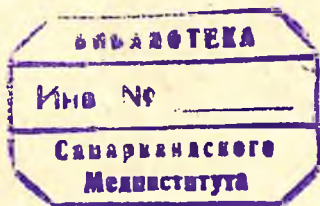


На правах рукописи

ЩИРИНА-ЭЙНГОРН М. Г.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА  
БРЕДА РЕВНОСТИ ПРИ НЕКОТОРЫХ  
ПСИХОЗАХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук



*На правах рукописи*

ЩИРИНА-ЭЙНГОРН М. Г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА  
БРЕДА РЕВНОСТИ ПРИ НЕКОТОРЫХ  
ПСИХОЗАХ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Москва — 1964

Работа выполнена в Институте психиатрии АМН СССР  
(директор института — действительный член АМН СССР  
профессор А. В. Снежневский).

Научный руководитель — доктор мед. наук Э. Я. Штерн-  
берг

Официальные оппоненты:

- 1) Доктор медицинских наук, профессор С. Ф. Семенов
- 2) Кандидат медицинских наук, доцент В. Н. Фаворина

Защита состоится в Межинститутском Терапевтическом  
совете АМН СССР (Москва, Солянка, 14) « 8 » 11 1965 г.  
Автореферат разослан « 30 » 11 1964 г.

Значительные социальные преобразования и успехи, достигнутые советской медициной, привели к резкому снижению детской и общей смертности населения и, в результате этого, к росту продолжительности жизни. Вследствие этого все больший удельный вес в возрастной структуре населения приобретает группа лиц в возрасте старше 50 лет.

Увеличение числа лиц пожилого возраста поставило перед медицинской наукой, в том числе и перед психиатрией, ряд новых вопросов.

Во многих странах отмечен рост числа психически больных позднего возраста. Существенно, что это не истинный рост заболеваемости, а наблюдающееся в настоящее время увеличение числа лиц, доживающих до старости. (Об отсутствии доказательств истинного роста заболеваемости психическими расстройствами позднего возраста говорят также авторы отчета 6-й специальной экспертной комиссии ВОЗа от 1958 г.).

В области психиатрии особое значение и актуальность приобрела проблема клинического изучения, терапии и организация помощи больным с психозами позднего возраста.

До последнего времени в изучении психозов позднего возраста наибольшее внимание психиатров привлекали ослабляющие процессы. При этом особенно интенсивно была изучена клиника сенильной и артериосклеротической деменции. Исследования, проведенные в этой области, позволили в последнее время более четко дифференцировать отдельные формы деменции и несколько расширили наши представления о клинике, течении и прогнозе этих заболеваний.

Менее изучена группа заболеваний позднего возраста, в клинической картине которой ведущим является галлюцинозно-параноидные, паранойяльные или аффективные расстройства. В частности, паранойяльный синдром бреда ревности, встречающийся в клинической картине ряда психических заболеваний позднего возраста, изучался еще недостаточно, хотя этот синдром представляет определенный клинический интерес.

Вместе с тем имеются литературные данные о том, что

частота этого синдрома при различных заболеваниях за последнее время как будто увеличивается. Агрессти, сравнивая данные поступления в психиатрическую больницу за 1897 г. и 1957 г. нашел, что психические заболевания с синдромом бреда ревности в 1897 г. составили 2% всех поступлений, а в 1957 г. — 6%. На учащение синдрома бреда ревности также указывают Паулейкхоф, Клаф и Гамильтон, Шеперд.

Патологические идеи ревности давно привлекли внимание психиатров. Еще в начале XIX века болезненная ревность как самостоятельный клинический синдром был отнесен к группе мономаний (Пинель, Громов, Эскироль, Малиновский). Однако наибольшее влияние на развитие учения о бреде ревности в европейской психиатрии оказали концепции хронического бреда Маньяна и учение о паранойе, разрабатывавшееся наиболее интенсивно немецкой психиатрической школой. В дальнейшем, с утверждением клинко-нозологического направления в психиатрии, синдром бреда ревности изучался в рамках конкретных заболеваний (в особенности при хроническом алкоголизме, в меньшей степени при шизофрении и т. д.).

