

К КЛИНИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ЭРОТОМАНИИ

А.К. Даниелян

*/Кафедра психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Национального института здравоохранения Республики Армения/
375051 Ереван, ул. Комитаса, 49/4*

Ключевые слова: эротомания, бред, психозы, диагностика, сексуальные расстройства

Изучаемая форма бреда сексуального содержания в литературе описывается также под названиями: эротоманическая паранойя [5, 10, 22], умопомешательство старой девы [18], Paranoid eroticism [21], синдром Клерамбо (Psychoses passionnelles по Clerambault) [12], эротический, любовный или эротоманический бред [3,16], или просто эротомания [3,13,14,23,26].

Выделение эротомании как разновидности бредового психоза сексуального содержания начинается с XVII века, периода формирования психиатрических нозологических концепций.

В настоящее время остается нерешенным вопрос, специфичен ли этот бред только лишь для шизофрении. Если нет, то каковы его специфические особенности при различных психических заболеваниях. Актуальность данного вопроса очевидна, и его решению посвящается настоящая работа.

Материал и методы

Нами проводились клинико-психопатологическое, экспериментально-психологическое и неврологическое (в том числе ЭЭГ, ЭхоЭГ, нейроофтальмологическое) обследования 31 больной в возрасте 20–83г. Из обследованных шизофренией страдали 21 и экзогенно-органическими психическими расстройствами – 10 чел.

Результаты и обсуждение

Изучение преморбидных особенностей у наблюдаемых нами больных показывает, что еще задолго до начала возникновения вышеуказанных эндогенных и экзогенно-органических психических заболеваний у больных постепенно появлялись некоторые достаточно сходные черты характера, которые резко обострялись как в препубертатном и пубертатном периодах, так и непосредственно перед развитием эротоманического бреда. У лиц, страдающих шизофренией, эти особенности характера проявлялись у 3 больных в форме чрезмерной общительности, склонности к озорству (гипертимические черты); у 2 – склонностью к циклотимическим колебаниям настроения, чаще субдепрессивного характера, повышенной утомляемостью; у 3 – астено-невротическими явлениями (часто повторяющийся беспокойный сон, плохой аппетит, плаксивость, ночные страхи, повышенная утомляемость, раздражительность, а также склонность к ипохондризации), у 2 больных – тревожной мнительностью или замкнутостью. Общими чертами для больных этой группы с

ранних лет являются мечтательность, склонность к фантазированию, внушаемость и самовнушаемость, пристрастие к чтению книг о любви, просмотру кинофильмов с эротическим содержанием или же склонность к общению с лицами противоположного пола. У одной больной с маниакально-депрессивным психозом с ранних лет отмечалась склонность к частым колебаниям настроения, повышенная пугливость, боязливость, у другой – постоянное ощущение собственной неполноценности и склонность к уединению, у третьей в преморбиде не отмечались черты характера, которые можно было бы характеризовать как странности или отнести к акцентуации характера. У 2 больных, страдающих экзогенно-органическими психическими расстройствами, с ранних лет появлялись и обострялись перед развитием психотических расстройств либо преморбидные черты характера (астено-невротические, эпилептоидные или истероидные явления), либо (5 чел.) признаки психопатоподобного (астенического, эксплозивного или истероидного) изменения личности по органическому типу. У этого контингента больных еще в период перенесенного экзогенно-органического заболевания мозга имели место психосексуальные расстройства в форме эротических (генитальных) галлюцинаций сексуального содержания. Из 5 больных, страдающих шизофренией, у одной с маниакально-депрессивным психозом и у 5 с экзогенно-органическими психическими расстройствами перед развитием эротоманического бреда отмечались различные провоцирующие экзогенные вредности (инфекция, интоксикация, физическая или психическая травма). Наследственная отягощенность психическими заболеваниями среди близких родственников имела место у 5 больных (шизофрения – 3, маниакально-депрессивный психоз – 1, экзогенно-органические заболевания головного мозга – 1).

