

A 14.00.07
4-614

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒԹՅՈՒՆ
ԱԿԱԴԵՄԻԿՈՍ Ս.Ն.ԱՎՐԱՄԵԿՅԱՆԻ ԱՆՎԱՆ
ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ԱԶԳԱՅԻՆ ԻՆՍԻՏՈՒՏ

ԶԻՒՆԳԱՐՅԱՆ ԱՆՆԱ ՄԻՔԱՅԵԼԻ

ՍԵՌԱԿԱՆ և ՍԻՒՐԱՅԻՆ ԷՐՈՏԻԿ ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅԱՄԲ ԸՆԹԱՑՈՂ
ՇԻՋՈՅՐԵՆԻԱՅԻ ԶԲԱՐԴԱՑԱԾ և ԳԼԵՈՒԴԵՐԴԻ ՕՐԳԱՆԱԿԱՆ ԱՍՏԱՀԱՐՄԱՆ
ՄԱՑՈՐԴԱՅԻՆ ԵՐՈՒԹՅՆԵՐՈՎ ԲԱՐԴԱՑԱԾ ԶԱԵՐԻ ԿԻՆԻԿԱԿԱՆ
ԱՌԱՆՋՆԱԿԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ և ՏԱՐԲԵՐԱԿԻԶ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

ԺՂ. 00.07. «Նյարդաբանության, հոգեբուժության և թմրաբանության» մասնագիտությամբ
թժշկական գիտությունների թեկնածուի աստիճանի հայցման ատենախոսության

Ս Ե Ղ Մ Ա Գ Ի Ր

Երևան 2008

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
им. академика С.Х.АВДАЛБЕКЯНА

ՇԻԼԻՆԳԱՐՅԱՆ ԱՆՆԱ ՄԻԿԱԵԼՈՎՆԱ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ
ДИАГНОСТИКА НЕОСЛОЖНЕННЫХ И ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТАТОЧНЫМИ
ЯВЛЕНИЯМИ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА
ФОРМ ШИЗОФРЕНИИ С СЕКСУАЛЬНОЙ И ЛЮБОВНО-ЭРОТИЧЕСКОЙ
ТЕМАТИКИ

ԱՎՏՈՐԵՓԵՐԱՏ

Диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности 14. 00.07 "Неврология, психиатрия, наркология"

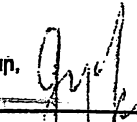
ԵՐԵՎԱՆ-2008

Գիտական ղեկավար՝	Բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր՝ Կ.Գ. Ղանիելյան
Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝	Բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր՝ Մ.Ա.Մելիք-Փաշայան Բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր՝ Ս.Ո. Գրիգորյան
Առաջատար կազմակերպություն՝	Վրաստանի Հանրապետության Մ.Ս. Ասաթիանի անվան հոգեբուժության գիտահետազոտական ինստիտուտ

Ատենախոսության պաշտպանությունը կկայանա 2008թ, սեպտեմբերի 10-ին ժամը 14.⁰⁰ ՀՀ ԱՍ ակադեմիկոս Ա.Բ.Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային ինստիտուտում գործող ԲՈՀ-ի 028 մասնագիտական խորհուրդի նիստում (375051, ք.Երևան, Կոմիտասի պող.49/4):

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ Ա.Բ.Ավդալբեկյանի անվան Առողջապահության Ազգային ինստիտուտի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքված է 2008թ օգոստոսի 10-ին

Մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար, բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր  Ս.Վ. Գրիգորյան

Тема диссертации утверждена на заседании Ученого Совета Национального института здравоохранения им. академика А.Х.Авдалбекяна

Научный руководитель	Доктор медицинских наук, профессор К.Г. ДАНИЕЛЯН
Официальные оппоненты	Доктор медицинских наук, профессор М.А.Мелик-Пашаян Доктор медицинских наук, профессор С.Р.Григорян
Ведущее учреждение	НИИ психиатрии им. М.М. Асатяни Республики Грузия

Защита диссертации состоится 10 сентября 2008г. в 14.⁰⁰ часов на заседании специализированного совета 028 ВАК, при Национальном Институте Здравоохранения им. академика С.Х.Авдалбекяна МЗ РА (375051 Ереван, пр. Комитаса 49/4)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального Института Здравоохранения им. академика С.Х.Авдалбекяна МЗ РА

Автореферат разослан 10 августа 2008г.

Ученый секретарь Специализированного совета,
доктор медицинских наук, профессор



ГРИГОРЯН С.В.

3232-2008

Острые и затяжные психотические расстройства сексуальной и любовно-эротической тематики разными клиницистами трактовались по-разному. Причина расхождения в диагностике подобных психозов связана с отсутствием до сих пор четко выделенных дифференциально-диагностических критериев и общепринятых классификаций психотических расстройств при вышеуказанных психозах, что разумеется не могло не влиять отрицательно на решение не только вопросов их нозологической принадлежности, но и лечения, реабилитации и реадaptации соответствующего контингента больных. Каковы формы их проявления, особенности клиники и дифференциально-диагностические критерии при изучаемых психозах. На разных этапах развития учения о шизофрении эти вопросы разрешались по-разному. Исходя из принципов предложенной в 1772г. W. Gullen классификации болезней Ph.Pinel в 1818г в своей "философской нозографии" впервые пытался представить известные до того времени все формы первично-психических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики различного генеза как у мужчин (анафродизм, сатириазис), так и у женщин (нимфомания и истерия по тогдашним понятиям). Начиная с того времени и по настоящее время, один за другим были выделены психотические расстройства сексуальной и любовно-эротической тематики при различных галлюцинациях, бредовых идеях ипохондрического характера, а также бреда преследования, воздействия и ущерба шизофренической и органической природы (Посвянский П.Б.1972; Ruuden M., Swesney.I., Frances A. 1990). Были выделены специфические формы бреда любовно-эротического содержания под названием "любовный бред", "эротомания" или синдром Клерамбо (Clerambant G.G. 1942). Среди бредовых идей сексуальной и любовно-эротической тематики лишь этот бред и нашел место в Международной Классификации Болезней (МКБ-10) в рамках бредового расстройства (F22.0), остальные же рубрики МКБ-10; F52, F4 и F6 в основном касаются соответственно половой дисфункции, сексуальных расстройств невротического характера и патологии личности и не имеют никаких отношений с изучаемыми нами психическими расстройствами. Исчерпываются ли формы психотических расстройств сексуального и любовно-эротического содержания вышеуказанными галлюцинозными и бредовыми расстройствами? Отличаются ли определенными особенностями те симптомокомплексы, в структуре которых проявляются изучаемые расстройства? Какова их структура, закономерности течения (стереотип чередования свойственных им симптомокомплексов, патокинез, синдромокинез или синдромотаксис) в разные периоды течения изучаемого заболевания? Патогномоничны ли особенности при психотических расстройствах сексуального и любовно-эротического содержания шизофренического генеза? Вот неполный перечень тех вопросов, ответы на которые имеют важное значение для точной и своевременной диагностики, лечения, реабилитации и реадaptации соответствующего контингента больных, а также адекватных и точных решений ряда задач медицинского характера. Изучению и уточнению этих вопросов и посвящено настоящее исследование.

Цель и задачи. Целью настоящего исследования являлось уточнение и выделение клинических особенностей, дифференциальной диагностики и лечение психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении.

Для достижения этой цели были поставлены следующие конкретные задачи:

1. Изучить симптомологию и синдромальные особенности психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении на разных этапах течения болезненного процесса.

2. Выявить дифференциально-диагностические критерии, формы и типы течения психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при указанных выше неосложненных и осложненных формах шизофрении.
3. Уточнить патогенетическое значение наследственной отягощенности психотическими заболеваниями и роли экзогенных патогенных (инфекции, интоксикации, физические и психические травмы) факторов, а также экзогенно-органических изменений головного мозга в возникновении, видоизменении (патоморфозе) и атипизации клинической картины вышеуказанных осложненных и неосложненных форм шизофрении, протекающих с психотическими расстройствами сексуального и любовно-эротического содержания.
4. Представить классификации форм и типов течения выше указанных осложненных и неосложненных форм шизофрении, и описать их специфические особенности в динамике, также особенности патокинеза, (синдромотаксиса или синдромокинеза) выявленного при учете стереотипа чередования характерных для них синдромов.
5. Разработать адекватные и наиболее результативные методы лечения, реабилитации и реадaptации соответствующего контингента больных.

С целью изучения вышеуказанных неразрешенных вопросов и задач нами проводилось клиничко-психопатологическое и неврологическое (при необходимости и ЭЭГ, ЭхоЭГ, нейроофтальмологическое) обследование 140 больных (38 мужчин и 102 женщин) в возрасте от 20 до 70 лет, страдающих вышеуказанными неосложненными (101 человек) и осложненными (39 человек) формами шизофрении. Давность катамнестического наблюдения от 5 до 25 лет. Больные находились на лечении в «Психиатрическом медицинском центре» АОЗТ Аванской, Норкской, Нубарашенской клиник, в клинике Неврозов) Республиканском центре психического здоровья г.Гюмри. При необходимости больные были консультированы невропатологом, сексопатологом и терапевтом.

Научная новизна.

