

УДК 616.895.7+616.89-021.3

*О.И. Осокина***ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ПАРАНОЙЯЛЬНОГО БРЕДА У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ПСИХОЗА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: паранойяльный бред, первый эпизод психоза

Проблема бреда – одна из фундаментальных проблем психопатологии, но по сей день остается спорным возникновение и развитие бредовой идеи. Изучение патофизиологической структуры, предшествующей бреду, является главной задачей в познании бредообразования. Несмотря на то, что бред является центральной проблемой психопатологии, до настоящего времени не существует единого концептуального определения феномену бреда.

Так, А.О. Эдельштейн [1] определяет бред, как «расстройство психической деятельности, при котором возникают болезненно-извращенные представления, не поддающиеся устранению путем убеждения». По мнению В.А.Гиляровского [2], «бред не возникает неизвестно откуда; если он кажется непонятным, то только потому, что не вскрыты промежуточные звенья – от изменения восприятий до вполне сформированного бреда». По U. Peters, «бред – объективно ложное, возникающее из болезненных причин, а не соответствующих побуждений извне, суждение, которое удерживается, несмотря на обоснованные разумные контраргументы» [3].

Ю.С. Савенко под бредом понимает «нарушение не только когнитивных функций, но и аффективно-эмоциональных, и ценностных ориентаций, то есть, не только некие сложные структурные образования психического слоя, но и интегральные ко всем онтологическим слоям личности (биологическому, психическому и духовному)» [4]. Для него характерны «сверхстойчивые образования в сознании, сверхконстанты, которые обладают для субъекта сверхреальностью и сверхдействительностью» [5].

А.Б. Смулевич определил бред как «объективно ложное, обусловленное болезненными причинами суждение, возникающее у больного без адекватных внешних поводов, не поддающееся разубеждению и всегда вовлекающее личность больного» [6].

А.В. Снежневский [7], ссылаясь на Н.В.

Grule, вначале определяет бред как «некорректируемое установление связей и отношений между явлениями, событиями, людьми без реальных оснований» и затем, дополняет его описанием важнейших критериев: сила неопровержимой истины с невозможностью коррекции, непосредственное отношение к самим носителям бреда, патологическое основание для его возникновения.

В.Г. Остроглазов делает акцент на необходимости изучения «патологического основания», имеющего место еще до появления самих бредовых идей, и подчеркивает, что субъективная реальная основа для появления бреда всегда есть; «то, что описывает А.В. Снежневский в качестве патологического основания, так же представляет собой реальность, только психическую, то есть субъективную реальность. Иначе пришлось бы допустить, что бред возникает неизвестно откуда – из ничего» [8].

Психотическое состояние, в том числе с бредом, всегда подразумевает изменение структуры личности, при этом бредовые проявления возникают на фоне и как следствие предшествующей трансформации мировосприятия (М.И. Моисеева, 1993) [9]. А.К. Ануфриев рассматривал в качестве такой трансформации феномен деперсонализации как наиболее общий признак расстройства, обязательно «предшествующего бреду и фундирующего бред» [10]. Бредовой деперсонализацией называется переживание больными измененности своего психического, физического «Я» или окружающей действительности, сопровождавшееся формированием характерных бредовых идей. У больных появляется бредовое переживание измененности, нереальности или отсутствия окружающего мира. Появляется убежденность в том, что они оказались в другом мире, существующем одновременно с нашим («бред параллельных миров»), или окружающий мир вообще не существует (нигилистический мегаломанический бред, «бред ги-

бели мира»). Больные считают, что все окружающее «подстроено», «вокруг одни декорации», они находятся «в какой-то нереальности», «в параллельном мире преступников», «попали в другой мир, населенный двойниками людей из нашего мира», живут «одновременно в двух мирах», все, что они видят вокруг, – «это воображение», «этот мир – созданная мною иллюзия». Некоторыми авторами описана тотальная бредовая деперсонализация, проявлявшаяся бредом тотального перевоплощения и нигилистическим мегаломаническим бредом. Больные были убеждены в изменении, нереальности или отсутствии как собственных тела и души, так и окружающего мира (солипсический бред) [11].

В.Г. Остроглазов пишет, что ядро бреда раскрывается в феномене дежавю, которое возникает апокалиптически, как озарение; «... в феномене дежавю с предвосхищением будущего заключено переживание неколебимой уверенности, которая переживается как очевидная истина и именно поэтому не может быть доступна никакому разубеждению» [8].

