Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова
2024, т. 124, №7, с. 65–74
https://doi.org/10.17116/jnevro202412407165

S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry
2024, vol. 124, no. 7, pp. 65–74
https://doi.org/10.17116/jnevro202412407165

# Клиническая систематика хронических бредовых психозов при шизофрении и патологии шизофренического спектра

© А.Б. СМУЛЕВИЧ[1, 2], Г.П. КОСТЮК[1, 3], И.Ю. ДОРОЖЕНОК[1, 2], Д.В. РОМАНОВ[1, 2]

[1]ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;
[2]ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия;
[3]ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева» Департамента здравоохранения Москвы, Москва, Россия

**Резюме**

**Цель исследования.** Разработка учитывающей психопатологическую структуру (механизм бредообразования) и вектор траекторий развития заболевания (соотношение негативных/позитивных дименсий) систематики хронических бредовых психозов при шизофрении и патологии шизофренического спектра.

**Материал и методы.** Выборка исследования сформирована в 2019—2024 гг. на базе крупного психиатрического стационара Москвы и включает 126 пациентов (94 мужчины, 32 женщины, средний возраст 36,5±12,1 года), госпитализированных с диагнозом «параноидная шизофрения» (F20.00 в МКБ-10) либо «бредовое расстройство» (F22 в МКБ-10). Применялся клинико-психопатологический метод исследования.

**Результаты.** В исследовании выделены три варианта параноидных образований, типология которых учитывает как психопатологическую структуру, так и траектории их развития, определяющие доминирование на протяжении заболевания преимущественно негативной либо позитивной симптоматики: психоз с интерпретативным бредом с преимущественной направленностью симптоматики к негативному полюсу психопатологического пространства шизофрении (*n*=37, 29,4%); психоз с галлюцинаторным бредом с преимущественной направленностью симптоматики к позитивному полюсу (*n*=50, 39,7%); «совмещенный» галлюцинаторно-бредовой психоз с симультанной направленностью симптоматики к негативным/позитивным полюсам психопатологического пространства шизофрении (*n*=39, 30,9%). Приведены детальные феноменологические характеристики каждого из трех представленных вариантов.

**Заключение.** Разработанная трехкомпонентная систематика подтверждает на модели хронических бредовых психозов, концепт симультанной представленности в клиническом пространстве шизофрении двух обусловленных нейробиологическими процессами относительно независимых доменов — позитивных и негативных расстройств.

***Ключевые слова:*** *шизофрения, бредовое расстройство, интерпретативный бред, галлюцинаторно-бредовой синдром, систематика, классификация.*

**Информация об авторах:**
Смулевич А.Б. — https://orcid.org/0000-0003-2737-3432
Костюк Г.П. — https://orcid.org/0000-0002-3073-6305
Дороженок И.Ю. — https://orcid.org/0000-0003-1613-2510
Романов Д.В. — https://orcid.org/0000-0002-1822-8973
**Автор, ответственный за переписку:** Романов Д.В. — e-mail: dm.v.romanov@mail.ru

**Как цитировать:**
Смулевич А.Б., Костюк Г.П., Дороженок И.Ю., Романов Д.В. Клиническая систематика хронических бредовых психозов при шизофрении и патологии шизофренического спектра. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(7):65–74. https://doi.org/10.17116/jnevro202412407165

# Clinical systematics of chronic delusional psychoses in schizophrenia and schizophrenia-spectrum pathology

© A.B. SMULEVICH[1, 2], G.P. KOSTYUK[1, 3], I.Y. DOROZHENOK[1, 2], D.V. ROMANOV[1, 2]

[1]Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;
[2]Mental Health Research Centre, Moscow, Russia;
[3]Alexeev Mental Health Clinic No. 1, Moscow, Russia

**Abstract**

**Objective.** To develop a systematics of chronic delusional psychoses in schizophrenia and pathology of the schizophrenic spectrum that takes into account psychopathological structure (the mechanism of delusional formation) and the trajectories of the disease course (the ratio of negative/positive dimensions).

**Material and methods.** The study sample was recruited from the large Moscow psychiatric hospital in 2019—2024 and included 126 patients (94 male, 32 female, mean age 36.5±12.1 years) hospitalized with ICD-10 diagnosis of paranoid schizophrenia (F20.00) or delusional disorder (F22). A clinical-psychopathological method was used.
**Results.** The study identifies three variants of paranoid domains, the typology of which takes into account both the psychopathological structure and the trajectories of their development, which determine the dominance of predominantly negative or positive symptoms throughout the disease: 1) psychosis with delusional interpretations and predominant orientation of symptoms towards the negative pole of the schizophrenia psychopathology (*n*=37, 29.4%); 2) psychosis with hallucinatory delusions and predominant direction of symptoms towards the positive pole of the schizophrenia psychopathology (*n*=50, 39.7%); and 3) «combined» hallucinatory-delusional psychosis with a simultaneous orientation of symptoms to the negative/positive poles of the schizophrenia psychopathology (*n*=39, 30.9%). Detailed phenomenological characteristics of each of the three presented variants are given.
**Conclusion.** The developed three-component taxonomy confirms, on the model of chronic delusional psychoses appearing in schizophrenia and the pathology of the schizophrenia spectrum, the concept of simultaneous representation of two relatively independent domains determined by neurobiological processes in the schizophrenia psychopathology positive and negative disorders.

***Keywords:*** *schizophrenia, delusional disorder, interpretive delusions, hallucinatory delusional syndrome, systematics, classification.*

**Information about the authors:**
Smulevich A.B. — https://orcid.org/0000-0003-2737-3432
Kostyuk G.P. — https://orcid.org/0000-0002-3073-6305
Dorozhenok I.Y. — https://orcid.org/0000-0003-1613-2510
Romanov D.V. — https://orcid.org/0000-0002-1822-8973
**Corresponding author:** Romanov D.V. — e-mail: dm.v.romanov@mail.ru

**To cite this article:**
Smulevich AB, Kostyuk GP, Dorozhenok IY, Romanov DV. Clinical systematics of chronic delusional psychoses in schizophrenia and schizophrenia-spectrum pathology. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2024;124(7):65–74. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro202412407165

Данные целого ряда публикаций как старых, так и современных авторов свидетельствуют о существовании устойчивой традиции в концептуализации хронических параноидных психозов с выделением бинарной (бредовой/галлюцинаторной) структуры этих расстройств. Впервые дихотомическое распределение бредовых психозов находит отражение в границах изучения конструкта мономаний, в основе которых лежат ложные суждения, реализующиеся на базе либо галлюцинаций, либо болезненных интерпретаций (интеллектуальные мономании на основе искаженных убеждений/вследствие галлюцинаций по E. Esquirol, мономании на основании ложных суждений/галлюцинаций в описаниях J. Baillarger, интеллектуальная и сенсорная/галлюцинаторная мономании по S. Marceau) [цит. по 1].

Значимый вклад в разработку систематики хронических бредовых психозов вносит целый ряд исследований, посвященных проблеме паранойи, в соответствии с данными которых простая паранойя, изолированная от расстройств восприятия, противопоставляется хронической галлюцинаторной паранойе (простая/галлюцинаторная паранойя [2], интеллектуальный (интерпретативный) и сенсорный варианты оригинарной паранойи [3]).