Впервые на большом клиническом материале и длительном катамнестическом наблюдении больных выявлены и описаны резко отличающиеся друг от друга психотические расстройства сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении на разных периодах течения болезненного процесса. Уточнены патогенетические роли наследственных (эндогенных) и экзогенных (инфекции, интоксикации, травмы головы, психогении) факторов, а также экзогенно-органических изменений головного мозга в возникновении и видоизменении (патоморфозе) клинических картин сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении. Впервые проанализирована типология клинических картин (синдромы, приступы) и закономерности развития (или стереотипа) чередования симптомокомплексов сексуальной и любовно-эротической тематики (патокинеза, синдромокинеза или синдромотаксиса) при вышеуказанных осложненных и неосложненных формах шизофрении. С учетом вышеуказанного (патокинеза) представлены дифференциально-диагностические особенности осложненных и неосложненных форм шизофрении, протекающих расстройствами сексуальной и любовно-эротической тематики, которые могут способствовать отграничению и дифференциации изучаемых психотических расстройств от внешне сходных расстройств не эндогенного генеза. Разработаны клинически, по мере возможности, и патогенетически обоснованные методы комбинированной терапии, а также реабилитации и реадaptации больных с осложненным и неосложненным формами шизофрении, протекающих психотическими расстройствами сексуальной и любовно-эротической тематики.

Практическая значимость.

В работе представлены клинические особенности психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении. Выделены те дифференциально-диагностические критерии, которые позволяют

отграничить вышеуказанные психозы (осложненные и неосложненные формы шизофрении сексуальной и любовно-эротической тематики), от внешне сходных психозов иной (нешизофренической) природы. Разработаны более адекватные и результативные методы их лечения, позволяющие повысить эффективность терапии изучаемых психозов, а также реабилитации и реадaptации соответствующего контингента больных.

Основные положения выносимые на защиту

1. Психотические расстройства сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении характеризуются некоторыми особенностями, которые, будучи не строго специфичны в начале болезненного процесса, становятся такими при закономерном развитии или стереотипе чередования наблюдаемых при них симптомокомплексов (т.е. при патокинезе, синдромокинезе и синдромотаксисе болезненного процесса).
2. Во время синдромообразования при изучаемых психозах помимо эндогенного процесса, определенные роли играют и некоторые патогенные факторы, такие как инфекция, интоксикация, травма головного мозга, психическая травма и наследственная отягощенность психическими заболеваниями, учет которых при паллинии и ряда дополнительных патогенных факторов во многом может способствовать диагностике изучаемых психозов и установлению их принадлежности к полигениям.
3. Указанные выше дополнительные, необлигатные, а скорее всего факультативные, добавочные (акцессорные, преципитативные) факторы не только способствуют развитию психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики, но и обуславливают видоизменение (патоморфоз) и атипизацию течения шизофрении в целом, принося свою патопластику в клиническую картину этой болезни (некоторых транзиторных, быстротечных психотических симптомов гетерогенной природы: зрительных галлюцинаций, делириантных явлений и т.д.).
4. По мере увеличения давности шизофренического процесса указанные дополнительные патогенные факторы постепенно перестают приносить свою патопластику в клиническую картину шизофрении и аутохтонно возникающие психотические картины хотя и характеризуются сексуальной и любовно-эротической тематикой, но больше не сопровождаются быстротечными психотическими расстройствами гетерогенного характера, а сам шизофренический процесс начинает протекать типично.
5. Преобладание в клинической картине психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики отнюдь не способствует утяжелению течения шизофренического процесса, наоборот, по мере увеличения давности болезненного процесса отмечается некоторая редукция артистических расстройств и заметная активизация личности. Ремиссия астенического типа заменяется ремиссией гиперстенического типа, а непрерывно-прогредиентный тип течения шизофрении заменяется приступообразно-прогредиентным.

Внедрения в практику.

Результаты исследования в виде методических рекомендаций представлены в плане учебной работы кафедры психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Национального Института Здравоохранения Республики Армения. Основные положения методической рекомендации внедрены в практику здравоохранения во всех психиатрических больницах Армения, в Государственной Классической Академии Сапкт-Петербурга, в N 3 областной психиатрической больнице города Орска.

Апробация работы: Диссертационная работа апробирована и рекомендована к защите на заседании (18.06.06; 15.05.07гг.) кафедры психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Национального Института Здравоохранения Республики Армения им. С.Х.Авдалбекяна, на заседании Ассоциации психиатров и наркологов Армении от 27 ноября 2007г.

Материалы и результаты исследования докладывались и публиковались на национальных и международных конгрессах и конференциях по психиатрии: по теме диссертации опубликовано 14 научных работ в республиканских (3) и международных (5) изданиях.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 151 страницах компьютерного текста и состоит из введения, четырех глав (“Обзор литературы”, “Общая характеристика материала и методы исследования”, “Формы клинических проявлений и особенности течения психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении”, “К особенностям течения и дифференциальной диагностики психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении”), заключения, выводов, практические рекомендации, приложение (38 ст.). В работе 7 иллюстрации, 10 таблиц. Библиографический указатель содержит 214 источников, из которых 143 на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы

Настоящее исследование выполнено на клинических базах Национального института здравоохранения Республики Армения им. Академика С.Х. Авдалбеяна: «Психиатрическом медицинском центре» АОЗТ Аванской, Норкской, Нубарашенской клиниках, в клинике Неврозов) Республиканском центре психического здоровья г.Гюмри. С целью изучения клинических особенностей, закономерностей течения и дифференциальной диагностики психических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при различных типах течения неосложненных и осложненных форм шизофрении проводилось клинико-психопатологическое (в том числе клинико-катамнестическое), неврологическое (в том числе ЭЭГ, ЭхоЭЭ, нейроофтальмологическое, компьютерно-томографическое) исследование и экспериментально-психологическое исследования 140 больных: 38 мужчин (27,86%) и 102 (72,14%) женщины. Из коих случаи неосложненных форм шизофрении составляли 101 (72,14%) больных, случаи шизофрении осложненного остаточными явлениями органического поражения головного мозга 39 (27,85%) больных. При этом из 39 больных шизофренией, осложненной остаточными явлениями органического поражения головного мозга, у 31(32,82%) шизофренический процесс начался еще задолго (10-15 лет) до развития у них органических изменений головного мозга, у 7 (17,9%) больных шизофренический же процесс начался спустя 20-25 лет после перенесенных больными менингита, менингоэнцефалита, арахноидита, субарахноидального кровоизлияния или травмы головы с потерей сознания. Данные о параклинических исследованиях больных отражены в таблице 1.

Строгая дифференциация изучаемых нами психозов сексуальной и любовно-эротической тематики при аффективных расстройствах (маниакально-депрессивном психозе) достаточно подробно изучена А.К. Даниеляном (2002). Отграничения и изучение этих расстройств, и вопросы их нозологической принадлежности и ныне остаются дискуссионными и неразрешенными. Отсюда и следует, что выделение и отграничение психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при изучаемых психозах может во многом способствовать решению вышеуказанных дискуссионных и неразрешенных вопросов.

Таблица 1.

Сведения о параклинических исследованиях больных, страдающих психотическими расстройствами сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении.

Названия параклинических исследований	Формы проявления психотических расстройств сексуальной или любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении. n= 140				Количество параклинических исследований n= 297	
	Шизофрения n=101		Шизофрения, осложненная органическими изменениями головного мозга, n= 39			
	n	%	n	%	n	%
Электроэнцефалография	33	32,57	39	27,86	72	24,24
Эхоэнцефалография	25	24,75	39	27,86	64	21,55
Краниография (рентгенография черепа)	9	8,91	19	13,57	28	9,43
Исследование глазного дна	15	14,85	39	27,86	54	18,18
Экспериментально-психологическис	15	14,85	39	27,86	54	18,18
Компьютерно-графические	4	3,96	21	15	25	8,42

А для этого необходимы не только психопатологические исследования больных, но и изучение ряда показателей, характерных для этих психозов на разных этапах течения патологического процесса, которые и могут способствовать решению затронутых нами вопросов. Один из таких показателей относится к полу и возрасту больных, который приведен в таблице 2.

Таблица 2.

Распределение по возрасту и полу больных страдающих неосложненными и осложненными формами шизофрении n=140

Возраст (в годах)	Мужчины	Женщины	Всего
	n±m	n±m	n±m
20-29	3±4,37	12±3,19	15±2,61
30-39	6±5,92	18±3,77	24±3,19
40-49	10±7,14	30±4,51	40±3,82
50-59	10±7,14	26±4,32	36±3,69
60-69	7±6,29	12±3,19	19±2,89
70 и более	2±3,62	4±1,92	6±1,71
Итого	38	102	140

Из приведенных в таблице 2 данных не трудно заметить, что случаи неосложненных и осложненных форм шизофрении, протекающих с психотическими расстройствами сексуальной и любовно-эротической тематики, у обоих полов больных наиболее часто (76 больных, 54,26%) наблюдаются в 40-59 летнем возрасте. Относительно реже (24 больных, 17,14%) в возрасте 30-39 лет. В период 20-29 (15 больных, 10,71%) и 60-69 лет (19 больных, 13,57%) заметно наблюдается снижение развития этих психозов, и резко падают такие возможности при возрасте старше 70 лет.

