիկա-կատամնեստիկ դիտարկումների տվյալներով պարզաբանված է, որ զանգուղեղային փակ վնասվածքների հետևից շրջաններում խանդի զառանցանքը կարող է առաջանալ աստիճանաբար անձի փսիխոպաթիկ փոփոխությունների ֆոնի վրա կամ անկարող է ծագել հետտրավմատիկ սուր փսիխոզի դեպքում ու ունենալ քողարկված ընթացք: Հետտրավմատիկ խանդի զառանցանքի բնորոշ դժերից է այն, որ զառանցանքը կարող է ծագել սոսկ մեկ առիթով:

Խանդի զառանցանքին նախորդում է անձի խիստ արտահայտված կատաթիկ ձևափոխությունը, որը տանում է դեպի սոցիալական դեզադապտացիայի և իրականության աղեկված արտացոլման ունակության խանգարման:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гайдай Е. С. Дисс. канд. М., 1962.
2. Гайдай Е. С. Труды Центрального научно-исслед. института судебной психиатрии. М., 1965, 16, стр. 108.
3. Гуревич М. О. Нервные и психические расстройства при закрытых травмах черепа. М., 1948.
4. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. М., 1965.
5. Иванец Н. Н. Ж. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1971, 7, стр. 1039.
6. Лазарова А. Х. Автореферат канд. дисс. Ростов-на-Дону, 1967.
7. Мелехов Д. Е. В сб.: Психические нарушения при органических заболеваниях головного мозга. М., 1958, стр. 29.
8. Мелик-Мкртчян В. А. В сб.: Проблемы суд. психиатрии, вып. XVI, 1965, стр. 17.
9. Москвичева А. Ф. В кн.: Проблемы шизофрении, неврозов, реактивных состояний и организация психиатрической помощи, т. 1. М., 1961, стр. 22.
10. Никонова Т. Б. Ж. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1946, 8, стр. 1200.
11. Перельман А. А. Ж. невропат. и психиатр. им. С. С. Корсакова, 1946, 4, стр. 59.
12. Трахтенберг Б. С. Научная конференция, посвященная 150-летию Киевской психоневрологической больницы. Тезисы докладов. Киев, 1956, стр. 51.

13. *Фрагина Д. Ю.* В кн.: Материалы научной конференции, посвященной 75-летию со дня основания областной психиатрической больницы в г. Рязани. Рязань, 1963, стр. 42.
14. *Berner R.* Das paranoische Syndrom, Berlin, 1965.
15. *Dominik M.* Psychiatr. Pol., 1971, 5, 17.
16. *Ey H.* Jalousie morbide. Etudes psychiatriques. Paris, 1950, II, 483.
17. *Kretschmer E.* Der sensitive Beziehungswahn. Berlin, 1918.
18. *Podolsky E.* Dis. Nerv. Syst., 1961, 22, 438.