По данным литературы [3,4,12], в основе эротоманического бреда лежит убеждение больной в том, что некое лицо любит ее. У больной развиваются бредовые переживания по поводу преследований ее этим лицом и невозможности избавиться от него. Больная убеждена в силе его чувств, невозможности быть счастливым без нее, открыто говорить о своей тайной любви, и это является причиной его парадоксального поведения. У некоторых больных бред любви трансформируется в бред преследования. Принято считать, что это болезненное состояние проходит двумя фазами – фаза надежды сменяется фазой негодования [12]. Любовный бред отличается возвышенным платоническим характером, проникнут убеждением в необычайной красоте и привлекательности больной. Иногда аутистическая мечтательность сменяется резкой прямолинейностью, упорной борьбой за обладание мнимым партнером. Больная назойливо добивается встречи и объяснения с объектом своих вожделений, подвергает его неустанным эротическим преследованиям, пишет бесчисленные письма и делает настойчивые предложения вступить в брак. В письмах она извещает, что знает о его тайной любви к ней, сообщает, что он является отцом ее детей, хотя иногда сознает, что не было сексуальных взаимоотношений. Она верит, что он выслал деньги для нее и в письме благодарит, принимая это как доказательство любви [28]. Оставляя своих близких, мужа, детей, больные с любовным бредом бесцеремонно вторгаются в чужие семьи, создавая в них весьма драматические ситуации. Описанный бред является монотематическим “чистым”

("pure erotomaniano" Clerambault) паранойяльным бредом любви [12]. Однако, как свидетельствуют данные литературы и наши наблюдения, такие "чистые" случаи являются редкостью. Гораздо чаще встречаются случаи любовного бреда с более разнообразной фабулой и структурой, где мнимый любовник чаще бывает старше по возрасту. Больной кажется, что он не может сделать открытое признание в любви, и поэтому каждое его слово или жест она истолковывает как выражение чувства, стремясь преодолеть его мнимую застенчивость проявлением провокационного кокетства. Иногда стремление к сексуальному сближению больная скрывает под негативным отношением к нему, ей кажется, что он смотрит на нее с вожделением и даже пытается ее изнасиловать. В ряде случаев сексуальное желание распространяется на многих, и каждый мужчина превращается в потенциального поклонника, любовника, преследователя или насильника [4]. Иногда любовный бред сопровождается бредовыми идеями отношения и преследования.

В ряде случаев структура эротоманического бреда бывает сложной. Больные чувствуют, что их мысли находятся под чьим-то контролем [12]. Больные не только преследуют своих мнимых любовников, но и сами становятся объектом преследования и насмешек с их стороны, у них возникают "галлюцинации половых органов" [5], т.е. генитальные галлюцинации и бредовые идеи об извращении пола больной [5]. Любовный бред нередко сопровождается эпизодами острого параноида, фантастической парафрении, онейроида [17], галлюцинаторно-параноидными [24,29], обсессивными [33], маниакальными [27] или депрессивными [11] явлениями, явлениями симптомов Капгра [28,32] или Фреголи [31], психотическими приступами нешизофренической природы [2], бредом воображения, конфабуляторным [6,7] или сверхценным бредом [9] и другими психопатологическими симптомами и синдромами также сексуального содержания. Касаясь формы течения изучаемого бреда, необходимо отметить, что в чистом, неосложненном виде он протекает либо в форме сверхценного, паранойяльного бреда, чистой (эссенциальной) или первичной эротомании, возникающих внезапно, либо в форме вторичной эротомании, которая развивается постепенно на фоне ранее существующего психоза параноидного типа [19]. Наконец, эротомания может возникать внезапно и протекать в форме острого любовного бреда с идеями о замужестве и галлюцинациями [15]. По характеру течения эротомания может протекать рецидивирующим течением (периодами по несколько недель или месяцев), а также замещаться сходным бредом, касающимся другого мужчины [20]. Достоверно [2], что в противоположность любовному бреду паранойяльной структуры, формирующемуся по типу бреда толкования, при эротоманическом бреде ведущая роль в бредообразовании принадлежит "сверхценному аффекту", по П.Б. Ганнушкину, нередко при участии иллюзорных расстройств (симптомы Капгра, иллюзии Фреголи) [2]. Эротоманические бредовые идеи, не обнаруживая тенденции к расширению или изменению тематики бреда, могут протекать в форме сверхценного бреда [2,9], а также иметь тенденцию к его затуханию, его постепенному слиянию с личностью больного по типу амалгамирования по Weitbrecht [30].

Изучение роли различных предрасполагающих или провоцирующих факторов в развитии эротоманического бреда показывает, что они хотя и не в одинаковой мере,

но бесспорно играют определенную роль как в развитии, так и в специфических синдромообразовательных процессах изучаемых психозов. Если при эндогенных психозах изучаемый бред возникает в первый же год основного психического заболевания, чаще при первом же психотическом приступе, то при экзогенно-органических психических нарушениях психотические расстройства сексуального содержания вначале возникают именно в период развития экзогенно-органического заболевания головного мозга (менингита и т.д.) и проявляются в форме генитальных галлюцинаций или отражаются в содержании различных галлюцинаций. Эротоманический развернутый бред в таких случаях возникает только в отдаленном периоде цереброорганических изменений. Клинические особенности эротоманического бреда при отдельных психотических состояниях не всегда оказываются достаточно информативными, чтобы на их основании можно было безошибочно установить принадлежность этого бреда к тому или другому психическому заболеванию, но они становятся вполне информативными при условии изучения их особенностей не только при отдельных психотических состояниях, но и в динамике (от приступа к приступу), т.е. при изучении закономерностей чередования (стереотип развития, патокинез или синдромокинез) того синдрома, в структуре которого проявляется этот бред на сравнительно большом отрезке времени. Учет вышеуказанных обстоятельств показывает, что эротоманический бред при непрерывно-прогредиентной параноидной шизофрении либо проявляется лишь в форме паранойяльного или сверхценного бреда, не обнаруживая тенденции к переходу в параноидный бред, либо, начинаясь в форме паранойяльного бреда, постепенно трансформируется в параноидный, а затем в парафренный бред. При шубообразной шизофрении эротоманический бред редко протекает в форме паранойяльного или сверхценного бреда. Чаще как при шубообразной, так и при периодической шизофрении указанный бред проявляется в структуре закономерно чередующихся в рамках одного приступа аффективных (маниакальных или депрессивных), затем аффективно-бредовых (в том числе острых чувственных и парафренных) и онейроидно-кататонических состояний. При рецидивах же психотических приступов указанный бред проявляется уже в рамках либо аффективных, либо аффективно-бредовых приступов. Для всех вышеуказанных форм шизофрении характерно, что по мере осложнений того синдрома, в рамках которого проявляется этот бред, постепенно любовный бред перестает быть систематизированным, перестает существенно влиять на поведение больных и либо постепенно прекращается, либо остается в форме резидуального бреда.

Динамика развития эротоманического бреда при экзогенно-органических психозах резко отличается от динамики того же бреда эндогенной природы. У лиц, страдающих экзогенно-органическими изменениями головного мозга, начальные психотические приступы, как мы уже отметили, возникают в период экзогенно-органического повреждения головного мозга, а психотические состояния сексуального содержания протекают в форме различных видов экзогенных типов реакции (делирий, онейроид или сумеречное помрачение сознания). Указанные формы помрачений сознания сопровождаются различными галлюцинациями сексуального содержания (в том числе и генитальными). При наличии указанных цереброорга-

нических изменений головного мозга психотические приступы на отдаленном этапе этих изменений могут возникать сразу после воздействия на организм экзогенных патогенных факторов. В таких случаях повторяется одна из прежних форм помрачения сознания сексуального содержания. При повторных приступах, наступивших сразу же после воздействия на организм экзогенных вредностей, хотя психоз и начинается картиной одного из вышеуказанных экзогенных типов реакций, но после прояснения сознания (без светлых промежутков) психотическое состояние продолжается в форме так называемых экзогенно-спровоцированных экзогенно-органических, а точнее резидуально-органических психозов. И наконец, у лиц с экзогенно-органическими изменениями головного мозга психотические приступы могут возникать спонтанно (без непосредственного участия в их генезе экзогенных вредностей). В таких случаях, по данным К.Г. Даниеляна и А.Э. Аюпяна [1], экзогенно-органические психозы протекают в форме аффективных (маниакальных или депрессивных), аффективно-галлюцинаторных и аффективно-бредовых психозов, которые в вечерние часы неоднократно прерываются быстротечными (20–30 мин) эпизодами аутохтонно возникающего делирия или онейроида. Таким образом, при экзогенно-органических изменениях головного мозга наблюдается закономерное чередование психотических приступов от экзогенных типов реакций к экзогенно-спровоцированным экзогенно-органическим (т.е. резидуально-органическим), а в дальнейшем аутохтонно возникающим экзогенно-органическим (т.е. резидуально-органическим) психозам. С момента развития экзогенно-спровоцированных, а затем и аутохтонно возникающих экзогенно-органических психозов эротоманический бред в большинстве случаев (71.22%) становится менее систематизированным и сочетается с различными галлюцинациями сексуального содержания и бредовыми идеями: моральной порчи (или эротического преследования), воздействия на половые органы, обвинения в гомосексуальных и других сексуальных перверсиях, бредом беременности, одержимости и ипохондрическим бредом также сексуального содержания.

Выявленные выше закономерности течения, т.е. стереотип чередования бредовых синдромов (патокинез, синдромокинез или синдромотаксис в динамике) свидетельствуют о том, что, кроме присущих для эндогенных и экзогенно-органических психозов, протекающих без психических расстройств сексуального или любовно-эротического содержания, существуют и достаточно специфические особенности, патогномоничные для этих психозов, протекающих с расстройствами сексуального или любовно-эротического содержания.

Поступила 06.03.00

ԵՐՈՏՈՄԱՆԻԱՅԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Ա. Կ. Դանիելյան

Ելնելով 31 հիվանդների կլինիկական հոգեախտաբանական, փորձարարական-հոգեբանական, նյարդաբանական (այդ թվում էլեկտրաուղեղագրական, արձագանքաուղեղագրական, նյարդաօֆտալմոլոգիական) և երկարափուլ (3-38 փարի) կլինիկական-կտրամանուրիկ հետազոտությունների արդյունքների վերլուծությունից, մանրամասնորեն ուսումնասիրված են էրոտոմանիայի կլինիկական

առանձնահատկությունները՝ ինչպես այդ զառանցանքի չբարդացված (մաքուր էրոտոմանիա), այնպես էլ նրա բարդացված (ցնորքային, ցնորքա-զառանցական, աֆեկտիվ, աֆեկտիվ-ցնորքային, աֆեկտիվ-զառանցական խանգարումներով ընթացող) ընթացքի ժամանակ: Այսպես ցված է, որ այդ զառանցանքը շիզոֆրենիայի, մանիակա-դեպրեսիվ պսիխոզի և էկզոգեն-օրգանական պսիխոզների առանձին նույնների ժամանակ ունենալով շար նմանատիպ գծեր, այնուհանդերձ նույնատիպ չի ընթանում և այդ հիվանդությունների հետագա զարգացման, նրանց նույնների հաճախականացման, և համախարանիչների ստերիոտիպ հերթափոխության ընթացքում ձեռք է բերում այնպիսի առանձնահատկություններ, որոնք բավականին բնորոշ են այդ հիվանդություններին և կարող են ունենալ տարբերակիչ ախտորոշիչ նշանակություն այդ հիվանդությունների զարգացման վաղ շրջանում:

SOME CLINICAL PECULIARITIES OF EROTOMANIA

A.K. Danielyan

Based on the results of clinical-psychopathological, experimental-psychological and neurological investigations, as well as a long-term (3-38 years) clinical-catamnestic observation of 31 patients, the clinical peculiarities of erotomania (erotomaniac delusion, erotic delusion or delusion of love) in case of "clear" erotomania and in case of complication by hallucinations, hallucinatory-delusional, affective, affective-hallucinatory and affective-delusional disorders, are described.

It is proved, that although erotomania has a clinical picture rather similar to schizophrenia, manic-depressive psychosis and exogenous-organic psychoses, there are quite pathognomonic distinctive features, which become more evident in prolonged psychotic episodes. The abovementioned distinctive features may be helpful for early diagnosis and treatment of these psychoses.

ЛИТЕРАТУРА

1. Даниелян К.Г., Акопян А.Э. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение типичных и структурно-сложных резидуально-органических психозов. Ереван, 1996.
2. Дубницкий Л.Б. Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1980, 8, с.1179.
3. Жмуров В.А. В кн.: Общая психопатология. Иркутск, 1986, с.33, 115.
4. Кемпинский А. В кн.: Психология шизофрении (пер. с польского). СПб, 1988, с.27, 114.
5. Ковалевский П.И. В кн.: Психиатрия, изд. 3-е. Харьков, 1887, с.76, 236, 300.
6. Мамцева В.Н. Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1977, 10, с.1537.
7. Морозов В.М. В кн.: VI Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров (тез. докл.) М., 1975, 3, с. 86.
8. Морозов В.М., Овсянников С.А. Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1988, 5, с. 124.
9. Смуглевич А.Б. Паранойяльная форма шизофрении и проблема паранойи. Дис. докт. М., 1968.
10. Тарновский. Извращение полового чувства. М., 1985.
11. Ghaziuddin M., Tsai L. Br. J. Psych., 1991 Jan; 158: 127.
12. Clerambault G.G. Les psychoses passionelles psychiatrique. Paris, 1942.
13. Cullen W. Synopsis nosologiae methodical in usum studiosorum. Edinburg, 1772.
14. Cullen W. First lines of the practice of physics. Edinburg-London, 1777.
15. Drevets W.C. J. Psychiat., 1987, 151, Aug., p. 400.
16. Esquirol E. Des maladies mentales considerees sons les rapports medicaus. Paris, 1838.
17. Ey N., Bernard P., Brisset Ch. Manuel de Psychiatrie. Paris, 1967.
18. Hart B. The Psychology of Insanity. Cambridge, 1921.

19. *Nollender M.H., Calahan A.S.* Arch. Gen. Psychiat., 1975, 32, 12, p. 574.
20. *Jordan H.W., Howe G.D.* J. Nat. Med. Ass., 1980, 72, 10, p. 979.
21. *Klin H.R., Horwitz W.A.* Am.J. Psychiatry, 1949, 105, p. 697.
22. *Krafft-Ebing* Der psychiatrie aut Klinischer Grundlage von prof. Dr. R.V. Krafft-Ebing. СПб., 1897.
23. *Linne C.V.* Genera morborum. Upsaliae. 1763, 32.
24. *McGuire-B.E., Akuffo E., Choon G. J.* Intellect. Disabil. Res., 1994 Feb; 38 (pt 1): 79.
25. *Pinel Ph.* Медико-философское учение о душевных болезнях. СПб., 1899.
26. *Pinel Ph.* Nosography philosophique. Paris, 1818.
27. *Rudden M., Sweeney J., Frances A.* Am. J. Psych., 1990 May, 147 (5): 625.
28. *Sims ACP White AC.* Brit. J. Psych., 1973, 123, 635.
29. *Tadamii S., Murata A., Wakabayashi T. et al.* Seishin. Shinkergaku. Zasshi, 1994;96(6); 461.
30. *Weitbrecht H.J.* Psychiatrie im Grundriss. Berlin, 1973.
31. *Wright S., Young A.W., Hellawell D.J.* J.Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 1999 Mar: 56 (3): 322.
32. *Zarrouk E.T.* Br. J. Psych., 1991 Nov; 159: 717.
33. *Zona M.A., Sharm K.K., Lane J. J.* Forensic Sci., 1993 Jul; 38(4): 894.