Динамика таких изменений заметно отличается при неосложненных и осложненных формах изучаемой болезни, о чем свидетельствуют данные таблицы N3.

Таблица 3.

Распределение по полу больных, перенесших неосложненные и осложненные формы шизофрении, протекающие с психотическими расстройствами сексуальной и любовно-эротической тематики.

Пол больных	Количество больных n=140	Шизофрения n=101	Шизофрения осложненная остаточными явлениями органического поражения головного мозга n=39.
	n±m	n±m	n±m
Мужчин	38±3,76	30±4,55	8±6,47
Женщин	102±3,76	71±4,55	31±6,47

Данные таблицы 3 свидетельствует о том, что при неосложненных формах шизофрении наиболее часто (71 больных) изучаемые психозы сексуальной и любовно-эротической тематики наблюдаются у женщин и относительно реже у мужчин (30 больных), что в процентных соотношениях составляет: 50,72:21,43. Аналогичные данные наблюдаются и при осложненных формах шизофрении, они имели место у 31 женщины и 8 мужчин (соотношение в процентах: 22,14:5,71). Стало быть изучаемые психозы наиболее характерны для женщины чем для мужчин, для неосложненных, чем осложненных форм шизофрении. Сравнительные данные по возрасту больных, перенесших неосложненные и осложненные формы шизофрении, протекающие с психотическими расстройствами сексуальной и любовно-эротической тематики отражены в следующей таблице.

Таблица 4.

Сравнительные данные больных с неосложненными и осложненными формами шизофрении, протекающие с психотическими расстройствами сексуальной и любовно-эротической тематики.

Возраст больных	Шизофрения	Шизофрения, осложненная остаточными явлениями органического поражения головного мозга.
	n±m	n±m
20-29	10±2,97	4±4,86
30-39	20±3,97	5±5,35
40-49	30±4,55	10±6,99
50-59	29±4,50	11±7,21
60-69	9±2,83	7±6,15
70 и больше	3±1,69	2±3,53
Итого	101	39

Как видно из таблицы N4, по мере увеличения возраста больных (начиная с 20-летнего возраста вплоть до 69 лет) увеличивается вероятность возникновения психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики, между тем до 20-и летнего возраста таких расстройств не наблюдается ни у одного больного, а в тех случаях, когда они продолжались до 70 и старше лет, по мере нарастания старческого возраста они быстро и окончательно исчезают.

Играют ли роль преморбидные особенности личности, наследственная отягощенность больных психическими заболеваниями, экзогенные патогенные (провоцирующие) факторы в генезе и течения изучаемых форм шизофрении? Ответы на эти вопросы имеют принципиальное значение и могут уточнить вопрос о том, характерны ли психотические расстройства сексуального или любовно-эротического содержания лишь для эндогенного (шизофренического) процесса или же они обусловлены гетерогенными патогенными факторами? Следующие таблицы посвящены уточнению этих вопросов.

Таблица 5.

Распределение больных по наследственной отягощенности

Название заболевания	Общее количество больных n=140	Шизофрения n=101	Шизофрения, осложненная остаточными явлениями поражения головного мозга. n=39
	n±m	n±m	n±m
1. Шизофрения а. непрерывно-прогредиентный тип течения	19±2,89	17±3,72	2±3,53
б. приступообразно-прогредиентный тип течения	11±2,27	9±2,83	2±3,53
в. приступообразный (периодический, рекур-рентный тип течения)	10±2,18	9±2,83	1±2,53
2. Аффективные заболевания (маниакально-депрессивный психоз)	21±3,02	15±3,54	6±5,78
3. Экзогенно-органические психозы	9±2,07	7±2,53	2±3,53
4. Предстарческие формы деменции	6±1,71	4±1,94	2±3,53
5. Старческое слабоумие	11±2,27	9±2,83	2±3,53
6. Неуточненные Психозы	11±2,27	7±2,53	4±4,86
7. Отсутствие наследственной отягощенности	42±3,87	24±4,24	18±7,98
Итого	140	101	39
M	-	13,6	4,40
σ±	-	9,56	5,04
m±	-	3,02	1,59
t	-	-	2,69
p	-	-	<0,001

$$(X^2=15,70 \text{ с}=9, (p<0,001))$$

Из приведенных данных таблицы N5 видно, что из всех обследованных 140 больных, страдающих неосложненными и осложненными формами шизофрении у 28,57% (40 больных)

наследственность была отягощена различными типами течения шизофрении, у 15% больных (21 больных) аффективными заболеваниями (МДП), у остальных 26,42% больных (37 больных) различными уточненными и неуточненными формами психических заболеваний. Соотношения этих данных при наследственной отягощенности шизофрении составляет 25%:3,57%, при МДП - 10,71%: 4,28%, при остальных уточненных и неуточненных психических заболеваниях вместе взятых при неосложненных (27 больных) и осложненных (10 человек)- соответственно 19,28%:7,14%. У 42 больных наследственность психическими заболеваниями была не отягощена (30%). Соотношения этих данных при неосложненных (24 больных) и осложненных (18 больных) формах шизофрении при наследственной не отягощенности шизофрении составляет 17,14%:12,86%. Стало быть, психотические расстройства сексуального или любовно-эротического содержания гораздо чаще наблюдаются у больных, страдающих неосложненными и осложненными (21 больных) формами шизофрении, у которых наследственность бывает отягощена различными психическими заболеваниями и прежде всего шизофренией ($X^2=15,70$ с=9, $p<0,001$). Соотношение (частота) их (наследственной отягощенности) при указанных неосложненных и осложненных формах шизофрении соответствовало 55:14,95 (в процентах). Во всяком случае, неоспорима выраженная частота наследственной отягощенности шизофренией и другими психическими заболеваниями в генезе изучаемых нами психотических расстройств.

Влияют ли преморбидные особенности личности на формирование психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении? Данные таблицы №6 в определенной мере отвечают на этот вопрос.

Таблица 6.

Распределение больных по преморбидным особенностям личности, перенесших психотические расстройства сексуальной или любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении.

Типы преморбидных особенностей личности	ВСЕГО n=140		Шизофрения n=101		Шизофрения, осложненная остаточными явлениями органического поражения головного мозга n=39	
	n±m	%	n±m	%	n±m	%
Гипертимический	5±1,57	3,57	1±0,99	0,99	4±4,86	10,26
Циклоидный	8±1,96	5,71	2±1,39	1,98	6±5,78	15,38
Эмотивнолабильный (реактивно-лабильный)	5±1,57	3,57	2±1,39	1,98	3±4,27	7,69
Психастенический	7±1,84	5	1±0,99	0,99	6±5,78	15,38
Шизоидный	61±4,19	43,57	56±4,95	55,45	5±5,35	12,82
Истерический	4±1,41	2,86	1±0,99	0,99	3±4,27	7,69
Неустойчивый	2±1,00	1,43	1±0,99	0,99	1±2,53	2,56
Эпилептоидный	3±1,22	2,14	1±0,99	0,99	2±3,53	5,13
Гармоничный	45±3,95	32,14	36±4,77	35,64	9±6,75	23,08

Таблица 7.

Статистическая обработка данных 6-ой таблицы

Статистические критерии	Шизофрения	Шизофрения осложненная остаточными явлениями поражения головного мозга.
M	11,22	4,33
σ±	20,35	2,45
m±	6,78	0,82
t	-	1,008
p	-	<0,01

Таблица 8.

Характеристика тип преморбидных особенностей личности

Типы преморбидных особенностей личности	Всего		Шизофрения		Шизофрения, осложненная остаточными явлениями поражения головного мозга.	
	N	%	n	%	N	%
Шизоидный	61±4,19	43,57	56±4,95	55,45	5±5,35	12,82
Гармоничный	45±3,95	32,14	36±4,77	35,64	9±6,75	23,08
Остальные	34±3,62	24,29	9±2,83	8,91	25±7,68	64,10

Сравнивая формы преморбидных особенностей личности при неосложненных и осложненных формах шизофрении, протекающих с психотическими расстройствами сексуальной и любовно-эротической тематики можно констатировать, что при обеих формах изучаемой шизофрении у 95 (67,85%) больных наблюдаются различные типы преморбидных особенностей личности. У 45 (32,15%) больных в преморбиде выраженных особенностей личности не наблюдалось (гармоничный тип). Из 140 больных у 61 (т.е. 43,57%) преобладали шизоидные типы личности, из коих 56 человек (40%) страдали неосложненной формой шизофрении, 5 больных (3,57%) осложненными формами шизофрении. У 45 (т.е. 32,14%) преобладали гармоничные типы личности, из коих 36 больных (25,71%) страдали неосложненной формой шизофрении, 9 больных (6,43%) осложненной формой шизофрении. Все остальные типы (в которые входят циклоидные, психастенические, гипертимные, эмоционально-лабильные, относительно реже-истерические, неустойчивые и эпилептоидные личности), после шизоидных преморбидных типов, по частоте преморбидных черт характера при неосложненных и осложненных формах шизофрении встречается реже. Соотношение преморбидных черт личности при неосложненной (65 больных) и осложненной (30 больных) формах шизофрении составило: 46,43:21,43%.

Стало быть, преморбидные указанные черты характера чаще всего имеют место при осложненных формах шизофрении ($X^2=48,85$, $p<0,001$). При этом, у 140 больных резкое колебание частоты преморбидных типов личности не могло не влиять и на особенности и частоту изучаемых психотических расстройств при осложненных и неосложненных формах шизофрении.