Как следует из описания изменяющегося в бредовом процессе сознания себя и окружающего мира, новые связи между явлениями устанавливаются вместо старых связей, а не параллельно им. Следовательно, старые связи (соответствующие реальным основаниям) должны быть разрушены. И это разрушение представляет собой негативную сторону бредового процесса, по J.H. Jackson, которая предшествует возникновению, «кристаллизации» бредовых идей (по И.М. Балинскому, 1859) [7]. Это подготовительное поле бреда имеет структуру протопатического изменения поля сознания, как это показал в своем анализе «начинающейся шизофрении» Klaus Conrad (1958).

Бред наблюдается при большинстве психических заболеваний эндогенной и экзогенной природы (шизофрения, циклотимия, инфекционные, интоксикационные, сосудистые и другие соматически обусловленные психозы, психозы

инволюционного и старческого возраста).

По происхождению различают первичные и вторичные бредовые идеи. Последние могут быть поняты как вытекающие из предшествующих интенсивных переживаний, потрясений, унижений и чувства вины, обманов восприятия и ощущений. В отличие от них, первичные бредовые идеи невыводимы из предшествующих переживаний. Они аналогичны непосредственному искажению переживания значений (K. Jaspers), или немотивированному «установлению беспричинной ассоциативной связи» (H. Gruhle), которое внезапно и непонятно вторгается в психическую жизнь. Их не удается вывести феноменологически, психологически понятным образом из предшествующих переживаний. Но психопатологический анализ всегда обнаруживает в основе такого бреда признаки патологического мозгового процесса – патологические расстройства общего и мышечного чувства, схемы тела, малые психические автоматизмы Клерамбо, пароксизмы деперсонализации-дереализации типа дежавю и жамевю. То есть то, что при шизофренических бредах G. Huber [13] называл переходной эндо-органической симптоматикой, чтобы подчеркнуть материальный мозговой субстрат шизофренического процесса.

«Вот истоки бреда как потрясения реальности в самих ее фундаментальных метафизических основах: пространства, времени, его необратимости. И неважно, что нет еще позитивных бредовых идей преследования или величия. Почва для них уже подготовлена, ибо противостоящей им реальности уже нет, она разрушена или потрясена» [8].

Именно с этих ядерных феноменов начинаются бредовые психозы. Начинаются, когда еще нет собственно бредовых идей в принятом в психопатологии смысле этого понятия.

Целью настоящего исследования было изучение клинко-психопатологической картины паранойяльного бреда в его динамике у больных с первым эпизодом психоза.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 20 пациентов с первым эпизодом психоза, проходивших лечение в отделении кризисных состояний Областной клинической психиатрической больницы г. Донецка в возрасте от 19 до 33 лет с остро развившимися психотическими состояниями, в клинической картине которых превалировал бредовый синдром. Среди пациентов, поступающих в стационар с первым эпизодом психоза,

для настоящего исследования были отобраны те, у которых бредовый синдром был единственным или ведущим среди других психопатологических проявлений и находился на начальном этапе своего формирования, что давало нам возможность проследить и проанализировать динамику развития бреда в каждом конкретном случае и оценить спектр его психопатологических проявлений. Распределение пациентов по диагно-

стическим категориям в соответствии с МКБ–10 [14] было следующим: острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0) – 3 человека, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 5 человек, острое бредовое расстройство (F23.3) – 9 человек, острое шизофреноподобное психоти-

ческое расстройство (F23.2) – 3 человека. В исследование не включались лица с органической мозговой дисфункцией. При проведении настоящего исследования использовался клинический метод, опирающийся на данные анамнеза и наличествующий статус пациента, а также информацию, полученную от его социального окружения.

Результаты исследования и их обсуждение

Исходя из анализа собственных клинических наблюдений нами было прослежено динамическое развитие первичного паранойяльного бреда у больных с первым эпизодом психоза и определены следующие этапы его формирования:

Бредовое настроение. Это состояние характеризовалось растерянностью, изменением аффекта в виде неопределенной тревоги, чувства надвигающейся угрозы, беспредметного страха, «дурных» предчувствий или же депрессии. В этот период появлялись агрипнические нарушения, также становилось заметным изменение поведения больных: оно еще не носило характер «неправильного» или «странного», но заметно отличалось от повседневного. Во внешнем виде угадывалось напряжение, излишняя суетливость, «нервозность», стремление к бесцельной деятельности, сосредоточенность на своих переживаниях сочеталась с активным высказыванием мыслей о необходимости разобраться в происходящем, звучали просьбы о помощи в этом, больные стремились не оставаться в одиночестве, предпочитали быть среди людей. Ранее актуальные для больных жизненные события в этот период уходили на задний план, а вся энергия и деятельность сосредотачивалась на разрешении ситуации, связанной с предчувствием возможной опасности. Так, одна из больных просила в этот период объяснить ей, что вокруг происходит, была растеряна, крайне напряжена и тревожна; другая с абсолютной убежденностью сообщала, что «скоро произойдет что-то ужасное, она чувствует это»; еще один пациент просил разрешения в течение дня «посидеть в кабинете у врача пока тот работает», так как испытывал страх перед чем-то «неизвестным, пугающим, надвигающимся», а в кабинете у врача, по его словам, он чувствовал себя более защищенным.

Неопределенность, мучительность бредового настроения субъективно невыносима для пациентов, требует разрешения, определенности, нахождения точки опоры. Обретение опоры приносит с собой уверенность в своих силах и ком-

форт. Это возможно только как результат формирования идеи. Сознание реальности, пусть даже ложное, значительно снижает аффективную насыщенность переживаний, напряжение и оказывает успокаивающее воздействие [12].

Бредовое восприятие. Любому восприятию свойственен субъективный характер реальности. Оно никогда не является только механическим ответом на стимулы, воздействующие на органы чувств; они всегда являются также восприятиями значений. Интерпретации, которые мы даем тому, что воспринимаем, могут оставаться неосознанными, но они всегда присутствуют. Первичные (паранойяльные) бредовые переживания аналогичны этому видению значений, но осознание значений коренным образом меняется [12].

Спектр бредовых восприятий в нашем исследовании включал переживание неопределенного, смутного значения окружающего, что было характерно для начальных стадий процесса (бред значения), а также восприятие, сопровождающееся определенным, ясным значением (бред отношения). В первом случае речь шла не об интерпретации, а о прямом переживании смысла при нормальном процессе восприятия. Значение вещей внезапно менялось, предметы, люди, события казались измененными, странными, значительными, полными особого смысла. Пациенты были напряжены, вели себя настороженно, сообщали, что чувствуют какое-то странное изменение окружающего, и это изменение «вносит ужас». Так, один из пациентов описал это состояние следующим образом: «...я три недели не был в своей деревне, а когда вернулся, все стало другим, и дома, и люди; деревня стала похожа на город, стала пугать; люди враждебно ходили, машин стало больше; в церкви на иконах изменились лица святых; я был сильно напуган этим, неуверен в себе, стал бояться выходить из дома».

На смену бреду значения приходили бредовые идеи отношения, при которых воспринимаемые предметы, явления, события переживались

больными как нечто, связанное непосредственно с ними. Взгляды, жесты, походка других людей, проезжающие мимо машины, наставленные на улице рекламные щиты – «все наставлено и подстроено специально, полно тонких намеков, тайных посланий, сигналов». Одна из пациенток заявила, что соседка по палате специально вешает сушиться коричневое полотенце, намекая тем самым больной, что нужно искупаться, а другая пациентка незаметно для окружающих копирует ее походку, чтобы дать понять, что спину надо держать ровно; еще один пациент отказывался общаться с родными, объясняя, что те «смеются над ним странным смехом, а мать специально одевает дома голубой халат, чтобы намекнуть ему о том, что он неправильной ориентации».

У некоторых пациентов отмечалось обострение процесса нормального восприятия в этот период, по словам одного из них: «я начинал отчетливо различать мельчайшие детали предметов, которые раньше не замечал, видел, что они тоже существуют, из них складывался весь мир; смотрел из окна и видел среди всего прочего на земле маленькую палочку, ямки в земле, камушки». Еще одна пациентка сообщала, что «где бы она не появлялась, везде машины поворачивали к ней выхлопные трубы; это внушало ужас; люди всматривались в ее лицо, явно что-то замыслили; все до такой степени четко и ясно, нет никаких сомнений». Некоторые пациенты сообщали, что чувствуют, что меняются сами, «теряют свое Я», чувствуют свою «отдаленность», «измененность», в то же самое время переживают «нереальность окружающей действительности», «чуждость окружающего», «что-то неопределенное в воздухе», «все какое-то не такое». Рядом авторов [7,10,15,16] описаны ранее подобные переживания больных как бредовая деперсонализация. По А.В. Снежневскому (1983), больные с бредовой деперсонализацией «перестают быть для себя прежней личностью и становятся в своем сознании Богом, властителем Вселенной, посланцем иных планет и т.д. Возникающие при этом противоречия не вызывают у них сомнения» [7]. По А.А. Меграбяну (1962), при развитии бредовой деперсонализации «больные ... говорят о действительной нереальности окружающего, о потере своего «Я», о раздвоении личности, перевоплощении в других людей, даже животных, высказывают мысли религиозно-мистического, оккультного содержания» [16]. По мнению И.И. Сергеева, А.Я. Басовой [11] к бредовой деперсона-