Тенденция к выделению бинарной структуры хронических бредовых психозов обнаруживается также в разработках отечественных исследователей: ecnoia (соотносимая с хроническим интерпретативным бредом) и paranoia (в актуальной систематике — хронический галлюцинаторно-бредовой психоз) по П.А. Бутковскому, паранойя и галлюцинаторное (чувственное) помешательство по В.Ф. Чижу. С конца XIX века был выдвинут и в последующем на протяжении XX века разрабатывается концепт психического автоматизма [4—6], также предполагающий разграничение галлюцинаторно-параноидных и бредовых расстройств. Речь идет о клинико-патогенетическом концепте двух эндогенных психозов, в рамках которого явления психического автоматизма с бредом воздействия и псевдогаллюцинациями рассматриваются как самостоятельный тип психоза, в корне отличного по своей клинико-биологической природе от других бредовых симптомокомплексов. G. de Clerambault [5] рассматривает формирование проявлений психического автоматизма как манифестацию нового, первичного, непосредственно связанного с нейробиологическими процессами психопатологического образования.

Наряду с исследованиями, базирующимися на бинарной модели параноидных образований, с конца XIX в. появляются публикации, поднимающие проблему взаимодействия, а не разграничения галлюцинаторно-бредовых психозов [7, 8]. В соответствии с этим психопатологическим концептом интерпретативный и галлюцинаторный бред рассматривается не в качестве мономаний (т.е. самостоятельных, определяющих клиническую картину на всем протяжении заболевания психопатологических образований), но в рамках модели единого бредового психоза, предполагающего консекутивную смену типологически дифференцированных параноидных образований (трехэтапная модель паранойи A. Foville [9], эволюционная паранойя J. Falret [10], эволютивная паранойя A. Wimmer [11]). Наиболее полно стадийное направление в исследовании бредовых психозов представлено в рамках клинико-описательной модели хронического бреда с этапным течением, разработанной V. Magnan [12]. Согласно автору, вслед за первым, инкубационным (иллюзии, тревожные опасения, идеи отношения, особого значения) этапом, наступает этап интерпретативного бреда и галлюцинаторно-бредовых расстройств (включены как проявления истинного вербального галлюциноза, так и симптомокомплексы, сопоставимые с выделенными позднее явлениями психического автоматизма), третий этап — парафренный (бред величия), заключительный — деменция. Необходимо под-

черкнуть, что с началом нозологической эры в психиатрии стадийная концепция V. Magnan получает дальнейшее развитие в исследованиях параноидной формы шизофрении. Не только последовательность этапов развития, но и исход в деменцию определили исследовательский интерес E. Kraepelin и его последователей к этой когорте выделенных V. Magnan бредовых психозов, включенных в состав параноидной шизофрении.

E. Kraepelin [13] в границах параноидной формы *dementia praecox* выделяет, наряду с параноидной деменцией (*dementia paranoids gravis*), более легкую форму — *dementia paranoids mitis*. Динамика бредовых расстройств у этой категории пациентов более организована и соответствует стадийной схеме V. Magnan. Концепт последовательной смены интерпретативного бреда галлюцинаторным (V. Magnan, E. Kraepelin) репродуцируется в ряде отечественных публикаций — серия исследований А.В. Снежневского [14], Р.А. Наджарова [15], Л.М. Елгазиной [16], Н.Г. Шумского и С.В. Курашова [17], А.С. Тиганова [18].

Проблема взаимодействия, а не исключительно разграничения собственно бредовых и галлюцинаторно-бредовых психозов (стадий заболевания) находит отражение и в концепциях школы «трех Карлов» (C. Wernicke — K. Kleist — K. Leonhard). Так, продолжающий заложенные C. Wernicke традиции дифференциации психозов на ауто-, алло- и соматопсихотические формы K. Kleist [19], наряду с типичными прогрессирующими (согласно авторской систематике) формами параноидной шизофрении (например, вербальный галлюциноз, галлюцинаторный соматопсихоз, психоз влияния, экспансивный аутопсихоз и пр.), выделяет атипичные формы. Среди последних, наряду с комбинациями типичных подтипов (например, сочетания психоза влияния с экспансивным аутопсихозом, что фактически соответствует картине парафрении с феноменами психического автоматизма), автор выделяет группу атипичных «экстенсивных форм» (психозы отношения, значения и циркумскриптные бредовые психозы), фактически соотносимых с бредовыми психозами, формирующимися по интерпретативному механизму. При этом, хотя автор отграничивает последние от типичных и комбинированных форм параноидной шизофрении, указывает, что в наиболее тяжелых случаях при экстенсивных формах также наблюдаются фантастические, конфабуляторные и галлюцинаторные симптомы.

Соответственно, если концепция G. de Clerambault и его последователей о существовании независимых типов галлюцинаторно-бредовых (на основе психического автоматизма) и интерпретативных психозов фактически вступает в противоречие с представлениями V. Magnan о едином стадийно протекающем совмещенном бредовом психозе, то данные K. Kleist и соавт. обозначают существование совмещенных форм бредовых психозов, причем отличных от описанного V. Magnan фактически частного случая «последовательного смешения» за счет этапного усложнения психоза («наложения» галлюцинаторного бреда на интерпретативный).

На синдромальном уровне существование совмещенных симптомокомплексов в отечественной литературе середины XX века также рассматривается в пределах атипичного «переходного» синдрома психического автоматизма («паранойяльный вариант синдрома Кандинского—Клерамбо»), занимающего промежуточное положение между классическим паранойяльным синдромом и синдромом психического автоматизма [20]. Так, в его структуре, наряду с систематизированным бредом воздействия, доминируют «психические автоматизмы — интерпретации», при которых «всевозможные проявления жизнедеятельности человека, которые не сопровождаются чувством субъективного принуждения, трактуются ... в плане бредовых идей воздействия». Кроме того, подчеркивается, что в этих случаях, наряду с бредом воздействия, выражены систематизированные идеи преследования и (или) ревности, характерные для систематизированного паранойяльного бреда.

Таким образом, в историческом контексте речь идет о двух тенденциях. С одной стороны, о дифференциации параноидных психозов и выделении альтернативных форм — систематизированных/интерпретативных, но отличных от паранойи исходом в дефект, либо галлюцинаторно-бредовых, а с другой — очевидна исходящая из клинической фактуры противоположная тенденция — к объединению выделенных полярных бредовых образований в формы, так или иначе совмещающие оба варианта бредообразования.

В современных публикациях концепция бинарной структуры параноидных образований, основанная на выделении бредовых и галлюцинаторно-бредовых феноменов, дополняемых совмещенными формами, находит отражение в работах, посвященных факторизации бреда и позитивных расстройств при шизофрении. Прежде всего, речь идет о двухфакторной структуре, включающей либо собственно бредовые, либо собственно галлюцинаторные образования [21—23]. При этом, если в одних работах факторизация осуществляется без дифференциации на интерпретативный/галлюцинаторный бред либо на псевдогаллюцинаторные/истинные галлюцинации соответственно, то в других [22] — приводится разделение, с одной стороны, на бред внешнего контроля с аномальным восприятием мыслей (вкладывание/отнятие/чтение/трансляция), с другой — на вербальные галлюцинации (комментирующие голоса, эхо мысли).