Играют ли роль экзогенные патогенные факторы в генезе психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении? Такие факторы встречаются при изучаемых психозах и они по-разному распределяются при неосложненных и осложненных формах изучаемых психозов.

Таблица 9.

Распределение провоцирующих патогенных факторов у лиц перенесших психотическое расстройство сексуальной и любовно-эротической тематики при шизофрении.

Типы провоцирующих факторов	Количество больных и процентное соотношение		Шизофрения n=101	Шизофрения, осложненная остаточными явлениями органического поражения головного мозга. n=39
Инфекционные заболевания (грипп и т.д.)	15	10,71	3	12
Интоксикации (алкоголь, наркотические вещества, пищевые отравления т.д.)	21	15	3	18
Травма головного мозга	31	22,14	3	28
Психическая травма	22	15,71	3	19
Соматические заболевания (гепатиты и т.д.)	7	5	1	6
Комбинированные экзогенные патогенные факторы (грипп и психическая травма и т.д.)	17	12,14	3	14

$$\chi^2=1,10, c=5, p<0,01$$

Как видно из таблицы №9 экзогенные патогенные провоцирующие факторы взятые вместе при неосложненной форме шизофрении наблюдались в 16 (11,42%) случаях, при осложненных формах шизофрении в 97 случаях (69,28%). При этом при осложненных формах шизофрении у 28 больных (20% случаев) непосредственно перед психотическими приступами имело место травма головного мозга, у 19 больных (13,57% случаев) психическая травма и у 12 (12,85% случаев) больных различные инфекции у 14 больных комбинации различных патогенных факторов (10% случаев). Стало быть, именно при осложненных формах шизофрении наиболее часто психотические расстройства сексуальной или любовно-эротической тематики провоцируются экзогенными патогенными факторами.

Соотношения между неосложненными и осложненными формами шизофрении, протекающие психотическими расстройствами сексуальной и любовно-эротической тематики составляют 16 (11,42%) : 97(69,28%) случаев. Выявленные различия между возрастом больных, полом, преморбидными чертами характера и провоцирующими экзогенными патогенными факторами при неосложненных и осложненных формах шизофрении, во многом способствовали и возникновению различных форм психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики. Данные и об этих различиях отражены в таблице №10.

Из таблицы №10 видно, что различные галлюцинации и бредовые идеи сексуальной и любовно-эротической тематики неравномерно распределяются при неосложненных и осложненных формах шизофрении, что генитальные галлюцинации наиболее часто наблюдаются при осложненных, чем неосложненных формах шизофрении (соотношение в процентах: 100;20,79). Точно также из бредовых различных идей, только ипохондрический бред сексуальной или любовно-эротической тематики гораздо чаще наблюдается при осложненных, чем неосложненных формах шизофрении (соотношение в процентах: 69,23;11,88). В остальных же случаях психотические расстройства сексуальной или любовно-эротической тематики, несравненно чаще наблюдаются при неосложненных, чем осложненных формах шизофрении. Следовательно, изучаемые нами психотические расстройства сексуальной или любовно-

эротической тематики связаны не с воздействием провоцирующих экзогенных патогенных факторов, а самим эндогенным (шизофреническим) процессом.

Таблица 10.

Распределение форм психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематике при неосложненных и осложненных формах шизофрении. n=140

Формы галлюцинаторных, бредовых, аффективно-галлюцинаторных и аффективных расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики	Шизофрения n=101		Шизофрения, осложненная остаточными явлениями органического поражения головного мозга. n=39	
	N	%	n	%
1. Генитальные (эротические) и другие галлюцинации сексуальной и любовно-эротической тематики	21	20,79	39	100
2. Бредовые расстройства сексуальной и любовно-эротической тематики: -ипохондрический (в том числе синдром Кора и дерматозойный или Экбома синдром)	12	11,88	27	69,23
-ревности	25	24,75	14	35,90
-моральной порчи	34	33,66	7	17,95
-отношения	41	40,59	18	46,15
-эротического преследования	42	41,58	2	5,13
-демономанический	19	18,81	2	5,13
-воздействия на половые органы	33	32,67	18	46,15
-половой слабости	9	8,91	21	53,85
-половой метаморфозы или изменения пола	19	18,81	0	0
-беременности	39	38,61	0	0
-онантофобический	19	18,81	2	5,13
-величия (парафренный)	39	38,61	10	25,64
-эротического презрения Керера	12	11,88	0	0
-эротоманический (эротический, лобовный или синдром Клерамбо)	29	28,71	2	5,13
-синдром Кувад	9	8,91	0	0
3. Аффективно-галлюцинаторные расстройства сексуальной или любовно-эротической тематики	51	50,49	15	38,46
4. Аффективно-бредовые расстройства сексуальной или любовно-эротической тематики	40	39,60	11	28,21

$$\chi^2=156,97 c=17 p<0,001.$$

Связано ли возникновение психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении с возрастом и полом больных (таблица №2), полом и осложнением шизофрении с остаточными явлениями органического поражения головного мозга (таблица №3), возрастом и осложнением или неосложнением шизофрении остаточными явлениями органического поражения головного мозга (таблица №4),

наследственной отягощенностью больных различными психическими заболеваниями (таблица N5), преморбидными особенностями личности (таблица N7,8), проводящими экзогенными патогенными факторами (таблица N9)? Нами было сделана попытка ответить на эти вопросы. Ответы на эти вопросы во многом помогут уточнению форм и закономерностей течения изучаемых нами психозов, их патогенетических особенностей и закономерностей течения и что более важно - генетической связанности их прежде всего с эндогенным процессом или экзогенными и экзогенно-органическими патогенными факторами.

Результаты исследований и их обсуждение

В медицинской литературе из различных форм психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при психозах более или менее подробно были изучены клиника бреда ревности и клинические формы любовного или эротоманического бреда. При этом изучаемые формы психозов касались только неосложненных форм этого заболевания. Имелись отдельные упоминания о существовании и других психических заболеваний, протекающих с психотическими расстройствами сексуального или любовно-эротического содержания (Даниелян А.К. 2002г.), клинические особенности которых до сих пор изучались недостаточно. При учете закономерностей развития (стереотипа чередования) синдромов изучаемых выше психозов выявляются следующие синдромологически очерченные проявления психических расстройств (форм) сексуального или любовно-эротического содержания.

1. Галлюцинации сексуального или любовно-эротического содержания. Изучаемая форма психических расстройств при различных (галлюцинаторных, галлюцинаторно-бредовых, аффективно-бредовых) психотических состояниях проявляется по-разному. При зрительных галлюцинациях, больные говорят, что сами видели как их жены наяву имели половые контакты с любовниками или же разными способами им показывали такие сцены. Видели своих кастрированных двойников, будто бы их изнасиловали и превращали в лиц противоположного пола. При слуховых галлюцинациях больные слышат интимный разговор жены или мужа с другим человеком, шум их поцелуев, разговор во время полового акта, они говорили о том, что больной (или больная) скоро будет изнасилован, лишен мужских (или женских) достоинств, кастрирован. «Голос» обвиняет их в гомосексуализме и в других видах половых перверзий, изредка говорят об их «сексуальных успехах», «достоинствах». Под диктовку или по велению «голоса» больные прибегают к самокастрации (удалению или повреждению половых органов). Изредка возникали обонятельные и вкусовые галлюцинации (также сексуального или любовно-эротического содержания) или галлюцинации кожного (тактильного) чувства, локализуемые в области гениталий (генитальные галлюцинации), выражающиеся в форме чувства схватывания, толчков, исходящих извне, чувства жжения, прижигания, охлаждения в области половых органов (термических или температурных галлюцинаций), ощущения присутствия в области гениталий мокроты, капли крови, эякулята (гигрических галлюцинаций), ощущения присутствия в животе инородного тела - дополнительной матки, нескольких плодов и т.д. (интероцептивных, висцеральных галлюцинаций или галлюцинаций общего чувства). Во многих случаях при эротических и генитальных галлюцинациях больные жалуются на мнимые ощущения непристойных манипуляций, производимых извне на половые органы, которые нередко считают актом коитуса, совершенного с больным в состоянии естественного или искусственного (сделанного) сна. Одновременно больные слышат и циничные выражения, представляют себя беременными.