лизации следует относить те бредовые переживания, которые по своей смысловой сущности и содержанию совпадают с классической деперсонализацией, то есть переживании измененности, нереальности, исчезновения, расщепления, отчуждения, нарушения границ и идентичности своего физического и/или психического «Я», а также отчуждения, отдаленности, ирреальности, искусственности и безжизненности окружающего мира при наличии ясного сознания и понимании субъективности указанных переживаний.

Наряду с бредовым восприятием у некоторых больных наблюдались бредовые представления, при которых больные по-иному окрашивали воспоминания, переосмысливали их и придавали им новый смысл. На этом фоне совершенно неожиданно рождались «озарения», которые не вытекали из предшествовавших размышлений. Так, одна из пациенток сообщила, что наконец поняла причину всего происходящего с ней, объяснив это тем, что «когда она смотрела фильм «Ночной дозор», один из героев фильма посмотрел прямо ей в глаза». Эти состояния предшествовали появлению следующего этапа – кристаллизации бреда (по Балинскому И.М., 1859). Бредовые идеи на высоте тревожного, аффективно насыщенного состояния возникали сразу в виде внезапно постигнутого смысла гнетущей неизвестности и сопровождалась чувством облегчения. Один из пациентов, испытывающий «страхи», «беспомощность», неуверенность в себе, высказывающий отрывочные идеи отношения, сообщил однажды, что «наконец-то разобрался во всем, все стало на свои места». Объективно отмечалось значительное снижение напряжения, страха и немотивированной тревоги, несмотря на то, что «выкристаллизовались» идеи персекуторного характера. Он сообщил, что семь лет назад его вызывали в милицию в качестве понятого, он явился только один раз, а потом решил больше не приходить; теперь же он был уверен, что милиция разыскивает его, придет и накажет; «хорошо, что я здесь, они меня дома будут искать и не найдут». На фоне проводимого лечения нейролептиками у исследуемых пациентов бредовые идеи едва достигали этапа систематизации, при этом бредовая система была неустойчивой, непродолжительной и довольно быстро подвергалась инкапсуляции, дезактуализации и обратному развитию. Длительной, устойчивой систематизации бредовых идей, усложнения бредовой системы у исследуемых пациентов не наблюдалось, что обнаруживалось

в процессе ежедневных бесед и наблюдения за больными.

Этап инкапсуляции и обратного развития бреда характеризовался прекращением дальнейшего развития бреда, утратой им влияния на осмысление окружающего и поведение больных. На этом этапе происходило также уменьшение значимости бреда, его дезактуализация при оставшихся сохранными прежних болезненных идеях, критика к которым продолжала оставаться сниженной. Бредовые идеи теперь активно больными не высказывались, поведение было упорядоченным, аффективный фон изменялся в сторону депрессии, апатии или тревожности. Часто снова возобновлялись агрипнические расстройства в виде «невозможности сразу уснуть», «частых ночных пробуждений», «поверхностности сна». Воспоминания о болезненных идеях вселяли сомнения – «а все ли действительно в порядке», «а не возобновится ли это дома», тем самым усиливая ведущий аффективный радикал.

Резидуальный этап. На данном этапе бредовой динамики на первый план в клинической картине выступала астеническая симптоматика, характеризующаяся собственно симптомами астении, анергией, истощаемостью психических процессов, иногда ослаблением памяти, вегетососудистыми и агрипническими расстройствами. Кроме того, отмечалась неполная критика к ранее имевшим место и наличествующим болезненным переживаниям; иногда сохранялись остаточные, отрывочные патологические идеи в дезактуализированном виде; в некоторых случаях отмечалась преходящая субдепрессивная или апатическая симптоматика; у части больных длительное время сохранялись нарушения сна, низкий порог к возникновению тревоги, а также нарушения памяти в виде парциальной амнезии периода психотического состояния.