Однако наряду с двухфакторной структурой в доступных публикациях [24—27] в результате факторного анализа феноменологии бредовых синдромов при шизофрении выделяется большее количество факторов — от трех до шести. При этом, независимо от количества факторов, во всех указанных публикациях присутствуют факторы, с одной стороны, относимые к интерпретативному («паранойя» [24], «бредовое восприятие» [26]), а с другой — к галлюцинаторному бреду, в том числе на основе психического автоматизма («бред воздействия» [27], факторы «пассивности» [26], «потери границ эго» [24; 25]). Учитывая, что основная идея факторного анализа состоит в том, чтобы выделить наиболее важные и значимые факторы в совокупности переменных, демонстрирующие схожие характеристики, очевидным является пересечение между ними, находящее подтверждение в некоторых исследованиях факторной структуры бреда при шизофрении, результатом которых является выделение единственного фактора — инвариантность факторной структуры бреда [28].

Учитывая современные представления о клинической структуре патологии шизофренического спектра, предполагающей, наряду с позитивной симптоматикой (здесь — собственно персистирующие бредовые/галлюцинаторные феномены), дименсии негативного и других рядов, целесообразным представляется рассмотрение гетерогенных механизмов бредообразования в контексте не только их ассоциации друг с другом, но и с расстройствами других психопатологических рядов (прежде всего, негативными дименсиями) [29].

Цель настоящего исследования — разработка учитывающей психопатологическую структуру (механизм бредообразования) и вектор траекторий развития заболевания (соотношение позитивных/негативных дименсий) систематики хронических бредовых психозов при шизофрении и патологии шизофренического спектра.

## Материал и методы

Выборка исследования сформирована в 2019—2024 гг. на базе отделений ГБУЗ ПБК №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ Москвы и включает 126 пациентов (94 мужчины, 32 женщины, средний возраст 36,4±12,1 года) **(см. таблицу)**.

*Критерии включения*: диагнозы при госпитализации «параноидная шизофрения» (F20.00 в МКБ-10) либо «бредовое расстройство» (F22 в МКБ-10) с преобладанием в клинической картине бредовых феноменов.

*Критерии исключения:* верифицированное органическое заболевание головного мозга, эпилепсия, тяжелая соматическая патология в стадии декомпенсации, а также история злоупотребления психоактивными веществами.

Средний возраст манифестации заболевания 25,9±10,3 года, средняя длительность заболевания 11,1±9,8 года. Пациенты обследованы клинико-психопатологическим методом. Психопатологическая квалификация состояния больных проводилась в рамках клинических разборов, осуществлявшихся под руководством академика РАН А.Б. Смулевича.

Исследование соответствовало всем положениям Хельсинкской декларации и было одобрено локальным Этическим комитетом. Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Социодемографические характеристики отражают репрезентативность выборки больных с хроническим инвалидизирующим эндогенно-процессуальным заболеванием. Так, большее число больных никогда не состояли в браке или были разведены. Более $^1/_2$ больных имеют высшее образование, большинство не работают, а более $^1/_4$ — инвалиды по психическому заболеванию.

**Социодемографическая характеристика выборки**
**Sociodemographic characteristics of the sample**

| Показатель | Выборка ($n$=126 (%)) |
|---|---|
| Брачный статус | |
| состоят в браке | 19 (15,1) |
| разведены | 24 (19,0) |
| никогда не состояли в браке | 83 (65,9) |
| Образование | |
| среднее | 19 (15,1) |
| среднее специальное | 39 (30,9) |
| высшее | 68 (54,0) |
| Профессиональный статус | |
| работают | 30 (23,8) |
| не работают | 83 (65,9) |
| учатся | 9 (7,1) |
| на пенсии | 4 (3,2) |
| имеют группу инвалидности | 33 (26,2) |

## Результаты

В результате проведенного исследования разработана трехкомпонентная систематика бредовых психозов, выступающих в клиническом пространстве шизофрении и патологии шизофренического спектра, которая учитывает, наряду с механизмом бредообразования, также вектор траекторий развития заболевания (доминирование позитивных/негативных расстройств: психозы с интерпретативным бредом с преимущественной направленностью симптоматики к негативному полюсу психопатологического пространства шизофрении ($n$=37, 29,4%); психозы с галлюцинаторным бредом с преимущественной направленностью симптоматики к позитивному полюсу психопатологического пространства шизофрении ($n$=50, 39,7%); «совмещенные» галлюцинаторно-бредовые психозы с симультанной направленностью симптоматики к негативным/позитивным полюсам психопатологического пространства шизофрении ($n$=39, 30,9%)).

*Психозы с интерпретативным бредом с преимущественной направленностью симптоматики к негативному полюсу психопатологического пространства шизофрении*. Заболевание в большинстве случаев начинается исподволь и в продромальном периоде характеризуется преобладанием в клинической картине нерезко выраженных парнойяльных расстройств (недоверчивость, нарастающая подозрительность, идеи отношения, ощущение угрозы со стороны окружающих), когнитивных нарушений и патохарактерологических изменений с тенденциями к социальной изоляции. Инициальный (инкубационный по V. Magnan) этап формирования параноидных образований носит пролонгированный характер: месяцы или годы [30], 10 лет и более [18], при клинической оценке весьма точно определяемый А.С. Тигановым как «этап вялого течения».

Клиническая картина с момента манифестации психоза и на всем протяжении заболевания определяется интерпретативным бредом. В качестве психопатологических симптомокомплексов, обеспечивающих механизмы интерпретативного бреда, выступают патологические интерпретации, базирующиеся на реальных фактах. Чем менее значителен факт в глазах окружающих (взгляд сослуживца, жесты прохожих, смех детей), тем большее значение он приобретает для больного. Иногда отдельные события, природные явления или слова приобретают символическое «второе значение».

Преобладают интерпретации двух видов: экзогенные — имеющие основой факты внешнего мира, и соматовегетативные («эндогенные» [31]), формирующиеся на базе соматической интроспекции (физиологические отправления, функциональные девиации в деятельности внутренних органов и органов чувств и др.).

Интерпретативный бред чаще всего складывается из идей обыденного содержания, отражает «прикованность» к событиям окружающего мира, относящихся к сфере интерперсональных связей (сенситивные идеи отношений, идеи сговора, травли, шантажа со стороны сослуживцев, преследования с угрозами членам семьи, связанного с ущемлением финансовых интересов со стороны бывших партнеров по бизнесу) и бредовых идей «малого размаха» (конфликт с соседями, «проникающими» в жилище пациента с целью кражи имущества либо стремящимися выжить его с целью овладеть квартирой).

Психопатологической структуре интерпретативного бреда свойственна стереотипность проявлений. По наблюдениям F. Arnaud [32], у этих больных не происходит трансформации идей, а просто меняется «ориентация в направлении» [33]. Как указывают P. Serieux и I. Capgras [31], в большинстве таких случаев «план здания не меняется, изменяются только его пропорции». Клиническая картина годами повторяющихся бредовых вспышек однообразна по складу бредовой системы и денотату бредовых идей. Очередная экзацербация может быть связана либо с одной и той же, но «токсической» для больного обстановкой (манифестация/обострение идей отношения и преследования в местах скопления народа — на улице, в транспорте, в магазине), либо с изменением ситуации (ремонт, связанный с появлением чужих людей, новые соседи, сослуживцы). Характерны частые смены работы или места жительства. Миграция в этих случаях обусловлена либо объявившимися на новом месте прежними «преследователями» или их агентами, либо появлением в среде сотрудников группы каждый раз новых недоброжелателей, намеренно создающих угрожающую обстановку, чреватую очередным увольнением.

Феномен стереотипности сопряжен с относительной изолированностью и низкой функциональной активностью интерпретативного бреда, ограниченностью коморбидных связей с позитивными психопатологическими образованиями других регистров.

Течение параноида, ограниченного проявлениями интерпретативного бреда, определяется медленным эволюционирующим развертыванием симптоматики. Течение представлено континуумом протекающих с периодическими обострениями, постепенно усложняющихся по структуре (сверхценный, паранойяльный бред, расширяющийся за счет идей преследования, персекуторный бред) проявлений интерпретативного бреда.

Галлюцинаторные расстройства при этом типе психоза рудиментарны, не определяют клиническую картину. Наблюдаются эпизодические обманы восприятия: вспышки психогенно/ситуационно провоцированного психического автоматизма и (или) псевдогаллюцинаций, длящиеся в течение нескольких часов-дней и полностью редуцирующиеся без включения галлюцинаторных феноменов в синдромальную структуру хронически протекающего параноида.

На поздних этапах течения психоза нарастает процесс аффилиации параноидных симптомокомплексов с негативными дименсиями. По мере того как структуры интерпретативного бреда транформируются в резидуальный бред, редуцируется бредовой аффект [30], вместе с тем теряется прежняя витальность, исчезают свойственная больным активность и энергия, на смену приходят безразличие и эмоциональная нивелированность. Тем самым резидуальные состояния принимают свойства психопатологических образований, примыкающих к кругу дефицитарных расстройств. J. Vie [34], определяя таких больных как «отставников бреда», также подчеркивает наблюдающееся в этих случаях свойственное кругу негативных дименсий «истощение активности».

*Психозы с галлюцинаторным бредом и преимущественной направленностью симптоматики к позитивному полюсу психопатологического пространства шизофрении.* Продромальные проявления чаще всего определяются неврозоподобными (вспышки тревоги и раздражительности, панические атаки) и диссоциативными (расстройства самоидентификации, чувство измененности окружающего и сепарации от других людей) расстройствами. Наряду с этим возможно возникновение кратковременных сенсорных расстройств: гиперестезия к звукам, акоазмы (свист, звон, крики), функциональные галлюцинации (в шумах улицы улавливаются ругательства, в тиканье часов, в струе текущей из крана воды звучат слова угрозы), а также других обманов восприятия. Среди потенциальных прекурсоров бреда — магическое мышление, спонтанно возникающие эпизоды внешнего воздействия, ощущение контроля через Интернет и пр.

В основе бредообразования при галлюцинаторном бреде лежат не интерпретации (нет последовательной системы обоснований, «логики» и доказательств целей преследования, бред воспринимается как данность, не требующая доказательств), но явления психического автоматизма и бредовая деперсонализация с отчуждением собственных психических и соматических функций [35, 36], а также когнитивных симптомокомплексов, аффилированных к позитивным расстройствам (синдром психической дезорганизации — *disorganization syndrome*) [37, 38].

Психические автоматизмы в сфере когнитивных функций включают как феномены внешнего контроля когнитивных процессов (контроль над мыслями, фрагментация, подмена, чтение, эхо мыслей), реализующиеся идеями отчуждения собственных психических актов, что квалифицируется в рамках «синдрома пассивности», так и внешнего воздействия (возникновение чужих, вложенных, навязанных мыслей).

Бред воздействия (в отличие от интерпретативного, идеи которого не пересекают границ реально складывающихся обстоятельств и происходящих событий) чаще всего носит фантастический характер, что подчеркивается и в целом ряде публикаций [35; 39—41]. Дьявол или иные враждебные силы контролируют пациента, вторгаются и овладевают телом и мыслями. В последние десятилетия роль контролирующих агентов все чаще приписывается компьютерам и современным технологиям (временной патоморфоз «аппарата влияния» [42]). При этом чипы и другие устройства могут воздействовать как из внешнего пространства, так и функционировать внутри организма, будучи вживлены, например, в мозг пациента. Вместе с тем манифестация/экзацербация и денотат идей воздействия могут отражать и коллизии реальной жизни. Фактически реализуется «наложение бредового мира на реальный мир» [43]. При этом чаще всего в фактуре бредовых идей и псевдогаллюцинаций фигурируют стрессорные ситуации. Эпизод трагических событий регионального масштаба провоцирует у пациента трансляцию обвиняющих мыслей: «именно он подстроил катастрофу». Смерть ближайшего родственника совмещается с манифестацией феномена «двойника»: покойник вселяется в тело пациента и теперь руководит всеми его действиями, дает советы и т.д. Отражение реальных психогений в манифестирующих вслед за ними явлениях психического автоматизма в свое время отмечал J. Lacan [6].

Темп развертывания психопатологической симптоматики по сравнению с этапами формирования интерпретативного бреда более высок. При этом развитие (вялое течение, острая манифестация) галлюцинаторно-бредовых расстройств, бреда воздействия, явлений психического автоматизма и других галлюцинаторных симптомокомплексов может быть сопряжено со значительными девиациями. В ряду наиболее типичных различают латентный этап забо-

левания, характеризующийся медленным развитием симптоматики с ремиттирующими транзиторными вспышками психического автоматизма, и активный этап с замещением инициальной симптоматики остро дебютирующими проявлениями фантастического бреда воздействия и псевдогаллюцинаторными расстройствами.

Наблюдающийся в период манифестации психоза внезапный наплыв обманов восприятия — псевдогаллюцинаторных расстройств, а также явлений ассоциативного автоматизма, сопряжен с аффектом недоумения, растерянности, смятения и тревоги, сопровождается резким, чаще всего принимающим форму тревожного возбуждения обострением психического расстройства. На фоне общего недомогания (головные боли, бессонница, раздражительность) у пациентов возникает чувство нового, несопоставимого с прежним опытом, душевного состояния — наваждения, непредвиденного, неожиданного вмешательства. В описаниях старых авторов фигурируют такие определения обозначенных выше расстройств, как «прорыв барьера» [12], «инвазия», «захват сознания» [31], «точка разрыва», «бомба, которая угрожает взорвать дом» [6], «новообразование» [5].

Бредовые идеи воздействия, как и псевдогаллюцинации и другие проявления психического автоматизма, лабильны в плане тематики и конкретного содержания фантастических идей и характеризуются, в отличие от стереотипности, свойственной психопатологическим проявлениям интерпретативного ряда, многообразием презентаций (воздействие «темных сил» из потустороннего мира на протяжении периода одной экзацербации может реализоваться то переменно сменяющимися неприятными ощущениями (боль, холод, жар), то чередующимися внутри головы голосами, то громким рычанием и собачьим лаем). «Персонажи», осуществляющие воздействие у одного и того же больного, попеременно выступают в разных ипостасях: божественное существо, ангелы, бесы, агенты преследующей международной организации. При этом бред не имеет стойкой, сложившейся системы (сегодня больной «отгоняет зло», утверждает, что борется против дьявола, а завтра — не может уточнить, против кого борется и что собой представляют преследующие существа).

К основным отличительным характеристикам дименсиональной структуры галлюцинаторно-бредового психоза следует отнести феномен высокой функциональной активности параноидных образований и явлений психического автоматизма. Идеям воздействия, как и псевдогаллюцинаторным расстройствам, свойственна интенсивность, экспрессивность проявлений. Психопатологические характеристики этого феномена широко представлены в трудах В.Х. Кандинского, а также в более поздних публикациях ряда авторов (G. de Clerambault, H. Baruk и др.). Как отмечает В.Х. Кандинский [44], применительно к отличительным свойствам псевдогаллюцинаций речь идет о «весьма живых..., чрезвычайно интенсивных... и обладающих большой чувственной определенностью» образованиях. Бред воздействия, в отличие от параноида, формирующегося по интерпретативным механизмам, обнаруживает высокую экспансивность. Симптоматика расширяется в первую очередь в пространстве позитивных расстройств — симптомокомплексов других психопатологических регистров. В ряде случаев расширение симптоматики психоза сопровождается образованием новых параноидных модальностей: бреда величия, знатного происхождения, могущества, сочетающихся с явлениями положительного воздействия (псевдогаллюцинации) со стороны высших сил и галлюцинаторной информацией о богатстве, мировом признании и т.д. Клиническая картина в этих случаях сопоставима с психопатологическими характеристиками фантастической, галлюцинаторной парафрении [45, 46]. В соответствии со стадийной моделью V. Magnan, а также с данными современных публикаций [47, 48] эти состояния рассматриваются в качестве самостоятельного парафренного синдрома. Однако применительно к закономерностям развертывания симптоматики этой группы галлюцинаторно-бредовых расстройств, установленным как в наших собственных наблюдениях [29], так и по данным материала ряда исследований [49—51], речь идет не об отграниченной от других дименсиональных образований психопатологической структуре, а о расширении (в рамках закономерной динамики) явлений психического автоматизма, имеющего конечной точкой максимальное развитие позитивных расстройств.

Тенденция к аффилиации параноидных симптомокомплексов к позитивным дименсиям галлюцинаторного ряда сохраняется также на этапе резидуальных состояний [52]. Клиническая картина определяется остаточными отдельными, преимущественно слуховыми галлюцинациями и псевдогаллюцинациями («носители голосов»), а также постепенно упрощающимися феноменами психического автоматизма (изолированные обманы восприятия, идеаторные автоматизмы). Происходит постепенная трансформация голосов в шепотную речь, беззвучные или мысленные голоса, элементарные невербальные (шум и звон в голове) либо функциональные галлюцинации. Содержание «голосов» становится доброжелательным или нейтральным, исчезает прежняя пространственная локализация, ощущение реальности галлюцинаций, появляется частичная критика к псевдогаллюцинаторным феноменам. Нивелируется аффект, ассоциированный с «голосами», в их описании появляется безразличие.

*«Совмещенные» галлюцинаторно-бредовые психозы с симультанной направленностью симптоматики к негативным/позитивным полюсам психопатологического пространства шизофрении* представляют собой менее благоприятно протекающие состояния, отличающиеся от приведенных выше мономаний как полиморфизмом позитивной симптоматики, так и выраженностью негативных расстройств. В современных классификациях эта группа бредовых психозов отдельно не выделяется, а квалифицируется, например, в качестве продромов параноидной шизофрении (F20.0 в МКБ-10), протекающих с картиной хронического бредового расстройства — F22 [53].

При этом необходимо подчеркнуть, что группа совмещенных галлюцинаторно-бредовых психозов нозологически неоднородна. В ее состав включается юношеская неблагоприятно протекающая параноидная шизофрения, психозы с последовательной сменой бредовых и гллюцинаторно-бредовых синдромов и случаи паранойяльной шизофрении с эпизодическими галлюцинаторно-бредовыми «вспышками» в отличие от случаев, квалифицируемых в рамках интерпретативного бреда.

Состояние больных уже на первых этапах развития заболевания определяется персекуторным бредом. В смешанную группу включаются случаи с первичным бредом по типу «озарения». В отличие от случаев с интерпретативным бредом именно они соединяются с галлюцинациями, возникая спонтанно, без предшествующей переработки, в результате внезапного осознания. Речь идет о манифестации

первичных бредовых идей, внезапно входящих в круг представлений больного, которые уже в момент своего появления приобретают для больного «качество неопровержимой истины» и «моделируют под себя весь будущий опыт» [45].

Конкретная тематика бреда может сводиться к преследованию со стороны специальных служб или руководства учебного учреждения, менеджеров фирмы и т.п. В последующем бредовые идеи не стереотипизируются, не повторяются в адаптированном применительно к конкретным обстоятельствам виде (как при первом типе бредового психоза — стереотипные вспышки, интерпретативный бред с идеями отношения, кверулянтством, сутяжными тенденциями), но, сохраняя неизменным «стержень» основного преследователя, расширяются за счет вовлечения в круг преследователей лиц ближайшего окружения (родителей или близких родственников), сослуживцев, соседей и других персонажей, складываясь в сложную бредовую систему.

Идеи воздействия и/или псевдогаллюцинаторные расстройства появляются в клинической картине в интервале от нескольких месяцев до 4—5 лет со времени манифестации бреда преследования. При этом доминирует *феномен расширения* персистирующих параноидных симптомокомплексов за счет сенсорных расстройств, а не смены этапов интерпретативного бреда бредом воздействия и явлениями психического автоматизма, как это предусматривается стадийной концепцией V. Magnan. Первоначально отрывочные обманы восприятия, идеи воздействия выступают в соответствии с описаниями целого ряда авторов в качестве вторичных (по отношению к бреду преследования) психопатологических образований. Так, J. Seglas [54] в этом плане указывает, что при паранойе галлюцинации воспроизводят тот же бред, но в чувственной форме. Такие обманы восприятия, выступающие в виде очередного звена, нового инструмента в системе актов преследования, рассматриваются пациентом как дополнительный источник информации, новый аргумент в пользу правомерности давно существующих предположений, относящихся к злонамеренным умыслам со стороны недоброжелателей. Таким образом, персистирующие ранее подозрения теперь как бы получают подтверждение в голосах, актах внешнего воздействия: лучами, магнитными волнами и т.п. Так, при бреде преследования со стороны соседей (стучат, будят по ночам, распускают порочащие слухи, специально бросают мусор под окна и т.п.), имеющих целью, по версии больного, «отнять квартиру», через несколько лет появляется ощущение лазерного облучения. Воздействие такого рода приписывается преследователям, т.е. соседям. Соседи в сознании больного, преследуя все те же злонамеренные цели, начинают действовать с помощью специальной аппаратуры, вызывают неприятные ощущения на определенных участках тела (боли в области грудной клетки, искусственно вызванные спазмы в животе, позывы на мочеиспускание). В тех случаях, когда идеи воздействия и явления психического автоматизма манифестируют в период обострения персекуторного бреда, они могут целиком определять поведение больного, провоцировать формирование феномена преследуемого преследователя [55], сопровождающегося актами ауто- и геретероагрессии, обращениями в региональные и центральные органы правопорядка с требованиями прекратить воздействие, изъять аппаратуру и покарать преследователей.

На поздних этапах течения психоза, протекающего с расширением полиморфной позитивной симптоматики и выраженных негативных расстройств, наряду с обеими тенденциями, свойственными мономаниям (симультанная направленность симптоматики к негативным/позитивным полюсам психопатологического пространства шизофрении), также нарастает процесс аффилиации параноидных симптомокомплексов с когнитивными дименсиями. С одной стороны, речь идет о «формальных расстройствах мышления», рассматриваемых некоторыми исследователями в ряду позитивных феноменов [56—58]. При этом формируются конечные состояния с картиной шизофазии, в структуре которой сохраняются полиморфные галлюцинаторно-бредовые феномены, представленные вследствие речевой бессвязности обрывочными высказываниями, включающими как отдельные элементы прежде стройных интерпретативных бредовых построений, так и фрагментарные идеи воздействия с изолированными феноменами психического автоматизма (конечная идеовербальная инкогеренция [46]). С другой стороны, в картине исходного/конечного состояния присутствуют когнитивные расстройства «негативного ряда», относимые E. Kraepelin [59] к проявлениям конечных состояний по типу «тупого слабоумия» с преимущественным снижением в сфере внимания, рабочей и вербальной памяти, исполнительских функций (псевдоорганическое снижение интеллекта [60], синдром руинирования [61]).

## Обсуждение

Систематика бредовых психозов, выступающих в клиническом пространстве шизофрении и патологии шизофренического спектра, представленная в настоящей публикации, рассматривается в соответствии с новой психопатологической парадигмой [29]. В ее основе находится концепт симультанной представленности в клиническом пространстве шизофрении двух фундированных нейробиологическими процессами относительно независимых доменов: негативных и позитивных расстройств, характеризующихся спектрами функциональной активности процессуальных дименсий, а также траекториями развития, определяющими доминирование на протяжении заболевания преимущественно негативной либо позитивной симптоматики (негативная/позитивная шизофрения).

Выделенные три варианта бредовых психозов, ранжируемых в зависимости от психопатологической структуры (механизма бредообразования) и вектора траекторий развития заболевания, соотносятся с описаниями ряда авторов, однако, по нашим представлениям, впервые объединяются в единую классификационную систему, построенную, исходя из унифицированных критериев. Так, первый вариант, т.е. психоз с интерпретативным бредом с преимущественной направленностью симптоматики к негативному полюсу психопатологического пространства шизофрении, соотносится с *хроническим систематизированным бредовым психозом* [6, 16, 31], бредовым вариантом параноидной шизофрении [14], паранойяльной шизофренией [62], бредовым расстройством (F22 в МКБ-10; 297.1 в DSM-5). Второй вариант, т.е. психоз с галлюцинаторным бредом с преимущественной направленностью симптоматики к позитивному полюсу психопатологического пространства шизофрении — с хроническим галлюцинаторно-бредовым психозом на базе явлений психического автоматизма [5, 63],

параноидным/парафренным приступом шизофрении [14], хроническим галлюцинаторным психозом (F28 в МКБ-10), «неорганическим психотическим расстройством, хроническим галлюцинаторным психозом» (298.9 в DSM-5). Третий вариант, т.е. «совмещенный» галлюцинаторно-бредовой психоз с симультанной направленностью симптоматики к негативным/позитивным полюсам психопатологического пространства шизофрении — с *хроническим совмещенным бредовым психозом*, объединяющим систематизированную (интерпретативную) и галлюцинаторно-бредовую формы — «шифт-синдром», как переходным психозом с картиной «бредового расстройства», усложняющегося за счет симптомов шизофрении [53]).

Выделение категории совмещенных форм отражает реальную клиническую ситуацию, свидетельствующую о накоплении среди популяции бредовых больных, наряду с представленными выше полярными вариантами мономаний, группы параноидных образований, в клинической картине которых, наряду с интерпретативным бредом, выступают бредовые идеи воздействия, галлюцинаторные и псевдогаллюцинаторные расстройства и другие явления психического автоматизма. Так, около 20% персистирующих изолированных случаев хронического бредового расстройства, определяющихся интерпретативным бредом (F22 в МКБ-10), обнаруживают переход в шизофренический психоз с присоединением к систематизированному бреду галлюцинаторных феноменов и явлений психического автоматизма [53]. Однако, как правило, частота таких совмещенных форм в структуре параноидной шизофрении специально не оценивается. Соответственно, в данных клинико-эпидемиологических исследованиях, основанных на классификации МКБ-10 [64], приводятся либо случаи хронического бредового расстройства (изолированный интерпретативный бред, не обнаруживающий перехода в галлюцинаторно-бредовые психозы), либо параноидной шизофрении, объединяющей как психозы с доминированием феноменов психического автоматизма/псевдогаллюцинаций, так и комбинированные формы (не только интерпретативный бред по мере течения заболевания трансформирующийся в галлюцинаторно-бредовой психоз [12], но и дополняющийся симптомами последнего).

Завершая обсуждение представленной систематики бредовых психозов, необходимо подчеркнуть, что интерпретативный бред и бред воздействия, формирующийся в связи с психическим автоматизмом, в соответствии с исследованиями как ряда старых («*примордиальный делирий*» W. Griesinger [65], «*первичная ошибка суждений*» С.С. Корсакова [66]), так и более современных авторов [14], относятся к первичным психопатологическим образованиям, объединяющимся в психопатологическом пространстве единого бредового психоза. В основе единого бредового психоза лежат генетически обусловленные нейробиологические процессы. На клиническом уровне концепт единого бредового психоза поддерживается наличием большого количества совмещенных форм, психопатологическая характеристика которых также находит отражение в разработанной систематике, фактически отражающей современную клиническую парадигму к смещению от дихотомического конструкта к идее спектров либо континуумов в пределах выделяемых классификационных рядов.

## Заключение

Разработанная трехкомпонентная систематика подтверждает на модели хронических бредовых психозов, выступающих в клиническом пространстве шизофрении и патологии шизофренического спектра, концепт симультанной представленности в клиническом пространстве шизофрении двух обусловленных нейробиологическими процессами относительно независимых доменов. Речь идет о позитивных и негативных расстройствах, характеризующихся различной функциональной активностью процессуальных дименсий, а также траекториями развития, определяющими доминирование на протяжении заболевания преимущественно негативной либо позитивной симптоматики (негативная/позитивная шизофрения), либо симультанной представленности как негативного, так и позитивного ряда (совмещенные формы).

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**
**The authors declare no conflicts of interest.**

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Berrios GE, Porter R. *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders*. Athlone Press. 1995;684.
2. Krafft-Ebing R. *Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage von Prof. Dr. R.V. Krafft-Ebing*. 1890;890.
3. Schüle H. *Handbuch der Geisteskrankheiten (Manual of mental illnes)*. Leipzig (Germany): F.C.W. Vogel; 1878.
4. Janet P. *L'automatisme psychologique*. Paris: Félix Alcan, éditeur. 1889;42.
5. de Clerambault GG. *Syndrome mécanique et conception mécanisiste des psychoses hallucinatoires. Annales Medico-Psychologiques*. Paris. 1927;(85):398-413.
6. Lacan J. *Structure des psychoses paranoïaques*. La Semaine des hôpitaux de Paris. 1931.
7. Doutrebente G. *Note sur la folie à double forme*. Imprimerie De L'Etoile. 1882.
8. Garnier P. Du dé lire chronique. *Annales Medico-Psychologiques*. Paris, 1887;9:436.
9. Foville A. *Étude Clinique de la folie. Avec pré dominance du dé lire des grandeurs*. Paris. 1871.
10. Falret J. Du délire chronique. *Annales Medico-Psychologiques*. 1887;(2):261-264.
11. Wimmer A. *Evolutiv Paranoia. Bidrag til Forrykthedslæren*. Copenhagen: Jacob Lund; 1902.
12. Magnan V. *Lecons cliniques sur les maladies mentales*. Paris. 1891.
13. Kraepelin E. *Psychiatrie*. Nine editions: Leipzig, Germany: Abel; 1883. Leipzig, Germany: Abel; 1887. Leipzig, Germany: Abel; 1889. Leipzig, Germany: Abel; 1893. Leipzig, Germany: Barth; 1896. Leipzig, Germany: Barth; 1899 (2 vol). Leipzig, Germany: Barth; 1903/04 (2 vol). Leipzig, Germany: Barth; 1909-15 (4 vol). Leipzig, Germany: Barth; 1927 (2 vol).
14. Снежневский А.В. *Руководство по психиатрии*. В 2-х томах. М.: Медицина; 1983;2:544.
Snezhnevskij AV. *Rukovodstvo po psihiatrii*. M.: Medicina; 1983;2:544. (In Russ.).

15. Наджаров Р.А. *Формы течения шизофрении. Шизофрения:* Мультидисциплинарное исследование. М. 1972;31-76.
Nadzharov RA. *Formy techeniya shizofrenii. Shizofreniya:* Mul'tidisciplinarnoe issledovanie. M. 1972;31-76. (In Russ.).

16. Елгазина Л.М. О клинических вариантах параноидной шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1958;58(4):437-445.
Elgazina LM. About clinical variants of paranoid schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 1958;58(4):437-445. (In Russ.).

17. Шумский Н.Г., Курашов С.В. К клинике парафренной (фантастически-параноидной) шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1958;58(4):462-470.
Shumskij NG, Kurashov SV. To the clinic of paraphrenic (fantastically paranoid) schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 1958;58(4):462-470. (In Russ.).

18. Тиганов А.С. *Руководство по психиатрии*. Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина; 1999;48-49.
Tiganov AS. *Rukovodstvo po psihiatrii.* Pod red. A.S. Tiganova. M.: Medicina; 1999;48-49. (In Russ.).

19. Kleist K. *Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie.* Berlin: De Gruyter; 1925.

20. Хохлов Л.К. Диагностическое значение синдрома Кандинского—Клерамбо. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1964;64(10):1534-1538.
Khokhlov LK. Diagnostic value of the Kandinskii-Cl'erambault syndrome. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 1964;64(10):1534-1538. (In Russ.).

21. Heering HD, van Haren NE, Derks EM; GROUP Investigators. A two-factor structure of first rank symptoms in patients with a psychotic disorder. *Schizophr Res.* 2013;147(2-3):269-274.
https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.032

22. Loftus J, Delisi LE, Crow TJ. Factor structure and familiality of first-rank symptoms in sibling pairs with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Br J Psychiatry.* 2000;177:15-19.
https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.15

23. Peralta V, Cuesta MJ. Dimensional structure of psychotic symptoms: an item-level analysis of SAPS and SANS symptoms in psychotic disorders. *Schizophrenia Research*. 1999;38(1):13-26.

24. Stuart GW, Malone V, Currie J, et al. Positive and negative symptoms in neuroleptic-free psychotic inpatients. *Schizophr Res.* 1995;16(3):175-188.
https://doi.org/10.1016/0920-9964(94)00083-k

25. Kitamura T, Okazaki Y, Fujinawa A, et al. Dimensions of schizophrenic positive symptoms: an exploratory factor analysis investigation. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1998;248(3):130-135.
https://doi.org/10.1007/s004060050029

26. Ceccherini-Nelli A, Crow TJ. Disintegration of the components of language as the path to a revision of Bleuler's and Schneider's concepts of schizophrenia. Linguistic disturbances compared with first-rank symptoms in acute psychosis. *Br J Psychiatry.* 2003;182:233-40. *Erratum in: Br J Psychiatry.* 2004;184:87.
https://doi.org/10.1192/bjp.182.3.233

27. Kimhy D, Goetz R, Yale S, et al. Delusions in individuals with schizophrenia: factor structure, clinical correlates, and putative neurobiology. *Psychopathology.* 2005;38(6):338-344.
https://doi.org/10.1159/000089455

28. Wang YY, Shi HS, Liu WH, et al. Invariance of factor structure of the 21-item Peters et al. Delusions Inventory (PDI-21) over time and across samples. *Psychiatry Res.* 2017;254:190-197.
https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.053

29. Смулевич А.Б. Новая психопатологическая парадигма шизофрении и расстройств шизофренического спектра. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(1):7-15.
Smulevich AB. The new psychopathological paradigm of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2024;124(1):7-15. (In Russ.).
https://doi.org/10.17116/jnevro20241240117

30. Mishara AL, Fusar-Poli P. The phenomenology and neurobiology of delusion formation during psychosis onset: Jaspers, Truman symptoms, and aberrant salience. *Schizophrenia Bulletin*. 2013;39:278-286.

31. Serieux P, Capgras J. *Les Folies raisonnantes, le délire d'interprétation*. Paris: Félix Alcan; 1909;231.

32. Arnaud FL. États morbides continus du caractère. In: Ballet G. (ed.). *Traité de pathologie mentale*. Paris: Doin; 1903;640-667.

33. Пятницкий Н.Ю. Актуальные аспекты феноменологии бреда в «докрепелиновской» психиатрии. *Российский психиатрический журнал*. 2009;2:51-59.
Pyatnitsky NYu. Relevant aspects of the phenomenology of delusions in pre-Krepelin's psychiatry. *Russian Psych J.* 2009;2:51-59. (In Russ.).

34. Vie J. Quelques terminaisons des delires chroniques. *Annals of Medicine.* 1933;II(4):461-494.

35. Аккерман В.И. *Механизмы шизофренического первичного бреда (Клинико-психопатологическое исследование)*. Иркутск: Вост-Сиб. Краевое изд-во; 1936.
Akkerman VI. *Mekhanizmy shizofrenicheskogo pervichnogo breda (Klinikopsihopatologicheskoe issledovanie)*. Irkutsk: Vost-Sib. kraevoe izd-vo; 1936. (In Russ.).

36. Сергеев И.И., Басова А.Я. Бредовая деперсонализация: психопатология и динамика. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2006;8(1):8-12.
Sergeev II, Basova AYa. Delusional depersonalization: psychopathology and dynamics. *Psihiatriya i Psihofarmakoterapiya.* 2006;8(1):8-12. (In Russ.).

37. Cano A, O'Leary KD. Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(5):774-781.

38. Mucci A, Vignapiano A, Bitter I, et al. A large European, multicenter, multinational validation study of the Brief Negative Symptom Scale. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2019;29(8):947-959.

39. Жислин С.Г. *Очерки клинической психиатрии.* 2-е изд. М.: Медицина; 1965;320.
Zhislin SG. *Ocherki klinicheskoj psihiatrii*. 2-e izd. M.: Medicina; 1965;320. (In Russ.).