2. Ипохондрический бред сексуального или любовно-эротического содержания. Больные с указанными расстройствами убеждены, что они страдают тяжелыми, неизлечимыми (рак и т.д.) или постыдными (сифилис и т.д.) заболеваниями половых органов. Они «находят» у себя телесные, психические или сомато-психические признаки противоположного пола (чаще деформации половых органов). Жалуются на то, что они либо родились такими, либо стали

такими под влиянием каких-то аппаратов, что все это препятствует сексуальному нормальному контакту. Убеждение больных в наличии у них телесного уродства (ненормального строения тела, половых органов), убежденность их в том, что все это бросается в глаза окружающим, что они внешне стали похожи на лиц противоположного пола, ложного чувства и убежденности изменения у них голоса, эмоциональных реакций, что у них происходит процесс феминизации или маскулинизации и что из-за всего этого окружающие стали избегать их - все это свидетельствует, что ипохондрический бред сексуального или любовно-эротического содержания тесно переплетается с явлениями дисморфомании и сомато-психической деперсонализации. С целью избежания полной абитрофии или такого «морального позора» больные нередко прибегают к частичному или тотальному удалению своих половых органов (аутокастрации) или суициду. В инволюционном возрасте эти расстройства приобретают нигилистический оттенок, больные объявляют, что у них все внутри нагноилось или выгорело и вместе с внутренними органами уничтожились и половые органы. Указанным ипохондрическим идеям иногда предшествуют или последуют тактильные (генитальные) указанные выше галлюцинации термического, галпического или гигрического характера. Нередко ипохондрический бред принимает коро-подобный характер, который представляет собой бредовую (значительно реже, сверхценную) убежденность больного, проявляющуюся в следующих 3-х переживаниях или симптомах: 1) убежденность в постепенном, а иногда довольно быстро наступающем сморщивании и уменьшении в размерах полового члена; 2) убежденность во втягивании полового члена в брюшную полость или вообще внутрь тела вплоть до полного исчезновения (в связи с первыми двумя симптомами важно отметить, что слово «коро» по-китайски означает «голова черепахи»); 3) уверенность в возможности наступления из-за этого смерти. Третий симптом не всегда выражен и часто отсутствует и смерть здесь понимается в переносном смысле, т.е. не как физическая смерть человека, а как гибель в человеке мужчины-полового партнера. Отсутствие третьего симптома позволило ряду авторов говорить о коро-подобном симптоме у лиц неясного происхождения. Этот феномен нами наблюдался только при параноидной психозе. Описываемый синдром обычно сопровождается деперсонализационными расстройствами. Ипохондрический бред иногда протекает в форме «Экбома» синдрома так же сексуального или любовно-эротического содержания. Указанный синдром часто называется также «дерматозойный бред», «наружная зоопатия», «бред кожных паразитов», «бред одержимости кожными паразитами», «локальная (пограничная) ипохондрия», «навязчивый зоопатический галлюциноз», «пресенильный дерматозойный бред» Экбома. Само разнообразие названий показывает, что при этом бреде мы имеем дело с патологией не только перцептивно-аперцептивной сферы, но и одновременно патологией мышления, а точнее галлюцинаторным бредом (подразумевается и генитальные галлюцинации и галлюцинации общего чувства). В литературе имеется указание о том, что этот синдром встречается как самостоятельная форма психических расстройств позднего возраста. Однако по нашим данным синдром Экбома наблюдается и еще задолго до наступления инволюционного возраста и по структуре не отличается от бреда одержимости. Разница заключается лишь в том, что при бреде одержимости тактильные галлюцинации зоопатического содержания возникают спустя несколько месяцев или лет после начала бреда одержимости, тогда как дерматозойный бред начинается на почве давно существующего тактильного галлюциноза то же зоопатического (и сексуального) содержания. Больные с Экбом синдромом сексуального или любовно-эротического содержания обычно жалуются, что у них область гениталий подвергается влиянию маленьких и микроскопических организмов. Боль и другие неприятные ощущения в области гениталий объясняют заражениями паразитами, которые якобы мигрируют из желудка или других внутренних органов. Проявляясь в рамках параноидного синдрома расширяется круг телесных болезненных ощущений. Больные говорят, что зараженными паразитами их заразили любовники жены или мужа, что из-за этого у них семенники втягиваются и атрофируются половые органы

вообще, в животе накапливается жидкость и происходит семяизлияние во внутрь, жидкость со сперматозоидами закупоривает сосуды сердца, в сердце заводятся гадоки. Сами больные чувствуют, что у них происходит «вывих полового члена», «постепенно зарапывается влагалитце» и т.д. Сам же Экбом синдром может протекать в форме сверхценных или бредовых расстройств. При нарастании разнообразных проявлений бреда одержимости (внутренней зоопатии) в рамках параноидного бреда, особенно при наличии кинестетических автоматизмов синдрома психического автоматизма, больным с Экбом синдромом кажется, что в них вселили зараженные микробами или вирусами фантастические существа - необыкновенных животных, дьяволов (бред приближается к демономаническому бреду). При появлении у больных признаков чувственного бреда фантастического содержания больным кажется, что в их матке растут дьяволята, что больные сами являются «генераторами» новых видов животных, человека с коровьими головами, двуполых существ, предки которых жили на других планетах и отличались сперматозоидами и самого «лучшего» и «самого уродливого» качества. Считают себя биологическими родителями «исторических личностей» из разных эпох, в том числе и страдающих сексуальными перверзиями. Количество жен и детей больных достигает астрономических чисел. При этом указанные расстройства отмечаются в рамках и маниакальной, и меланхолической парафрени (бреда Котара). Наружная и внутренняя зоопатия рассматривается иногда как самостоятельная, не относящаяся к ипохондрическому бреду разновидность бредовых идей. Однако на наш взгляд, тут скорее всего речь идет о галлюцинаторном бреде, в основ которого лежат тактильные (в частности генитальные) и висцеральные галлюцинации (или галлюцинации общего чувства).

3. Бред ревности. Из всех форм психических расстройств сексуального содержания наиболее детально была изучена именно клиника бреда ревности. Необходимо выделять патологическую ревность в рамках параноидального бреда и бред ревности как один из симптомов в рамках параноидного бреда, а также галлюцинаторно-параноидных и аффективно-бредовых психозов. Но такое деление бреда ревности не всегда дает полную информацию ни только о характере (всегда ли монотематичен этот бред?), но и динамике его развития на более или менее большом отрезке времени. По нашим данным в развитии бреда ревности существенное значение имеют и генитальные галлюцинации: сочетание его со сверхценными идеями (также сексуального или любовно-эротического содержания): с тревогой: выраженными, наступившими до того признаками нарушения развития личности («психоз ревности» по К. Jaspers) термическими, гапгическими и гигрическими галлюцинациями, иллюзорными, аффективными и ипохондрическими явлениями, с явлениями сатириазиса или нимфоманий и ряда явлений сексуальных перверзий. Катамнестические наблюдения показывают, что в тех случаях, когда не выходя из рамок параноидального бреда, течение этого бреда на протяжении многих лет характеризовалось отсутствием резких обострений и происходит как бы смешивание его с жизнью, и бред ревности угасал вместе с ней. Все эти обстоятельства бесспорно свидетельствуют о правомерности выделения бреда ревности или супружеской неверности и в рамках монотематического параноидального бреда, и в рамках сложного симптомокомплекса (при трансформации бреда ревности параноидального характера в бредовые синдромы параноидного, а затем и парафренного характера, в содержании которых ведущее место занимают идеи ревности).

4. «Бред моральной порчи» и «эротического преследования». При этих бредовых расстройствах патологический процесс затрагивает преимущественно социальные и психологические качества личности. В структуре «бреда моральной порчи», как одного из вариантов бреда ущерба, прономерно выделить три его подтипы: аутопсихический, при котором бредовые переживания (чаще обвинения в гомосексуализме- гомосексуальном преследовании) касаются самого больного; соматопсихический, при котором наблюдается сенестопатически-ипохондрический бред сексуального или любовно-эротического содержания; и наконец аллопсихический, во время которого бредовые идеи направлены на близких больного, который

старается изобличить их в нравственной распущенности. Такие больные также склонны к аутоагрессии, поскольку бредовые переживания осознаются больными как нечто безусловно более тяжелое, чем смерть биологическая и равносильны смерти индивидуума. На практике эти разновидности крайне редко проявляются в изолированной форме, они либо сочетаются друг с другом, либо переходят друг в друга, либо сочетаются с вышеописанными генитальными и другими галлюцинациями сексуального или любовно-эротического содержания или бредовыми идеями отношения, преследования и воздействия также сексуального или любовно-эротического содержания. Но гораздо чаще бред моральной порчи сочетается с бредом беременности.

5. Бредовые идеи персекуторного и иного характера сексуального или любовно-эротического содержания. Данная группа включает в себя разнообразные по структуре, но сходные по фабуле психозы, При бредовых идеях отношения у больных появляется убежденность, что окружающие своими действиями, поведением и разговором дают им знать о том, что они якобы страдают различными формами сексуальных перверзий. Нередко к этим явлениям присоединяются указанные выше различные формы ипохондрического бреда. При бреде эротического преследования более сложной структуры больные убеждены, что они стали предметом преследования с целью изнасилования, морального унижения и лишения мужских достоинств. Считают себя предметом глумления во всех памфлетах, карикатурах и театральных пьесах, чтобы обезопасить их в общественном мнении, решают погубить их и подвергнуть той же участи их родных. Нередко бредовые идеи приобретают демономанический характер (демоманический бред). Больные чувствуют, что они находятся в сношении с дьяволом, который входит с ними в «плотские» сношения и иногда дает плод любви нечестной. Другой раз все дело ограничивается покушениями на эти сношения. В ряде случаев во время таких сношений чувствуют, что они умирают и одновременно собираются себя похоронить.

6. Бред воздействия на половые органы. При бредовых идеях воздействия больные считают, что непонятным образом совершают с ними половой акт во сне или в полусонном состоянии. Вещество, которое употребляют злодеи для усыпления, по словам больных, содержит в себе и семенную жидкость мужчин и женщин. С присоединением к бредовым идеям воздействия различных, описанных выше истинных галлюцинаций, псевдогаллюцинаций, бредовых ипохондрических идей и бреда преследования, завершается развитие синдрома психического автоматизма со своими почти всеми проявлениями.