Медикаментозная коррекция указанных состояний включала базовую терапию нейролептиками (использовались типичные нейролептики – галоперидол, трифтазин, аминазин, тизерцин, а также атипичные их аналоги – рисполепт, солиан, кветирон, зипрекса), симптоматическое лечение (корректоры нейролепсии, антидепрессанты, тимостабилизаторы, снотворные, транквилизаторы, ноотропы, сосудистые), витаминотерапию.

Психотерапевтическая работа с пациентами проводилась в индивидуальном порядке параллельно с назначением медикаментов в условиях стационара и включала на первых этапах установление доверительных отношений с больным.

Существенной особенностью эффективной психотерапии являлась правильная реакция врача на высказываемые больным бредовые идеи. На наш взгляд наиболее оптимальной в данном случае является нейтральная позиция врача, когда врач ни соглашается с бредом, который высказывает больной, ни опровергает его, но в то же время активно не поддерживает убеждение больного о том, что бред представляет собой реальность. Утверждение врача в виде: «в рассказанной вами ситуации нужно разобраться», «давайте разберемся в этом вместе, для этого нужно немного времени», обычно одобрялось больными, вызвало доверие к врачу и способствовало установлению необходимого для лечения контакта. Больные соглашались на лечение и доброжелательно относились к врачебным назначениям, когда врач стимулировал мотивацию больных к получению помощи по поводу тревожности, страхов, бессонницы или раздражительности, не говоря больным, что надо лечить бред. На первых же этапах лечения больные ставились в известность о возможных побочных действиях препаратов, что снижало риск появления недоверия к врачу и к назначенному им лечению, а также «вплетения» врача в бредовые переживания. Во время индивидуальной психотерапевтической работы при высказывании больными бредовых идей можно было указать больным, что их слишком большая поглощенность этими идеями может повредить им самим и затруднить возобновление нормальной жизни, избегая при этом замечаний, выражающих сомнение в содержании бредовых идей. Когда больные начинали сомневаться в реальности своих бредовых переживаний, врач старался усилить их реальные жизненные позиции, спрашивая, какие у них интересы, цели в жизни, планы на будущее, иными словами корректировались жизненные установки с опорой на реальность.

Наиболее важным звеном психотерапевтической работы являлась работа с родственниками и с ближайшим окружением больных. Данная работа носила разъяснительный характер, врачом давались рекомендации о наиболее правильном поведении во время взаимодействия с больным в период его болезни, а также рекомендации на период после выписки из стационара. Как больным, так и членам их семей сообщалось, что будут соблюдаться конфиденциальность союза врач - больной и что сообщения, полученные от родственников, будут частично обсуждаться с больным. Хороший терапевтический исход зависит от умения врача правильно

реагировать на недоверие больного к окружающим и разрешать межличностные конфликты, фрустрации и неудачи. При выходе больных из психотического состояния, на стадии инкапсуляции, дезактуализации бредовых идей, оптимальным является научение больных распознавать ситуации, в которых возрастает угроза усиления бреда, и вселение в больных уверенности, что они могут найти правильные поведенческие и эмоциональные реакции в случае стресса. признаком успешного лечения является удовлетворительная социальная адаптация больных, а не только ослабление их бредовых переживаний.

Таким образом, в развитии острого паранойяльного бреда у больных с первым эпизодом психоза прослеживалось последовательное чередование следующих этапов бредовой динамики: бредового настроения, бредового восприятия (с бредом значения, идеями отношения, бредовым представлением и «озарениями»), кристаллизации бреда, его систематизации, инкапсуляции бреда и его обратного развития с дезак-

туализацией или полным устранением патологических переживаний, резидуальным этапом. Отсутствие в наших исследованиях устойчивой систематизации, а также достаточно быстрое обратное развитие бреда, вероятно, связано с адекватной, индивидуально подобранной терапией нейролептиками в сочетании с симптоматическим лечением, назначенной и проводимой во всех случаях в относительно раннем периоде формирования бреда. Проведенная больным медикаментозная терапия была направлена на предотвращение хронификации болезненного процесса и оказалась достаточно эффективной с учетом достижения всеми больными устойчивых медикаментозных ремиссий в сроки до одного месяца. Проводимая на стационарном этапе индивидуальная психотерапия с пациентами с первым эпизодом психоза проводилась с первого дня пребывания в стационаре параллельно с медикаментозным лечением, и была направлена на коррекцию жизненных установок и повышение уровня социальной адаптации.

О.І. Осокіна

ДИНАМІКА РОЗВИТКУ ПАРАНОЙЯЛЬНОГО МАЯЧНЯ У ХВОРИХ З ПЕРШИМ ЕПІЗОДОМ ПСИХОЗУ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У дійсному дослідженні розглянута проблема динамічного розвитку первинного паранойяльного маячня у хворих з першим епізодом психозу. Автором проведено літературний екскурс з питань формування маячня, а також проаналізовані результати власних клінічних спостережень. Описано психопатологічні особливості початкового періоду формування паранойяльного маячня, а також динаміка психопатологічної симптоматики на наступних етапах його розвитку, наведені клінічні приклади. Визначено деякі нюанси психотерапевтичної роботи з пацієнтами, проведеної з першого дня їхнього перебування в стаціонарі в сполученні з медикаментозною терапією. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 2 (22). — С. 74-80).

О.І. Osokina

PARANOID DELIRIUM PROGRESS IN THE 1ST PSYCHOSIS EPISODE PATIENTS

M. Gorky Donetsk state medical university

In the research there was considered the problem of paranoid delirium progress in the 1st psychosis episode patients. The literary review concerning delirium progress has been made by the author. The results of own clinical supervision were analysed. There were described psychopathological features of an initial stage of paranoid delirium and also the psychopathological semiology progress at the subsequent stages. There were described clinical examples. There was defined some nuances of psychotherapeutic work with the patients, which has been spent with the first day of their staying in a hospital in a combination to medicamentous therapy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — № 2 (22). — P.74 -80).

Литература

1. Эдельштейн А. О. Бред / А. О. Эдельштейн // МСЭ. - 1928. - Т.1. - С. 839.
2. Гиляровский В.А. Бред / В.А.Гиляровский // БМЭ. 2-ое изд. - 1958. - Т.4. - С.330 - 338
3. Peters U. H. Wahn Worterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie / U. H. Peters. - 2 Aufl.- Munchen, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg. - 1977. - S. 569-574.
4. Савенко Ю.С. Новая парадигма в психиатрии / Ю.С.Савенко // НПЖ. - 1997. - Т.4. - С. 2-16.
5. Савенко Ю.С. Разное понимание главной проблемы психопатологии / Ю.С.Савенко // НПЖ. - 2006. - Т.1. - С. 32 - 34.
6. Смулевич А.Б., Щирина М.Г. Проблема паранойи / А.Б.Смулевич, М.Г. Щирина. - М., 1972. - 254 с.

7. Снежневский А.В. Бред / А.В.Снежневский // Руководство по психиатрии в 2-х томах под ред. А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983. - Т. 1. - С. 29-35.
8. Остроглазов В.Г. К определению бреда. К вопросу о двойственности его понятия: и «развитие личности» или «процесс»? / В.Г. Остроглазов // НПЖ. - 2006. - Т. 1. - С. 27-32.
9. Моисеева М.И. К проблеме бредообразования при шизофрении / М.И.Моисеева. - НПЖ. - 1993. - Т.3 - 4. С. 21-25.
10. Ануфриев А.К. О психопатологии начальных проявлений бредообразования / А.К. Ануфриев // НПЖ. - 1992. - Т.1-2. - С.14-24.
11. Сергеев И.И., Басова А.Я. Бредовая деперсонализация: психопатология и динамика / И.И.Сергеев, А.Я. Басова //

Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8(1). – С. 48–56.
12. Ясперс К. Общая психопатология. Пер. с нем. / К. Ясперс–
М., 1997. - 1056 с.
13. Huber G., Gross G. Wahn. Stuttgart / G.Huber, G. Gross. –
1977. - 181 s.
14. Міжнародна класифікація хвороб (10 перегляд).

Класифікація психічних і поведінкових розладів. – СПб.: АДІС,
1994. – 304 с.
15. Аккерман В.И. Механизмы шизофренического первичного
брёда / В.И. Аккерман. - ОГИЗ. – 1936/ - 137 с.
17. Меграбян А.А. Деперсонализация / А.А. Меграбян. -
Ереван, 1962. – 355 с.

Поступила в редакцию 16.03.2009