40. Каменева Е.Н. *Шизофрения: Клиника и механизмы шизофренического бреда*. Под ред. проф. Федотова Д.Д. М-во здравоохранения СССР. Науч.-исслед. ин-т психиатрии. М. 1957;195.
Kameneva EN. *Shizofreniya: Klinika i mekhanizmy shizofrenicheskogo breda*. Pod red. prof. Fedotova D.D. M-vo zdravoohraneniya SSSR. Nauch.-issled. in-t psihiatrii. M. 1957;195. (In Russ.).

41. Huber G, Gross G. *Wahn: eine deskriptiv-phänomenologische Untersuchung schizophrenen Wahns*. Stuttgart. Enke. 1977.

42. Tausk V. Über die Entstehung des «Beeinflussungsapparates» in der Schizophrenie. In: *Internationale Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse*. Band V, Heft 1. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Berlin. 1919;1-33.

43. Hulak F. Vers un nouveau paradigme: De la paraphrénie à la psychose ordinaire. *L'information Psychiatrique.* 2009;85(10):869-875.

44. Кандинский В.Х. *О псевдогаллюцинациях.* СПб.: Изд. Е.К. Кандинской; 1890;164.
Kandinsky VH. *On pseudogallucinations. Critical Clinical Study.* SPb.: Edition by E.K. Kandinskaya; 1890;164. (In Russ.).

45. Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*. Chicago: Chicago Medical Book Co; 1919;356.

46. Ey H. Schizophrenies. Encycl. *Medico-Chirurgicale, Psychiatrie.* Paris. 1955.

47. Тиганов А.С. *Психиатрия. Руководство для врачей*. М.: Медицина; 2012;459-461.
Tiganov AS. *Handbook of Psychiatry*. M.: Meditsina; 2012;459-461. (In Russ.).

48. Сизов С.В. Клинико-психопатологическая дифференциация эндогенных маниакально-парафренных состояний. *Психиатрия.* 2019;17(3):30-37.
Sizov SV. Clinical and Psychopathological Differentiation of Endogenous Manic-Paraphrenic States. *Psychiatry.* 2019;17(3):30-37. (In Russ.).

49. Гулямов М.Г. *О диагностическом и прогностическом значении активного варианта синдрома Кандинского при шизофрении. Нозологическое видоизменение психопатологических синдромов*. Душанбе. 1974;51-56.
Gulyamov MG. *O diagnosticheskom i prognosticheskom znachenii aktivnogo variantasindroma Kandiskogo pri shizofrenii. Nozologicheskoe vidoizmenenie psihopatologicheskihsindromov.* Dushanbe. 1974;51-56. (In Russ.).

50. Халецкий А.М. О контрастных формах синдрома психического автоматизма. *Синдром психического автоматизма*. М. 1969;47-67.
Haleckij AM. O kontrastnyh formah sindroma psihicheskogo avtomatizma. *Sindrom psihicheskogo avtomatizma*. M. 1969;47-67. (In Russ.).

51. Асадов Б.М., Асадов Н.Н.В., Вагабов Н. Особенности течения и клиническая классификация активного варианта синдрома Кандинского—Клерамбо при шизофрении. *The Caucasus-Economic and Social Analysis Journal of Southern Caucasus.* 2022;49(2):15-23. (In Russ.).
Asadov BM, Asadov NNV, Vagabov N. Features of the course and clinical classification of the active variant of Kandinsky-Clerambault syndrome in schizophrenia. *The Caucasus-Economic and Social Analysis Journal of Southern Caucasus*. 2022;49(2):15-23.
https://api.semanticscholar.org/CorpusID:249738603

52. Новиков В.Н. О некоторых вариантах стабилизации процесса на отдаленных этапах злокачественной шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1981;5:720-724.
Novikov VN. On some options for stabilizing the process at the remote stages of malignant schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 1981;5:720-724. (In Russ.).

53. Marneros A, Pillmann F, Wustmann T. Delusional disorders — are they simply paranoid schizophrenia? *Schizophr Bull.* 2012;38(3):561-568. https://doi.org/10.1093/schbul/sbq125

54. Seglas J. *Lecons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* (Salpetriere 1887—1994). Paris. 1895.

55. Lasegue Ch. Du delire de persecutions. *Archives Generales de Medecine.* 1852;28:128-150.

56. Crow TJ. Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? *British Medical Journal.* 1980;280:66-68.

57. Andreasen NC, Olsen SA. Negative versus positive schizophrenia: definition and validation. *Archives of General Psychiatry.* 1982;39:789-794.

58. Eaton WW, Thara R, Federman B, et al. Structure and course of positive and negative symptoms inschizophrenia. *Archives of General Psychiatry.* 1995;52:127-134.

59. Kraepelin E, Rachel M, Barclay and George M. Robertson. *Manic-depressive Insanity and Paranoia*. Chicago: Chicago Medical Book Co; 1921.

60. Внуков В.А. *О дефекте при шизофреническом процессе*. Труды II Всесоюзного съезда психиатров и невропатологов. М. 1937.
Vnukov VA. *O defekte pri shizofrenicheskom processe.* Trudy II Vsesoyuznogo s'ezda psihiatrov i nevropatologov. M. 1937. (In Russ.).

61. Эдельштейн А.О. *Исходные состояния шизофрении*. М.: Издание 1-го ММИ; 1938.
Edel'shtejn AO. *Iskhodnye sostoyaniya shizofrenii.* M.: Izdanie 1-go MMI; 1938. (In Russ.).

62. Смулевич А.Б., Ширина М.Г. *Проблема паранойи (паранойяльные состояния при эндогенных и органических заболеваниях)*. М.: Медицина; 1972;183.
Smulevich AB, Schirina MG. *Problema paranoji (paranojyal'nye sostoyaniya pri endogennyh i organicheskih zabolevaniyah)*. M.: Medicina; 1972;183. (In Russ.).

63. Минковский Э. *Шизофрения. Психопатология шизоидов и шизофреников*. Пер. с франц. Ромашова Ю. М.: ИД «Городец»; 2017;4-6.
Minkovskij E. *Shizofreniya. Psihopatologiya shizoidov i shizofrenikov.* Per. s franc. Romashova Yu. M.: ID «Gorodec»; 2017;4-6. (In Russ.).

64. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П., Нарышкин А.В. Контингент больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих лечение в психиатрической больнице. *Социальная и клиническая психиатрия: журнал*. 2013;23(3):48-54.
Gurovich IYa, Shmukler AB, Kostyuk GP, Naryshkin AV. The patient population with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders treated in a psychiatric hospital (according to one-day assessment data). *Social and Clinical Psychiatry.* 2013;23(3):48-54. (In Russ.).

65. Griesinger W. *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten fuer Aerzte und Studierende*. Zweite Auflage. Braunschweig: Verlag von Friedrich Wreden; 1861.

66. Корсаков С.С. *Курс психиатрии*. Т. 2. Типолитография В. Рихтер, 1901.
Korsakov SS. *Kurs psihiatrii.* T. 2. Tipolitografiya V. Rihter; 1901. (In Russ.).

Поступила 18.04.2024
Received 18.04.2024
Принята к печати 23.04.2024
Accepted 23.04.2024