7. Бред половой слабости или сексуальной неполноценности. При бреде половой слабости реальные явления нарушения эякуляционной и эрекционной функции приобретают сверхценный характер и перерастают в бредовую интерпретацию, но чаще всего речь идет об убежденности больных в половой слабости при вполне сохранной половой функции. Иногда к этим явлениям постепенно присоединяются сенестопатические и ипохондрические (чаще бредовые) ощущения со стороны половых органов. В таких случаях больные говорят, что они были зачаты неестественным путем.

8. Демономанический бред. При бреде «демонмания» с сексуальным подтекстом больные без дефектов психического или физического развития считают, что их заколдовали с детских лет («половое околдование»), поэтому они якобы родились с дефектом телесного характера («недоразвитие половых органов») или сексуального развития («психическое половое околдование»); Этим они и объясняют почему своевременно не смогли выйти замуж («бред старой девы») или «одиноких женщин»). Заявляют, что уже во внутриутробной жизни или сразу после рождения изменили пол («бред половой метаморфозы») или же в спящем состоянии имели с ними половые контакты («это сделали невидимки-колдуны») и они забеременели (бред беременности у мужчин и женщин). При онанофобическом бреде гетеросексуальной активности препятствуют онанофобические и дисморфобические переживания, которые становятся источником развития бредовых идей о сексуальной неполноценности.

9. Бред беременности. При бреде беременности после мнимого совокупления с воображаемыми любовниками-невидимками или после мнимого изнасилования, помимо убеждения в беременности, у больных возникают и соответствующие ощущения – впечатления плода, изменения формы тела и тому подобные соматические (а точнее висцеральные) галлюцинации и у женщин, и у мужчин. Больные мужчины с явлениями ложной беременности идентифицируют себя с женщиной (личность подвергается метаморфозе), чувствуют, что внутри у него растет ребенок. В литературе описывают и так называемый синдром Кувад (Couvade syndrome). Название произошло от французского глагола «couver» и обозначает «высиживать птенцов». Это совокупность психогенных и психосоматических нарушений у мужчин, имеющих беременных жен. При этом синдроме будущий отец испытывает те же неприятные ощущения и переживания, что и его беременная жена. Значительно реже эти проявления наблюдаются у отца или другого близкого родственника беременной. Эти явления у мужа возникают на 3-м месяце беременности жены и достигают пика к 9-му месяцу или к началу родов. Этот синдром чаще бывает у инфантильно-истерических личностей. Женщины и мужчины с ложным проявлением беременности (pseudocyesis по Evans D.L., Selly T.V.) собираются вскоре родить, а иногда и рожают ежедневно, и количество их детей достигает астрономических цифр. Указанный бред беременности иногда проявляется в структуре сложного симптомокомплекса галлюцинарно-бредового или аффективно-бредового характера. Чаще всего бред беременности сочетается с бредом чужих родителей.

10. Бред величия. При бреде величия сексуального или любовно-эротического содержания больные считают, что у них имеется много жен, нередко и несколько половых органов. День ото дня возрастает количество их детей, к числу которых относятся и крупные исторические личности из разных исторических периодов. Бред величия постепенно трансформируется в религиозный бред также парафренного и сексуального или любовно-эротического содержания. Больные чувствуют близость Бога, подражают жизни Христа, считают себя достойными его заместителями на Земле. И после исчезновения острого периода основной болезни больные анализируют свои болезненные переживания «сквозь призму религиозно-бредового своего миропонимания». В ряде случаев бредовые идеи фантастического содержания возникающие на основе «творческого вымысла» и относящегося к прошлому, настоящему или будущему, при сохранности самосознания и склонности к фантазированию, протекают в форме бреда воображения Дюпре также сексуального или любовно-эротического содержания. Во всех случаях содержание бреда представляет преимущественно любовно-эротические переживания, темы приключения иного происхождения, особой разоблачительной миссии.

11. Бредовые идеи любовного (эротического) содержания. И данная группа психотических расстройств сексуального или любовно-эротического содержания является собирательной группой бредовых идей, связанных между собой общей, сходной или крайне сходной фабулой. В эту группу бредовых расстройств входят: а) бред эротического презрения Керера, при котором больные (женщины) считают, что окружающие принимают их за женщин легкого поведения. Этот бред иногда перекликается с бредом эротического преследования Крафта-Эбинга, при котором больные убеждены, что их преследуют с эротическими, иногда гомосексуальными намерениями. Однако, бред может начинаться и остро, обязательно бредом параноидального характера, который в ряде случаев быстро трансформируется в параноидный бред с аналогичной фабулой (любовной, эротической тематикой). В ряде случаев бред эротического презрения, сочетается со слуховыми истинными галлюцинациями, псевдогаллюцинациями, явлениями идеаторного автоматизма синдрома Кандинского-Клерамбо. В этот период бред эротического презрения хотя и не исчезает, но теряет свою актуальность и особо не влияет на поведение больных; б) эротомания (эротический или любовный бред, синдром Клерамбо-Psychose passionelle). Содержанием этого бреда является убеждение больного в том, что некое лицо, как правило, незнакомое и вышестоящее в социальном

отношении, любит больную. С момента появления чувства любви, у больной развиваются тщательно разработанные бредовые переживания относительно этого мужчины, его любви к ней, его преследований и невозможности избавиться от его «любящих когтей». Она верит, что мнимый любовник первым почувствовал любовь к ней, хотя, объект, на который направлен бред, в большинстве случаев, не сознает этого и не делает ничего особенного, чтобы заслужить такое отношение. Она чувствует, что он любит больше, чем она. Верит, что он не может быть счастливым без нее. Она убеждена, что предполагаемый влюбленный не способен говорить о своей тайной любви и что он затрудняется подойти к ней, имеет непосредственное общение с ней и пытается вести себя парадоксальным образом. У некоторых бред любви трансформируется в бред преследования. Они становятся оскорбленными. Потому и Клерамбо считал, что это болезненное состояние проходит двумя фазами – фаза надежды сменяется фазой негодования. За весь период болезненного состояния данный (любовный) бред отличается возвышенным платоническим характером. Нередко сочетается с убеждением об обладании редкой красоты, необычной привлекательности, иногда случается и так, что аутистическая мечтательность сменяется обнаженной прямолинейностью, упорной борьбой за обладание мнимым партнером. Больной назойливо добивается встречи и объяснения с объектом своих вожделений. Он становится объектом неустойчивого эротического преследования, ему пишут бесчисленные письма и делают настойчивые предложения вступить в брак. В письмах она извещает, что знает его секреты, тайную любовь к ней, она часто зовет его, вещая и предлагая место встречи, сообщает, что он «является отцом» ее детей (хотя в другой раз она соглашается, что не было сексуальных отношений). Они верят, что он выслал деньги для «нее» и она в письме благодарит, выражая признательность ему за это как доказательство любви. Оставляя своих близких, мужа, детей, больные с любовным бредом бесцеремонно вторгаются в чужие семьи, создавая в них весьма драматические ситуации. Из изложенного нетрудно заметить, что речь идет о монотематическом «чистом» параноидальном бреде любви (pure erotomania) Clerambault). Однако, такие чистые случаи бреда являются редкостью. Гораздо чаще встречаются случаи любовного бреда (эротомании) с более разнообразной фабулой и структурой. Клиническая практика показывает, что мнимый любовник (жертва любви) чаще бывает старше по возрасту чем она. Он хотя и кажется влюблен, но не может сделать открытое признание в любви, и он это показывает во многом молчанием, непривольными выражениями, не прямым, а окольным путем. Каждое его слово или жест, казалось бы совершенно ничего не значащее, она истолковывает как выражение чувства со стороны мнимого влюбленного и стремится преодолеть его мнимую застенчивость более или менее провокационным проявлением кокетства. Иногда стремление к сексуальному сближению бывает скрыто слоем негативного эмоционального отношения к объекту желания, тогда пациенту кажется, что он смотрит на нее с вожделением, делает двусмысленные замечания и даже пытается ее изнасиловать. В ряде случаев сексуальное желание может с одного мужчины переходить на многих. Тогда, каждый мужчина превращается в потенциального поклонника, любовника, преследователя или насильника. Как видно из приведенного описания «чистой», монотематической эротомании (pure erotomania), любовный бред не всегда оказывается столь чистым, и нередко сопровождается и бредовыми идеями отношения и преследования. Как показывают наши наблюдения (они подтверждаются единичными наблюдениями и других исследователей) эротоманический (любовный, эротический) бред в ряде случаев протекает с более сложной структурой. Больные в таких случаях чувствуют, что их мысли находятся под контролем кого-то еще. Не только сами больные преследуют своих мнимых любовников, но и сами становятся объектом преследования и насмешек с их стороны, у них возникают и «галлюцинации половых органов», т.е. генитальные галлюцинации и бредовые идеи об извращении пола больного и на основании этого – бред о превращении одного пола в другой. Любовный бред нередко сопровождается эпизодами острого параноида, фантастической парафрении, онейроида,