Что касается синдрома бреда ревности при психозах позднего возраста, то специальных работ по этому вопросу не много. Об относительно частом появлении синдрома бреда ревности в позднем возрасте писали Крепелин, Реке, Гиляровский. Хотя в настоящее время многими авторами и указывается на то, что синдром бреда ревности неспецифичен и может встречаться при разных психических заболеваниях, однако, клинические особенности этого синдрома и различия в его динамике при разных нозологических заболеваниях еще недостаточно разработаны.

Задачей настоящей работы явилось изучение клинических особенностей синдрома бреда ревности в позднем возрасте. Изучались как общие закономерности структуры и развития этого синдрома, так и его клинические особенности при различных формах заболевания. Так как синдром бреда ревности считается одним из наиболее трудно поддающихся терапевтическому воздействию, особое внимание уделялось разработке эффективных терапевтических мер.

Клиническое изучение особенностей синдрома бреда ревности при различных психозах позднего возраста представлялось целесообразным не только потому, что этот синдром наблюдается сравнительно часто, т. е. относится к своего рода предпочтительной бредовой тематике при психозах позднего возраста, а кроме того, и потому, что синдром бреда ревности нередко является ведущим клиническим проявлением заболевания, и, по этой причине изучение его клинических осо-

бенностей в нозологическом плане приобретает значение для дифференциальной диагностики.

Правильная оценка структуры этого сложного, не всегда однородного синдрома, уточнение особенностей его развития, могут выявить диагностические, а следовательно и прогностические критерии при разных заболеваниях, протекающих с преобладанием в клинической картине бреда ревности.

Нами была сделана попытка сравнительного анализа некоторых вариантов синдрома бреда ревности и его течения при разных в нозологическом отношении заболеваниях позднего возраста, выяснения возрастных особенностей этого синдрома и выделения некоторых дифференциально-диагностических критериев для разграничения различных заболеваний позднего возраста.

Всего нами было обследовано 97 больных. В отношении 28 больных мы располагаем катamnестическими сведениями до 5 лет. Исследования проводились с 1959 по 1964 гг. в Институте психиатрии АМН СССР (клиническая база — Московская клиническая психиатрическая больница № 1 им. Кащенко) и в Институте психиатрии МЗ РСФСР (клиническая база — Московская клиническая психиатрическая больница им. Ганнушкина). Подавляющее большинство больных изучалось в период их пребывания в стационаре. Лишь в 9 случаях больные наблюдались амбулаторно. В основном мы применяли клинический метод изучения больных. В общем комплексе исследований больше чем в половине случаев проводились записи ЭЭГ.

Все исследованные больные заболевали в возрасте старше 40 лет. По возрасту начала заболевания больные распределялись следующим образом:

40—49 лет	— 21 больной
50—59 лет	— 37 больных
60—69 лет	— 20 больных
70—79 лет	— 14 больных
80 и старше	— 5 больных

---

Всего: 97 больных

Обращает на себя внимание, что число мужчин почти в 4 раза превышало число женщин: среди наших больных мужчин было 77, а женщин — 20. Значительное преобладание больных мужчин было выявлено несмотря на то, что сбор материала проводился как в мужских, так и в женских отделениях аналогичного профиля. В то время как в старой литературе имеются указания на большую частоту бреда ревности у женщин, в частности у женщин, страдающих старческой

деменцией, в последние годы некоторые авторы (Б. М. Берлин, Вайтбрехт, Лангфельдт) нашли, что синдром бреда ревности встречается в позднем возрасте чаще у мужчин. Необходимо отметить, что преобладание больных мужчин особенно резко выступает в группе больных с органическими заболеваниями мозга.

У всех наших больных синдром бреда ревности был ведущим в клинической картине заболевания. Вместе с тем, больные были разчлородными в нозологическом отношении. По своей нозологической принадлежности их можно было отнести к 2 основным группам: 1) к органическим заболеваниям мозга, и 2) к группе, куда мы отнесли случаи поздней шизофрении и инволюционного психоза.