галлюцинаторно-параноидного, а также обсессивными, маниакальными или депрессивными явлениями, явлениями симптомов Капгра или Фреголи, психотическими расстройствами (приступами) не психотической природы, бредом воображения Дюпре, конфабуляторным или сверхценным бредом и другими психопатологическими симптомами и также синдромами сексуального или любовно-эротического содержания. Касаясь формы течения изучаемого бреда, надо считать достоверным то, что он в чистом, неосложненном виде протекает либо в форме сверхценного, либо паранойального бреда, в форме чистой (эссенциальной) или первичной эротомании, которые в ряде случаев начинаются внезапно, либо в форме вторичной эротомании, которая начинается постепенно на фоне ранее существенного психоза параноидного типа. Наконец, эротомания может начинаться внезапно и протекать в форме острого любовного бреда с идеями о замужестве и галлюцинациями. По типу течения эротомания может иметь рецидивирующее течение (периодами по несколько недель - месяцев), но она может и замещаться сходным бредом, касающимся другого мужчины. Достоверно, что в противоположность любовному бреду паранойальной 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 (симптомов Капгра, Фреголи). Эротоманические бредовые идеи не обнаруживая тенденции к расширению или изменению тематики бреда могут протекать в форме сверенного бреда, но могут обнаруживать и тенденции к затуханию, его постепенного слияния с личностью больного (по типу амальгамирования по Weitbricht). Проведенные нами клинические наблюдения показывают, что любовный бред при неосложненных формах психоза чаще сопровождается бредом чужих родителей, при осложненных же формах психоза - бредом трансформации личности и пола, а также бредом беременности. В медицинской литературе наиболее детально были изучены клинические особенности эротомании, бреда ревности и ипохондрического бреда сексуального содержания. Но как видно из приведенного нами литературного обзора, изучаемые нами формы психозов сексуальной и любовно-эротической тематики отнюдь не ограничиваются указанными выше психопатологическими проявлениями. Более того, никто из цитируемых нами в литературном обзоре авторов не ответил на вопрос о том, наблюдаются ли эти расстройства лишь при психозе или же они наблюдаются и при других нозологических формах душевной патологии. В этом отношении составляют исключение работы А.К. Даниеляна, опубликованные в журналах: «Медицинская наука Армении». (Ереван, 2002, том XXI, №3, стр 108-114), «Неврология и психиатрия им. С.С. Корсакова» (Москва, 2002, т.102, стр. 34-39), «Социальная и клиническая психиатрия» (Москва, 2003, т. 1, стр. 57-60). В работах А.К. Даниеляна, посвященных клиническим особенностям эротомании (2001г), психическим расстройствам сексуального и любовно-эротического содержания при различных заболеваниях (2002г) и клиническим особенностям галлюцинаторных и бредовых расстройств сексуальной или любовно-эротической тематики при психозе (2003), речь в основном шла о выделении форм психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики, но не на их закономерностях течения. Тогда как изучение закономерностей течения психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики не менее важно, особенно для разработки более рациональных и адекватных методов реабилитации и реадaptации соответствующего контингента больных. Здесь естественно возникает вопрос, а каковы особенности патокинеза, синдромокинеза или синдромотаксиса психотических расстройств сексуальной или любовно-эротической тематики при психозе вообще и психозе осложненном остаточными явлениями органического поражения головного мозга различного генеза, в частности. Всегда ли клиническая картина изучаемых психозов подвергается видоизменению или патоморфозу? А разве не существуют такие формы психотических расстройств сексуальной или любовно-эротической тематики, которые протекают моносимптомно, со стабильной клинической картиной, без осложнения

новыми симптомами? Приведенные нами формы психотических расстройств сексуальной или любовно-эротической картиной психотического генеза в 79% случаев протекают стабильной клинической картиной, но в остальных случаях к основному симптому присоединяются новые симптомы. Образуются синдромы со сложной структурой, отмечается усложнение клинической картины болезни.

До сих пор речь шла о формах проявления психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах психоза, о стереотипе чередования тех симптомокомплексов, в рамках которых проявляются изучаемые нами психотические расстройства, о формах и закономерностях синдрообразования в динамике, от приступа к приступу. Но тут естественно возникает вопрос, а имеются ли количественные и качественные различия при изучаемых расстройствах при неосложненных и осложненных формах психоза?

Проведенное нами мультидисциплинарное исследование показывает, что при осложненных формах психоза по сравнению с неосложненными формами этого же заболевания преобладают сенестопатические расстройства и ипохондрические бредовые расстройства и по нашим данным никогда не наблюдались бредовые идеи половой метаморфозы или изменения пола, беременности, эротического презрения Керера, эротоманический бред. Заметно быстро (в течение буквально 1-1,5 лет) наблюдалось своеобразное синдрообразование, при патологическом процессе, осложнение синдромов, переход галлюцинаторных расстройств к галлюцинаторно-бредовым, а в дальнейшем, аффективно-бредовым, то есть наблюдался процесс быстрой параноидизации и парафренизации классической картины при осложненной форме психоза.

Касаясь терапии психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненной и осложненной формах психоза, выясняется, что применение монотерапии нейролептическими и антидепрессивными средствами часто оказывается нерезультативным, т.е. продуктивные психопатологические симптомы в abortивной и инкапсулированной форме часто продолжают и в период ремиссии, потому и необходимо с самого начала лечения прибегать к политерапии - комбинации нейролептических средств, антидепрессантов различной формы. Или же проводить монотерапию современными нейролептиками, назначая больным Risperdone, Olanzapine или антидепрессанты, с этой целью назначать больным один из следующих антидепрессантов второго поколения - один из селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС): пароксетин, циталопрам, флуоксамин, флувоксетин или сертралин. При этом наиболее результативным оказывается проведение и поддерживающей терапии, комбинируя последнюю с психотерапией.

ВЫВОДЫ

1. Клинические проявления сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненной шизофрении и шизофрении осложненной другими расстройствами, хотя и имеют много сходного, но они отличаются друг от друга достаточно специфическими клиническими особенностями, с чем и связано развитие различных клинических проявлений шизофрении и свойственных им особенностей формообразования, синдрообразования, патокинеза, синдромакинеза или синдромотаксиса болезненного процесса.

2. Качественные сходства и различия психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении дают о себе знать во всем периоде течения шизофренического процесса и выражается в том, что:

2.1. и при неосложненных и при осложненных формах шизофрении психотические расстройства сексуальной и любовно-эротической тематики наиболее характерны для зрелого возраста и нехарактерны для возраста обратного развития интеллекта или периода старческого возраста, периода нарастания психологии старения или старости.

2.1.1. Соотношение женщин и мужчин при неосложненной форме шизофрении проявляется в разных соотношениях. Психические расстройства сексуальной и любовно-эротической тематики наиболее характерны для женщины, чем для мужчин, неосложненные формы шизофрении встречаются чаще, чем осложненные.

2.1.2. При неосложненных и осложненных формах шизофрении наследственность обычно бывает отягощена шизофренией, аффективными расстройствами, и другими уточненными и неуточненными психическими заболеваниями (их соотношение при неосложненных и осложненных формах шизофрении выражается в процентном соотношении 25:3,57. Следовательно, психотические расстройства сексуальной и любовно-эротической тематики наиболее часто наблюдаются при неосложненных, чем осложненных формах шизофрении.

2.1.3. При неосложненных и осложненных формах шизофрении вместе взятых и протекающих с картиной сексуальной или любовно-эротической тематики, больные в преморбиде отличались акцентуацией характера, соотношение которых при неосложненных и осложненных формах шизофрении соответствовало 32,14:21,42 (в процентах).

2.1.4. Психотические расстройства сексуальной и любовно-эротической тематики более типичны для неосложненной, чем для осложненной формы шизофрении. Показатели при обеих формах шизофрении распределяются неравномерно, неравномерно и участвуют в развитии той или иной формы психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики.

3. Вне зависимости от того, спровоцированы психотические расстройства сексуальной или любовно-эротической тематикой экзогенными или патогенными факторами или нет, возникают ли они при осложненной или неосложненной форме шизофрении, они, как правило, имеют свои конкретные формы проявления и закономерности течения (стереотип чередования синдромов). Эти психозы обычно протекают в формах: 1) генитальных (эротических) и других галлюцинаций истинного характера или псевдогаллюцинаций; 2) бредовых расстройств сексуальной или любовно-эротической тематики; 3) ипохондрического бреда (в том числе синдрома Коро, дерматозойного бреда или Экбом синдрома); 4) бредовых идей ревности, моральной порчи, отношения, эротического преследования; 5) демономанического бреда, бреда воздействия на половые органы, половой слабости, половой метаморфозы или изменения пола; 6) бреда беременности, онанофобического бреда, бреда величия, эротического презрения Керера; 7) эротоманического или любовного бреда; 8) синдрома Кувад; 8) аффективно-галлюцинаторных и аффективно-бредовых расстройств сексуального или любовно-эротического содержания.

4. Каждое из перечисленных бредовых расстройств или галлюцинаций сексуальной или любовно-эротической тематики имеет характерные только для него формы проявления и

закономерности течения, то есть патокинез, синдромакинез или синдромотаксис. Этим они и отличаются друг от друга, что и позволяет выделить их в качестве отдельных вариантов шизофрении сексуальной или любовно-эротической тематики.