Случаи с алкогольным бредом ревности специально нами не изучались. С целью сопоставления клинических особенностей алкогольного бреда ревности с клиникой этого синдрома в позднем возрасте приводится только отдельные, относящиеся к этой форме наблюдения.

Более многочисленную группу составляют больные, у которых синдром бреда ревности развивался в рамках различных органических заболеваний мозга. Таких больных было всего 55 (мужчин — 46, женщин — 9). Преобладающее место внутри этой неоднородной группы занимают больные с сосудистыми поражениями мозга (43 из 55 больных). В группе больных с артериосклеротическим поражением мозга также отмечалось выраженное преобладание больных мужчин над женщинами (мужчин — 39, женщин — 4). Вопреки установленным в старой литературе взглядам, наши наблюдения таким образом, показали, что бред ревности встречается у больных с сосудистыми заболеваниями значительно чаще, чем при других органических процессах (в том числе и при сенильной деменции). Некоторые авторы (Корсаков, Гиляровский, Крепелин) указывали, что бредовые идеи ревности являются типичным проявлением психотического варианта старческого слабоумия. На нашем материале мы не могли подтвердить это положение. Среди общего числа наших больных мы наблюдали всего одну такую больную.

По клиническим особенностям возникновения и проявления синдрома бреда ревности мы разделили больных с сосудистыми заболеваниями мозга на три подгруппы: к 1-й подгруппе были отнесены 25 больных с органической симптоматикой сосудистого происхождения. У них отмечались, как практическое, неврологическое и психическое статусе. Обнаруживались, чаще всего выраженные признаки атеросклеротических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.

склеротические изменения сосудов глазного дна, высокие цифры артериального давления и в некоторых случаях — признаки нефросклероза. 20 из 25 больных перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, гипертонические кризы, инсульты. У 17 больных наблюдались остаточные явления в виде резидуальной неврологической симптоматики (гемипарезы, псевдобульбарные явления, дизартрия и т. д.).

По заключению терапевта сосудистые заболевания у большинства больных этой подгруппы относились к сравнительно ранней гипертонической болезни, принимавшей в дальнейшем неблагоприятное течение с развитием несомненных атеросклеротических изменений.

Прогредийный характер сосудистого процесса выражался также в нарастающих изменениях личности (появление раздражительности, эгоцентричности, скупости, подозрительности). Бредовые идеи ревности, развивающиеся у больных этой группы, носили интерпретативный характер, но вместе с тем отражали имеющееся у них значительное интеллектуальное снижение. Бредовые идеи были бедны, однообразны, носили как правило, фрагментарный, скудноаргументированный характер, отличались упрощенностью структуры и были мало разработаны. Бредовые идеи ревности у больных этой подгруппы имели выраженный оттенок ущербности, переплетались с идеями самоуничижения или более конкретными идеями материального ущерба. У всех больных наблюдались признаки прогрессивного интеллектуального снижения, а у большинства больных — выраженная деменция. Поскольку в части случаев явления деменции развивались вслед за инсультами или неоднократными нарушениями мозгового кровообращения — речь в этих случаях шла о постапоплектической деменции. Бред в таких случаях развивался в сроки от 3 месяцев до 3 лет после клинической манифестации сосудистого процесса, при наличии, как правило, выраженного интеллектуального снижения на фоне слезливо-угрюмого аффекта. Несмотря на наличие выраженного интеллектуального снижения, бредовые идеи ревности, тем не менее носили интерпретативный характер. Синдром бреда ревности существовал от нескольких месяцев до 4—5 лет, постепенно оскудевая, по мере нарастания деменции или после новых инсультов.

Ко 2-й подгруппе с сосудистым заболеванием мозга было отнесено 6 больных, у которых бредовые идеи ревности возникали в связи с острым транзиторным психозом. Острые психотические состояния отличались характерным для сосудистых психозов особенностями, проявлялись, как правило, в ночное время, помрачением сознания и наплывом сценподоб-



ных галлюцинаций. Такие транзиторные психотические состояния продолжались обычно недолго, от нескольких часов до нескольких дней. Воспоминания о переживаниях в период ночного психотического эпизода были неполны, несколько изменчивы и нередко в дальнейшем разукрашивались конфабуляциями. Среди галлюцинаторных и иллюзорных расстройств, возникших во время ночного психотического эпизода, особое место занимали эротические сцены, картины чеверности жены, «присутствие соперника» и т. п. «Виденные» сцены эротического характера вызывали выраженные эмоциональные реакции, способствующие дальнейшей бредовой трактовке их. Таким образом, идеи ревности у этих больных носили, по сути дела, характер резидуального бреда. В одних случаях резидуальные бредовые идеи ревности держались непродолжительное время (1—2 недели) в других — на протяжении более длительного срока (до месяца), причем их интенсивность то усиливалась, то ослабевала.

Острые психотические эпизоды возникали на фоне значительно менее выраженной прогрессивности сосудистого заболевания, чем это наблюдалось в первой подгруппе. Однако и у большей части этих больных отмечались типичные для церебрального артериосклероза характерологические сдвиги, возникшие за несколько лет до появления психоза. У других больных имелись субъективные жалобы на головную боль, шум в голове, головокружения и т. д. Тем не менее; за исключением некоторого снижения интеллектуальной трудоспособности и легких дисмнестических расстройств, не было основания говорить о выраженном прогрессивном интеллектуальном снижении до начала психоза. У некоторых больных возникновению острого психоза предшествовали дополнительные вредности (постинфекционная астения, после оперативного вмешательства и т. д.).

Бредовые психозы у больных 3-й подгруппы сосудистых больных характеризовались развитием развернутого паранойяльного синдрома бреда ревности, т. е. интерпретативных бредовых идей ревности, которые отличались достаточной разработанностью и систематизацией. Паранойяльный бред ревности был богат и подробно аргументирован, а заболевание протекало более хронически. Бредовые идеи развивались в этих случаях постепенно, «выкристаллизовывались» из сомнений, догадок и подозрений. Идеи ревности сочетались как паранойяльного бреда соответствовало и большей интеллектуальной сохранности, особенно на первоначальных этапах развития психоза. Больные были достаточно активны, сохраняли вне сферы бреда, в основном, прежний образ жизни и

интересы. Тем не менее, и у этих больных отмечались некоторые субъективные и объективные признаки сравнительно медленно и доброкачественно развивающегося артериосклеротического процесса. Больные жаловались, например, на расстройство сна, повышенную утомляемость, головную боль, неустойчивость настроения. Грубых проявлений соматического артериосклероза на первых этапах заболевания, как правило, не отмечалось. Как показали отдельные наблюдения, у таких больных, паранойяльный синдром бреда ревности может существовать в течение ряда лет и лишь после этого переходить в более «органические» синдромы (конфабуляторный бред, бред ущерба, а в дальнейшем и слабоумие). Чаше, чем у других больных с органическими заболеваниями ЦНС, наблюдались в этой группе дополнительные патогенетические факторы, наличие которых отмечалось и при других параноидных психозах позднего возраста (Жислин, Кей, Рот). К таким факторам относятся тугоухость, снижение зрения и другие физические дефекты.

Таким образом, среди сосудистых (атеросклеротических, гипертонических) психозов, сопровождающихся синдромом бреда ревности, встречаются такие формы, где наблюдаются клинические корреляции между течением сосудистого процесса и возникновением и характером психоза, где, следовательно, причинная связь является более прямой и очевидной. К подобным формам относятся описанные выше 1 и 2-я подгруппы. Что касается больных 3-й подгруппы, то они принадлежат к тем формам артериосклеротических психозов, где причинно-следственные отношения представляются менее прямолинейными и более сложными. Нозологическая квалификация поэтому встречает в некоторых случаях сближаются трудности. Часть больных этой подгруппы так называемых «функциональных психозов позднего возраста», протекающих без явлений глубокого слабоумия, с сохранностью основного ядра личности и наличием выраженной бредовой симптоматики (Майер-Гросс, Рот, Кей).

В группу больных с психозами при различных органических поражениях ЦНС вошли также 6 больных с атрофическими заболеваниями мозга. В отличие от других форм заболеваний в этой группе отмечалось преобладание больных женщин (женщин — 5, мужчин — 1). Такое распределение больных по полу, зависит, повидимому, от того, что атрофические заболевания, как известно, встречаются значительно чаще у женщин, чем у мужчин, 5 из 6 больных с атрофическими церебральными заболеваниями относились к тем формам, которые манифестируются преимущественно в пресенильном

возрасте (болезнь Пика, болезнь Альцгеймера, хорея Гантингтона). Только одна больная, находившаяся в момент обследования в возрасте 80 лет, страдала сенильной деменцией. Заслуживает внимания редкость в нашем материале случаев сенильной деменции с бредом ревности, ибо известно, что прежние авторы (Корсаков, Гиляровский, Крепелин и др.) считали, что бред ревности является нередко одним из ранних симптомов старческого слабоумия. Несмотря на разную нозологическую принадлежность атрофических процессов с синдромом бреда ревности у изученных нами больных, можно было отметить некоторые общие для всей группы клинические особенности их возникновения, позволяющие объединить эти формы в общую группу. Идеи ревности чаще появлялись лишь на определенном этапе развития слабоумия и обычно возникали на фоне уже заметных признаков прогрессирующей деменции, измененного поведения, выраженных нарушений памяти, и отчетливых изменений личности. Бредовые идеи ревности, как правило, являлись малосистематизированными, бедно аргументированными, носили скорее характер застывших, однообразных высказываний, обычно нелепых, противоречивых, нередко циничных, грубо сексуальных и обнаженных.

Вместе с тем, наряду с этими общими особенностями, присущими бредовым идеям ревности во всех случаях атрофических заболеваний мозга, наблюдались и некоторые характерные черты, отражающие клинические особенности данной нозологической формы заболевания. Так, в случае пиковской атрофии, бредовые идеи имели характерную для этого заболевания стереотипную форму, т. е. бредовые идеи ревности постепенно превращались в «стоячие обороты» (Штернберг). В случаях хорей Гантингтона, обнаруживались связь бредовых идей ревности с характерной для многих случаев этого заболевания, аффективной неустойчивостью, склонностью к дисфорическим состояниям. Вместе с тем, в некоторых случаях хорей Гантингтона бред ревности представлял собой сравнительно стойкий психопатологический синдром.

Наконец, в 3-ю группу больных с синдромом бреда ревности при органических заболеваниях мозга были объединены больные, страдающие различными другими органическими заболеваниями (травматическая энцефалопатия, сифилис мозга, эпилепсия и т. д.). Таких больных было 6 человек, все мужчины. По возрастному составу эти больные были несколько моложе больных, страдающих сосудистыми и атрофическими заболеваниями мозга. Бред ревности, наблюдающийся у больных этой группы, так же как у больных с другими формами органических психозов, носил интерпретативный характер,

сопровождался ретроспективным бредовым толкованием прошлого и иллюзорными расстройствами. Бредовые идеи ревности сочетались и у больных этой группы с идеями ущерба, депрессивными идеями о своей ненужности, а иногда и бредовыми идеями преследования. Все 6 больных были в той или другой степени интеллектуально снижены. Наряду с названными общими клиническими свойствами бредового синдрома, картина бреда ревности приобретала известную нозологическую типичность в силу присоединения тех или других расстройств, свойственных этим заболеваниям. Так, в картине бреда ревности, возникшего у больного травматической энцефалопатией, нашли выражения, имеющиеся у больного изменения личности, как например, взрывчатость, склонность к злобным вспышкам и к истерическому поведению. Паранойяльные бредовые идеи ревности, возникшие на фоне этих характерологических изменений, и получили таким путем определенную клиническую окраску, выражающуюся в брутальных реакциях и агрессивности, вызванных бредом ревности. Эмоционально насыщенный бред ревности в этом случае быстро расширился и сочетался в дальнейшем с идеями ущерба и преследования.

Те же закономерности обнаруживались в случае, где синдром паранойяльного бреда ревности развился у больного эпилепсией. У больного с существующими в течение многих лет судорожными припадками, характерными эпилептическими изменениями личности, легкими признаками интеллектуального снижения, в возрасте 46 лет развились паранойяльные идеи ревности. Эти бредовые идеи ревности, с одной стороны, обнаруживали сходство с паранойяльным синдромом бреда ревности при других психозах позднего возраста (постепенное начало, ретроспективное бредовое толкование прошлых событий, сочетание бредовых идей ревности с депрессивной самооценкой и мыслями о своей ненужности и т. д.). С другой стороны, они отражали клинические особенности, свойственные основному заболеванию, т. е. эпилепсии (монотонность, конкретизация и детализация бредовой фабулы, отсутствие, расширение бреда, склонность к дисфориям и брутальным реакциям).

В меньшем числе случаев, всего у 34 больных, мы наблюдали синдром бреда ревности при инволюционных психозах и шизофренических психозах, возникшими в позднем возрасте, т. е. поздней шизофрении.

К группе инволюционных психозов мы отнесли 13 больных (9 мужчин и 4 женщины). По литературным данным, инволюционные психозы, как известно, наблюдаются чаще у женщин, чем у мужчин. Наши данные показывают, однако, что и

в этой группе больных паранойяльный бред ревности встречается чаще у мужчин, что находится в соответствии с данными других авторов (Берлин, Вайтбрехт). Заболевание начиналось в возрасте от 43 до 59 лет. У всех больных можно было обнаружить некоторые признаки, начинающегося увядания, например, у мужчин преждевременное снижение потенции, у женщин климакс или тяжело протекающий климактерический период.

Паранойяльный синдром развивался чаще всего на фоне несколько тревожно-депрессивного аффекта, который однако не достигал степени клинически выраженной меланхолии. Клинические особенности этих бредовых психозов, развившихся в период обратного развития, состояли в длительности течения паранойяльного бреда, отсутствии усложнения бредового синдрома и изменений личности. У больных этой группы отсутствовали также соматические и неврологические признаки церебрального заболевания или же интеллектуально-мнестические расстройства. В случаях, отнесенных нами на основании описанных клинических особенностей к группе инволюционных психозов, бредовые идеи ревности развивались постепенно, были относительно изолированными и отличались длительным существованием. Они постепенно «выкристаллизовывались» из сомнений, догадок, на основании сопоставления и толкования отдельных «фактов». «Этап подозрений» постепенно переходил в твердую бредовую убежденность. На высоте психоза бредовая система получала исключительную по интенсивности и изобретательности разработку. Для подтверждения своих бредовых убеждений больные беспрестанно использовали все новые и новые «факты», т. е. бредовое интерпретирование событий. У большинства больных бред ревности постепенно принимал ретроспективный характер. Иногда при этом наблюдались псевдореминисценции, иллюзии суждений. Стадия развернутого паранойяльного бреда продолжалась до 2—3 лет, причем интенсивность бреда подвергалась определенным колебаниям. Бредовые идеи ревности отличались малым размахом, т. е. относились к так называемому бреду обыденных отношений. Бредовые идеи были конкретны, направлены на определенных лиц из ближайшего окружения и иногда отличались кажущимся правдоподобием. Бред ревности при инволюционных психозах оставался строго монотематичным и не распространялся на отношение больных к окружающему миру, в силу чего больные длительное время сохраняли свою профессиональную трудоспособность. Немногочисленные катамнестические наблюдения дают основания для предположения, что такого рода паранойяльные психозы протекают с колебаниями в интенсивности бреда, но

без полного выхода и отсутствием критики. В некоторых случаях бред блекнет, относится больным к прошлому, больные мирятся с происшедшим. В других — больные находят более радикальный выход и уходят из семьи.

Бред ревности при поздней шизофрении наблюдался в 21 случае (14 мужчин и 7 женщин). Как в других группах, число больных мужчин преобладало. Однако по возрастному составу больные шизофренией были моложе больных с органическими заболеваниями мозга. В части случаев (8 чел.) речь шла о вялотекущей шизофрении, обострившейся в возрасте после 40 лет. В остальных 13 случаях можно было говорить о шизофреническом процессе, впервые проявившемся в позднем возрасте.

Синдром бреда ревности наблюдался либо в инициальном периоде поздней шизофрении, либо присоединялся к уже существующим другим формам бреда. При поздней шизофрении бредовые идеи ревности сочетались, как правило, с бредом ущерба, преследования, отравления, с сенестопатическими расстройствами и отдельными истерическими чертами. Бредовые идеи ущерба, хотя и были достаточно выражены, однако, выступали менее отчетливо, чем при церебрально-органических поражениях мозга. «Этап сомнений и контроля» у этих больных был короче, чем аналогичный этап у пресенильных больных и при паранойяльном варианте сосудистых психозов. Больные приходили к бредовой убежденности, к «абсолютной ясности» быстрее без мучительных сомнений и проверки своих подозрений. В отличие от других психозов позднего возраста, бредовые идеи ревности носили при поздней шизофрении менее «правдоподобный» характер, включали элементы бреда значения и символики. Ретроспективная бредовая переоценка была несколько менее выражена, чем при пресенильных психозах и паранойяльном артериосклеротическом психозе. Изолированный синдром бреда ревности наблюдался лишь на какой-то недлительной стадии заболевания; в дальнейшем к бредовым идеям ревности постепенно присоединялись идеи преследования, отравления, воздействия. Систематизированные идеи ревности при поздней шизофрении имели, таким образом, свои отличительные особенности, позволяющие отграничить их от синдрома бреда ревности при других психозах позднего возраста.

Для сравнения клинической картины было исследовано 8 больных (все мужчины) с алкогольным бредом ревности. Были изучены острые алкогольные галлюцинозы с резидуальным бредом ревности и больные с хроническим алкоголизмом, с паранойяльным бредом ревности.

Исследованные больные с синдромом бреда ревности в

позднем возрасте лечились чаще всего нейролептическими препаратами (89 человек): аминазином, пропазином, стелазинном, мелипрамином, резерпином.

Лечение аминазином и пропазином, несмотря на достаточно продолжительный срок лечения, как правило, не приводило к полному исчезновению бредовых идей ревности. Однако, уже в первые месяцы лечения аминазином, бредовая симптоматика тускнела, теряла прежний острый характер и актуальность. Применение аминазина снимало тревогу, напряженность, озлобленность. После 2—3 месяцев лечения больные могли быть выписаны домой на поддерживающую терапию.

В тех случаях, когда в клинической картине заболевания наряду с бредовыми идеями ревности имели место выраженные аффективные расстройства, целесообразно оказалось сочетать применение нейролептиков с антидепрессивными средствами (имизин, мелипрамин). Такое комбинированное лечение приводило к исчезновению тревожно-депрессивного аффекта, а вслед за этим, бредовые идеи ревности подвергались обратному развитию.

Наиболее эффективным из всех применяемых нейролептических средств оказался стелазин. Действие его сказывалось обычно быстрее, чем других нейролептиков. Уже с 5—10 дня применения стелазина поведение больных становилось более спокойным и упорядоченным, утрачивалась острота и эмоциональная насыщенность бредовых переживаний, происходила «инкапсуляция» бреда, с отнесением его к прошлому. Однако и длительное применение стелазина не приводила к полной коррекции бредовых идей. Тем не менее длительная поддерживающая терапия стелазинном позволила некоторым больным, до того безуспешно лечившимся другими средствами, продолжать работу или вести прежний образ жизни, быть достаточно упорядоченным, несмотря на наличие некоррегированных бредовых идей ревности. Проведение активного лечения больных с паранойяльным бредом ревности показало, что бред ревности, как и другие виды паранойяльного бреда относится к терапевтически наиболее резистентным формам бреда. Об этом говорит то, что ни в одном случае мы не наблюдали полной коррекции бреда.

## ВЫВОДЫ

1. Исследование различных в нозологическом отношении психических заболеваний позднего возраста показало, что синдром бреда ревности встречается при этих расстройствах сравнительно часто. Бредовые идеи ревности представляют собой одну из предпочтительных тематик бредовых построе-

ний в этом возрасте, и нередко являются ведущим клиническим проявлением заболевания.

2. Клинические наблюдения показали, что бред ревности не является ни самостоятельной формой заболевания, ни специфичным проявлением одной болезни, а может встречаться при различных психических расстройствах.

3. Изученные заболевания, при которых наблюдался бред ревности, относились к двум группам психических расстройств позднего возраста: к психозам при органических заболеваниях мозга и к группе психозов без грубых органических поражений головного мозга (инволюционные психозы и поздняя шизофрения).

4. Вопреки установившемуся в психиатрической литературе мнению, наш материал показал, что синдром бреда ревности встречается в позднем возрасте значительно чаще у мужчин (почти в 4 раза), чем у женщин.

5. Бред ревности при психических заболеваниях позднего возраста отличается от этого же синдрома при психозах более молодого возраста прежде всего тем, что идеи ревности в разной степени и форме сочетаются с идеями ущерба и самоуничижения или депрессивной самооценкой.

6. Синдром бреда ревности встречался чаще всего при сосудистых психозах. В тех случаях, где паранойяльный бред развивался на фоне выраженного и прогрессивного артериосклеротического процесса, бредовые идеи ревности, хотя сохраняли интерпретативный характер, носили наиболее отчетливый «органический» отпечаток (бедность, однообразность, фрагментарность и упрощенность структуры бреда). При сосудистых процессах, протекающих с острыми транзиторными психозами, бредовые идеи ревности возникали в рамках острого экзогенного психоза, в качестве резидуального бреда на фоне менее выраженной прогрессивности сосудистого заболевания. В начальной стадии и при слабой прогрессивности сосудистого заболевания паранойяльный бред ревности являлся наиболее «эндоформный», был сравнительно богато аргументирован и отражал большую интеллектуальную сохранность больных.

7. В группу больных с атрофическими заболеваниями мозга вошел только один случай сенильной деменции с бредом ревности, а кроме того случаи с болезнью Пика, болезнью Альцгеймера, и хореей Гантингтона. Как правило, бредовые идеи ревности появлялись лишь на определенных этапах развития ослабумливающего процесса и возникали обычно на фоне нарастающей деменции. Наряду с этим бред ревности отличался и некоторыми характерными особенностями, отражающими клиническое своеобразие данной нозологической



формы. В случаях ликовской атрофии бредовые высказывания выхолащивались и постепенно превращались в стереотипные высказывания по типу «стоячих оборотов». В случае гантингтоновской хорей обнаруживалась связь между приступами дисфории, злобной взрывчатости и возникновением бредовых идей ревности.

8. Бредовые идеи ревности наблюдались также при других органических заболеваниях мозга (травматическая энцефалопатия, сифилис мозга, эпилепсия и т. д.). В этой нозологически разнородной группе синдром бреда ревности отличался не только общими клиническими свойствами паранойяльного синдрома, но и рядом особенностей, характерных для проявления основного заболевания.

9. Группа с инволюционными психозами и поздней шизофренией была в количественном отношении меньше группы больных с органическими заболеваниями мозга. И в этой группе отмечалось численное преобладание больных мужчин. По возрастному составу эти больные были несколько моложе больных с органическими заболеваниями.

10. Клинические особенности инволюционного паранойяльного бреда ревности заключались в паранойяльной структуре и монотематичности бреда, в затяжном течении, без признаков усложнения бредового синдрома, изменений личности и интеллектуального снижения.

11. Синдром бреда ревности при поздней шизофрении проявлялся чаще в инициальном периоде заболевания; изолированные бредовые идеи ревности наблюдались, как правило, на каком-то коротком этапе течения заболевания. В дальнейшем, бред ревности сочетался с бредом ущерба, преследования и отравления, а также с сенестопатическими расстройствами. Наряду с бредовыми идеями ревности имели место и характерные шизофренические изменения личности.

12. Паранойяльный синдром бреда ревности оказывался сравнительно резистентным по отношению к терапевтическим воздействиям. Среди нейролептических препаратов, которые применялись у этих больных наряду с лечением основного заболевания, наиболее эффективным оказался стелазин.

---

## СПИСОК

работ, опубликованных по теме диссертации:

1. О паранойяльном бреде ревности возраста обратного развития. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1963 г. № 4, стр. 600—605.

2. Некоторые формы бреда ревности у больных с церебральным артериосклерозом в позднем возрасте. Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 1964, № 2, стр. 256—264.