5. Для галлюцинаторного варианта характерно то, что его возникновению непосредственно предшествуют явления тревожной судепрессии типа вегетативной депрессии Памке, стало быть для галлюцинаторного варианта психотических расстройств сексуальной или любовно-эротической тематики характерно закономерное чередование переходов от тревожной судепрессии к сенестопатическим расстройствам и от последних к галлюцинаторным расстройствам гениального, термического, гаптического или гигрического характера.

6. Для ипохондрического варианта бреда сексуальной или любовно-эротической тематики характерен переход от сенестопатических расстройств к ипохондрическому бреду.

7. Случаи психотических расстройств сексуальной или любовно-эротической тематики, протекающие с преобладанием бредовых расстройств, имеют свои узко специфические особенности которые выражаются в форме: перехода от невротического к психотическому нарушению.

8. Количественные и качественные различия психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненных и осложненных формах шизофрении имеют свои особенности: сенестопатические и ипохондрические бредовые расстройства наиболее типичны для осложненных форм шизофрении, в то же время при осложненных формах шизофрении не наблюдаются бредовые идеи половой метаморфозы или изменения пола, беременности, эротического презрения Керера, а также любовный или эротический бред. Следовательно связь между указанными бредовыми идеями и осложнение форм шизофрении носит не симбиотический, а асимбиотический характер;

9. Применение монотерапии при психотических расстройствах сексуальной и любовно-эротической тематики при осложненных и неосложненных формах шизофрении наиболее результативно при назначении больным современных нейролептиков (рисполепт, оланзапин и т.д.) и антидепрессантов второго поколения, т.е. одного из селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС); пароксетина, циталопрама, флуоксамина, флувоксетина, сертралина, допсепина. Назначение антидепрессантов нередко обостряет тревогу или вызывает картину тревожной ажитации, но при отсутствии указанных средств (СИОЗС и т.д.) можно назначать больным трифтазин, стелазин (при наличии бреда) или из антидепрессантов -амитриптилин, имипрамин, тафранил. Желательно лечение начинать с монотерапии и только при отсутствии результатов переходить к политерапии с дальнейшим назначением больным поддерживающей терапии и психотерапии (рациональной психотерапии и трудотерапии).

Практические рекомендации

1. Полученные результаты о клинических форм проявления психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при неосложненной и осложненной остаточными явлениями органического поражения головного мозга шизофренией, следует использовать в клинической практике врачей психиатров при нозологическом разграничении, диагностике и дифференциальной диагностике вышеуказанных психозов.
2. Врачам-психиатрам, а также врачам смежных специальностей, в практике которых встречаются лица вышеуказанными неосложненными и осложненными формами шизофренией, при их диагностике и лечении следует учитывать и те провоцирующие, патогенетические, патопластические факторы (инфекции, интоксикации, психические и физические травмы, коморбидные расстройства, наследственная отягощенность психическими заболеваниями, преморбидные особенности личности) которые способствуют развитию, потоморфозу, патокинезу изучаемых психозов, и доказывают принадлежность этих патологических нарушений к полигениям.
3. Полученные результаты, в частности, установление принадлежности вышеуказанных форм психозов сексуальной и любовно-эротической тематики к полигениям должны быть использованы в практической деятельности врачей и для профилактики и адекватной реабилитации и реадaptации соответствующего контингента больных.
4. Большое значение для практического здравоохранения имеет своевременное выявление лиц с изучаемыми психозами и организация диспансерного наблюдения за этим контингентом больных с целью проведения своевременных здравоохранительных и профилактических мероприятий.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Վ.Պ.Դանիելյան, Ա.Ս. Զիլինգարյան «Սեքսուալ բովանդակությամբ զառանցական մտքերի մի քանի առանձնահատկությունների մասին» // Научные труды и сообщения НИЗ МЗ РА, 1997, ст.83-85
2. А.М.Чилинарян „Об особенностях психосексуальных психотических расстройств при резидуально-органических аффективно-бредовых психозах” // Научные труды и сообщения НИЗ МЗ РА, 1998, ст.210-211
3. Даниелян К.Г., Чилинарян А.М., Даниелян А.К. „О клинике эндогенных психозов, осложненных экзогенно-органическими или резидуально-органическими изменениями головного мозга “ // II Հայ-Եվեցարական սիմպոզիում, Հոդվածների ժողովածու, 1999, ց.21-23
4. Ա.Ս. Զիլինգարյան «Եկզոգեն օրգանական ախտահարումներով բարդացած շիզոֆրենիայի կլինիկական մի քանի առանձնահատկությունների մասին» // Առողջապահություն 2002 Երևան, էջ 10-11
5. Ա.Ս. Զիլինգարյան «Գլխուղեղի մնացորդային օրգանական ախտահարմամբ բարդացած շիզոֆրենիայի կլինիկայի և դիֆերենցիալ ախտորոշման հոգեախտաբանական և հոգեետեռական ասպեկտները» // ՀՀ ԱՍ ԱԱԻ Գիտական աշխատություններ և հաղորդումներ, Երևան 2002, 188-193
6. А.К.Даниелян, А.М.Чилингарян “On clinical picture of psychitic disorders of sexual and love-erotic content in schizophrenia complitated by brain injury“ // Trauma and Recwery” 6th Congress for bridging Eastern and Western Psychiatry. October 10-12 2003. Yerevan.p.18-25
7. А.Чилингарян, А.Даниелян, К.Даниелян, // “The role of brain exogenous-organic changes in modification of schizophrenia clinical picture”, XIII World congress of Psychiatry Cairo, Septemبر 10-15, 2005 Egipt.p.578
8. Чилингарян А. М. // К некоторым особенностям психотических расстройств сексуальной и любовно-эротической тематики при осложненной остаточными явлениями органического поражения головного мозга форм шизофренией. // Գիտա-բժշկական հանդես, 2008 N2, էջ

ՍԵՌԱԿԱՆ և ՄԻՐԱՅԻՆ ԷՆՏՈՏԻԿ ԲՈՎԱՆՂԱԿՈՒԹՅԱՍԲ ԸՆԹԱՑՈՂ ՇԻՋՈՖՐԵՆԻԱՅԻ
ԶԲԱՐԴԱՅԱԾ և ՔԼԻՆԻԿԵՐԻ ՕՐԳԱՆԱԿԱՆ ԱՆՍԱՀԱՐԿՄԱՆ ՄԱՍՏՈՐԴԱՅԻՆ ԵՐԼՈՒՅՅՆԵՐՈՎ
ԲԱՐԴԱՅԱԾ ՉԵՐԻ ԿԻՆԻԿԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ և ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ
ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ամփոփում

Ելնելով սեռական և սիրային-էրոտիկ բովանդակությամբ հոգեախտաբանական երևույթներով բնորշվող շիզոֆրենիայով և վերջինիս գլխուղեղի օրգանական ախտահարման մնացորդային երևույթներով բարդացած տարատեսակով տառապող 140 հիվանդների կլինիկական-հոգեախտաբանական, փորձարարական-հոգեբանական և ներողոզիական (այդ թվում էլեկտրո-էնցեֆալոգրաֆիական, էխտէնցեֆալոգրաֆիական, մեյրոսֆալմոլոգիական, կրանիոգրաֆիական, կոմպյուտորային տոմոգրաֆիական) երկարատև հետազոտությունների վրա առանձնացվում են սեռական և սիրային-էրոտիկ բովանդակությամբ հետևյալ խանգարումները՝ զեննիտալ ցնորքային, զառանցական (այդ թվում՝ հիպոխոնդրիկ, Կորոյանման, դերմատոզոյային, էկթոմ համախտանիշ), խանդի, բարոյական վնասի, վերաբերման, էրետիկ նպատակներով, հետապնդման, դեմոնոմանիկ, սեռական օրգանների վրա ազդեցության, սեռական թուլության, սեռական մետամորֆոզի կամ սեռի փոփոխման, հղիության, օմանոֆոբիկ, մեծարման (պարաֆրեն), էրոտիկ արհամարհանքի (Կերերի), էրոտոմանիկ և Կուվազի համախտանիշի տեսքով ընթացող զառանցանքները, ինչպես նաև այն սեռական և սիրային-էրոտիկ բովանդակությամբ խանգարումները, որոնք նկատվում են աֆեկտիվ-ցնորքային և աֆեկտիվ-զառանցական համախտանիշների կառուցվածքում:

Ցույց է տրվում, որ վերջիններս կլինիկական պատկերի կերպանարափոխման պրոցեսում էական դեր են խաղում մի շարք պրովոկացիոն պայթոզեն ազդակներ, որ վկայում է նշած սեռական և սիրային-էրոտիկ խանգարումների պոլիզենիաների դասին դասվելու մասին: Բացահայտվում է ուսումնասիրվող խանգարումների զարգացման, սինդրոմների օրինաչափ հերթափոխության (պաթոկինեզի, սինդրոմոտաքսիսի կամ սինդրոմոկինեզի) առանձնահատկությունները:

Ինչպես չբարդացած, այնպես էլ այլ խանգարումներով բարդացած շիզոֆրենիայի ժամանակ հատուկ տեղ է հատկացվում սեռական և սիրային-էրոտիկ բովանդակությամբ ընթացող նշված հիվանդությունների տարբերակիչ-ախտորոշմանը, բուժմանը, ռեաբիլիտացիային և ռեադապտացիային հիվանդության տարբեր շրջաններում:

