

На правах рукописи

Попович Ульяна Олеговна
ИПОХОНДРИЧЕСКИЙ БРЕД В СТРУКТУРЕ ПРИСТУПОВ
ЮНОШЕСКОГО ЭНДОГЕННОГО ПРИСТУПООБРАЗНОГО ПСИХОЗА
(клинико-психопатологические, клинико-патогенетические и прогностические
аспекты)

Специальность: 14.01.06 – Психиатрия (медицинские науки)

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук

Москва – 2015

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья»

Научный руководитель:
доктор медицинских наук

Каледа Василий Глебович

Официальные оппоненты:

Ткаченко Андрей Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное учреждение "Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии» Минздрава РФ, руководитель отдела судебно-психиатрической экспертизы в уголовном процессе

Пашковский Владимир Эдуардович, доктор медицинских наук, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава РФ, профессор кафедры психиатрии и наркологии

Ведущая организация:

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Первый Московский медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава РФ

Защита состоится 6 апреля 2015 г. в 11:00 на заседании диссертационного совета Д 001.028.01 в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья» по адресу: 115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» <http://www.ncpz.ru>

Автореферат разослан ____ февраля 2015 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук

Никифорова Ирина Юрьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы исследования. Настоящее обращение к проблеме ипохондрических расстройств бредового уровня, несмотря на давность к ней интереса, определяется их высокой частотой, а также неоднозначными подходами к диагностике и сложностью терапии. В многочисленных современных исследованиях, посвященных ипохондрическим расстройствам, акцент делается на изучении небредовой ипохондрии в связи с её широкой распространенностью [Смулевич А. Б., 2005; Волель Б.А., 2010; Марченко А.Н., 2011; Иванец Н.Н. и др., 2013; Starcevic V., 2001; Creed F., Barsky A., 2004]. При этом, в соответствии с эпидемиологическими данными, ипохондрический бред в структуре эндогенной патологии занимает третье место по частоте встречаемости после бреда преследования и отравления [Gross G. et al., 1977]. В общемедицинской практике ипохондрические расстройства, достигающие бредового уровня, встречаются по разным данным в диапазоне от 3 до 35% от числа всех страдающих этим расстройством больных [Gureje O. et al., 1997; Escobar J.I. et al., 1998].

Представленные в литературе трактовки феномена бредовой ипохондрии отражают сохраняющиеся противоречия относительно границ ее клинической структуры, а также интерпретации места и роли этих расстройств в психопатологической картине эндогенных психозов. Кроме этого, выделяемые рядом авторов структурно-сложные психопатологические синдромы [Ротштейн Г.А., 1961; Рыбальский, А.М., 1983], представленные сочетанием ипохондрических бредовых расстройств с психопатологическими образованиями иных регистров [Плотичер А.М., 1974; Лакосина Н.Д., 1988; Личко А.Е., 1985, 1989; Коркина М.В., 1984; Taylor S. et al., 2005] создают существенные трудности для диагностики и клинической интерпретации этих состояний.

Своеобразие, привнесенное периодом юности в клиническую картину эндогенных психических заболеваний, лишает возможности унифицированного переноса закономерностей выявленных у больных зрелого возраста, на данный возрастной период [Цуцуйковская М.Я. и др., 1998; Каледа В.Г., 2008]. На необходимость исследования эндогенной патологии с учетом возрастного фактора обращали внимание многие исследователи [Наджаров Р.А., 1964; Краснов В.Н., 2011; Тиганов А.С., 2013]. Патопластическому и патогенетическому влиянию пубертатного фактора на клинико-психопатологические проявления психотических расстройств, с началом в подростково-юношеском возрасте, посвящено большое количество работ [Цуцуйковская М.Я., 1967; Михайлова В.А., 1978; Кузюкова А.А., 2006; Каледа В.Г., 1998, 2010; Соколов Р.Е., 2011; Carlson G., 2013; Sikich L, 2013], однако исследований

юношеских эндогенных приступов с ипохондрическим бредом не проводилось, что определяет актуальность настоящего обращения к данной проблеме.

Степень разработанности темы исследования В проведенных ранее исследованиях ипохондрических расстройств на контингенте больных подростково-юношеского возраста [Сосюкало О.Д., 1968, 1973; Кибрик Н.Д., 1974; Матвеев В.Ф. с соавт., 1985; Жалюнене Е.В., 1990; Livingston R., Martin-Cannici C., 1985] не содержится специального изучения ипохондрических расстройств бредового уровня при юношеских эндогенных приступообразных психозах. Кроме того, произошедший патоморфоз психических расстройств [Двирский А.Е., 2004; Цуцурьковская М.Я. и др., 2008; Тиганов А.С., 2009] существенно видоизменил клинику и течение эндогенных психических расстройств, включая состояния, сопровождающиеся ипохондрическими расстройствами. Рядом исследователей подчеркивалось [Рыбальский А.М., 1983], что юность наделяет формирующееся бредовое ипохондрическое расстройство рядом специфических черт. В таких случаях была обнаружена особая внутренняя полиморфность, незавершенность психопатологических образований, идеаторная неразработанность фабулы [Коркина М.В., 1984; Жалюнене Е.В., 1990]. При этом остаются неизученными вопросы патокинетических закономерностей развития ипохондрии в динамике от небредового к бредовому уровню, обнаруживается отсутствие детальной квалификации доманифестного этапа с анализом роли конституционально-личностных черт в реализации ипохондрического расстройства, достигающего бредового уровня. Требуют уточнения вопросы нозологической оценки психотических приступов с ипохондрическим бредом. Не изучены когнитивные расстройства, возникающие при подобных состояниях. Кроме того, остаются неразработанными алгоритмы терапии приступов юношеского эндогенного приступообразного психоза с ипохондрическим бредом с учетом современных психофармакологических препаратов и социореабилитационных методик.

Целью настоящего исследования является выявление психопатологических особенностей приступов эндогенного приступообразного психоза с ипохондрическими расстройствами бредового уровня в юношеском возрасте, их типологическая дифференциация, установление закономерностей дальнейшего течения и характерных для них клинко-патогенетических закономерностей, критериев прогноза и нозологической принадлежности, а также обоснование системы комплексных терапевтических мероприятий.

На разрешение были поставлены следующие **задачи**:

1. Определение клинко-психопатологических особенностей бредовых ипохондрических расстройств, возникающих в структуре эндогенных приступов

- в юношеском возрасте с учетом патопластической роли возрастного фактора.
2. Разработка клинической типологии приступов эндогенного психоза юношеского возраста, в структуре которых формировались ипохондрические бредовые расстройства.
 3. Проведение анализа условий формирования, преморбидных особенностей и некоторых клинико-патогенетических характеристик юношеских эндогенных психозов с бредовыми ипохондрическими расстройствами.
 4. Выявление особенностей когнитивных расстройств в структуре приступов юношеских эндогенных психозов с ипохондрическими бредовыми идеями с привлечением нейропсихологического метода.
 5. Определение закономерностей течения, разновидностей исходов, а также прогностически значимых параметров юношеских эндогенных психозов с бредовыми ипохондрическими расстройствами, с выделением критериев их нозологического разграничения.
 6. Разработка предпочтительных терапевтических стратегий в отношении психофармакотерапии, тактики психотерапевтических и социореабилитационных мероприятий при юношеских эндогенных психозах, протекающих с ипохондрическими расстройствами бредового уровня.

Научная новизна исследования Впервые проведено клинико-психопатологическое исследование контингента больных юношеского возраста с ипохондрическим бредом в структуре эндогенного психотического приступа, в результате чего выявлена феноменологическая гетерогенность ипохондрических бредовых расстройств. Разработана оригинальная прогностически значимая типология с выделением двух типов приступов с дифференциацией в зависимости от механизма бредообразования; при каждом типе выделено два подтипа приступа по ведущему компоненту для реализации ипохондрического бреда. Выявлена конституционально-личностная предрасположенность в юношеском возрасте при психотических приступах с ипохондрическим бредом. Установлены закономерности течения и исхода юношеского эндогенного приступообразного психоза с ипохондрическими бредовыми идеями. Впервые получены данные о том, что ипохондрические бредовые идеи, возникая в структуре психотических приступов в юношеском возрасте, являются неблагоприятным прогностическим фактором. Определены особенности когнитивных расстройств возникающих в структуре данных приступов с привлечением нейропсихологического метода обследования. Разработаны основы персонифицированной психофармакологической и социореабилитационной помощи для изученного контингента больных.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Результаты проведенного исследования приступов юношеского эндогенного приступообразного психоза с ипохондрическим бредом вносят существенный вклад в изучение клиники и патогенеза эндогенных психозов. Выявление психопатологических особенностей изученных приступов, различий механизмов формирования ипохондрических бредовых идей позволили разработать их типологию имеющую прогностическое значение. Полученные данные о закономерностях течения заболевания на момент катамнестического наблюдения отражают гетерогенность изученных состояний. При детальном сопоставлении результатов клинико-психопатологического и клинико-патогенетического обследования сделано предположение о различиях в нозологической природе изученных психотических приступов. Установлено, что центральным осевым нейропсихологическим симптомокомплексом у изученных больных является искаженное функционирование тактильной сферы, что имеет важное значение для понимания патогенеза рассматриваемых психопатологических состояний. Разработан комплекс терапевтических и социореабилитационных мероприятий с учетом патопластического влияния возрастного фактора. Полученные данные способствуют решению задач связанных со своевременной диагностикой и определением индивидуального прогноза при формировании бредовой ипохондрии в структуре эндогенных приступов в юношеском возрасте, что особо важно в связи с происходящими психобиологическими и социальными изменениями. Разработанные алгоритмы персонифицированной психофармакотерапии и социореабилитационной помощи изученным больным в зависимости от типа приступа с учетом психобиологических параметров юношеского возраста будут способствовать оптимизации оказываемой им специализированной медицинской помощи.

Теоретико-методологическую основу исследования составили: базовые положения о патогенетическом и патопластическом влиянии юношеского возрастного психобиологического фактора на клинику и течение эндогенных психозов в работах М.Я. Цудульковской (1967), А.Е. Личко (1979), В.Г. Каледы (2010), M. Fink, G. Bush, D.Cohen (1999), работы, посвященные проблеме ипохондрии (Ротштейн Г.А., 1961; Рыбальский А.М., 1983; Жалюнене Е.В., 1990; Смулевич А.Б. и др. 2008; Волель Б.А. 2009).

Методология и методы исследования Настоящая работа выполнена в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН (директор – академик РАН, проф. А.С. Тиганов), в группе психических расстройств юношеского возраста (руководитель – д.м.н. В.Г. Каледа).

Изученную группу составили 113 больных эндогенным приступообразным психозом (F20, F25 по МКБ-10) мужского пола, которые в юношеском возрасте перенесли психотический приступ с ипохондрическим бредом и были госпитализированы в клинику ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. Все указанные больные составили две группы - клиническую и катамнестическую. Больные клинической группы (57 чел.) были госпитализированы в 2010-2013 гг. и обследованы клинически (группа была представлена 31 больным, у которых ипохондрический бред формировался в структуре первого приступа, у 26 - повторного приступа). Катамнестическая группа включала 56 больных, впервые стационарированных в юношеском возрасте в период с 1996-2000 гг., которые в дальнейшем были обследованы клинико-катамнестическим методом. Критериями включения в исследование были: формирование ипохондрических бредовых идей в структуре психотических приступов эндогенного приступообразного психоза в юношеском возрасте (16-25 лет), начало заболевания в подростково-юношеском возрасте, приступное течение заболевания, длительность наблюдения для катамнестической группы больных не менее 10 лет, что позволило оценить течение заболевания и его функциональный исход по минованию юношеского возраста. Критерии исключения: сопутствующей психической, соматической, неврологической патологии, затрудняющих исследование.

В соответствии с целями и задачами данного исследования применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, нейропсихологический, статистический методы.

Положения, выносимые на защиту:

1. Приступы юношеского эндогенного приступообразного психоза с ипохондрическими бредовыми идеями феноменологически гетерогенны, демонстрируют различные механизмы бредообразования.
2. При депрессивно-ипохондрических и сенесто-ипохондрических приступах выявляется отчетливая конституционально-личностная предрасположенность, что не отмечается при приступах с доминированием синдрома Кандинского-Клерамбо и полиморфных приступах.
3. Появление ипохондрических бредовых идей в структуре психотических приступов в юношеском возрасте является неблагоприятным прогностическим фактором.
4. Назначение персонифицированной психофармакологической терапии и социореабилитационной помощи при приступах юношеского эндогенного приступообразного психоза с ипохондрическими бредовыми идеями должно

проводится с учетом психопатологической структуры приступа и психобиологических особенностей юношеского возраста.

Степень достоверности и апробация результатов исследования Достоверность научных положений и выводов, сформулированных в диссертации, обеспечивается репрезентативностью материала (113 больных), комплексностью методики обследования, включающей клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, нейропсихологический методы, а также их соответствием поставленным задачам. Результаты подтверждены статистическим анализом.

Основные положения диссертации представлены на научной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика А.В. Снежневского в НЦПЗ РАМН (22 мая 2013 г.), на Всероссийской школе молодых ученых в области психического здоровья (Кострома 2014). Апробация диссертации состоялась 25 июня 2014 г. на межотделенческой конференции в ФГБУ «НЦПЗ» РАМН.

Внедрение результатов исследования Результаты данного исследования нашли применение в практической работе филиалов ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева» «Психоневрологический диспансер №1», «Психоневрологический диспансер №24», в амбулаторном отделении интенсивного оказания психиатрической помощи подросткам при ГБУЗ «ПКБ №15» города Москвы.

Публикация результатов исследования Основные результаты исследования изложены в 9 научных публикациях, 3 статьи опубликованы в рецензируемых научных журналах.

Объем и структура диссертации Диссертация изложена на 215 страницах машинописного текста (основной текст 167 страниц, приложение 48 страниц) и состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, списка литературы и приложения. Библиографический указатель содержит 243 наименования (из них отечественных – 146 иностранных – 97). Диссертация иллюстрирована 22 таблицами, 3 рисунками и 4 клиническими наблюдениями.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В процессе проведенного исследования были выявлены общие особенности приступов с ипохондрическим бредом при юношеском эндогенном приступообразном психозе: высокая феноменологическая гетерогенность ипохондрических бредовых расстройств, выраженность депрессивного аффекта, высокая степень участия соматовегетативных расстройств и психогенных провокаций, наличие длительного инициального этапа с высокой представленностью ипохондрической симптоматики небредового уровня. При анализе полученных данных было установлено, что в основе отличий эндогенных приступов лежат

различные механизмы бредообразования. Результатом работы явилось подразделение юношеских психотических приступов с ипохондрическим бредом по механизму бредообразования на два типа: с доминированием интерпретативного бреда (I тип) и со смешанным (интерпретативным и чувственным) механизмом бредообразования (II тип).

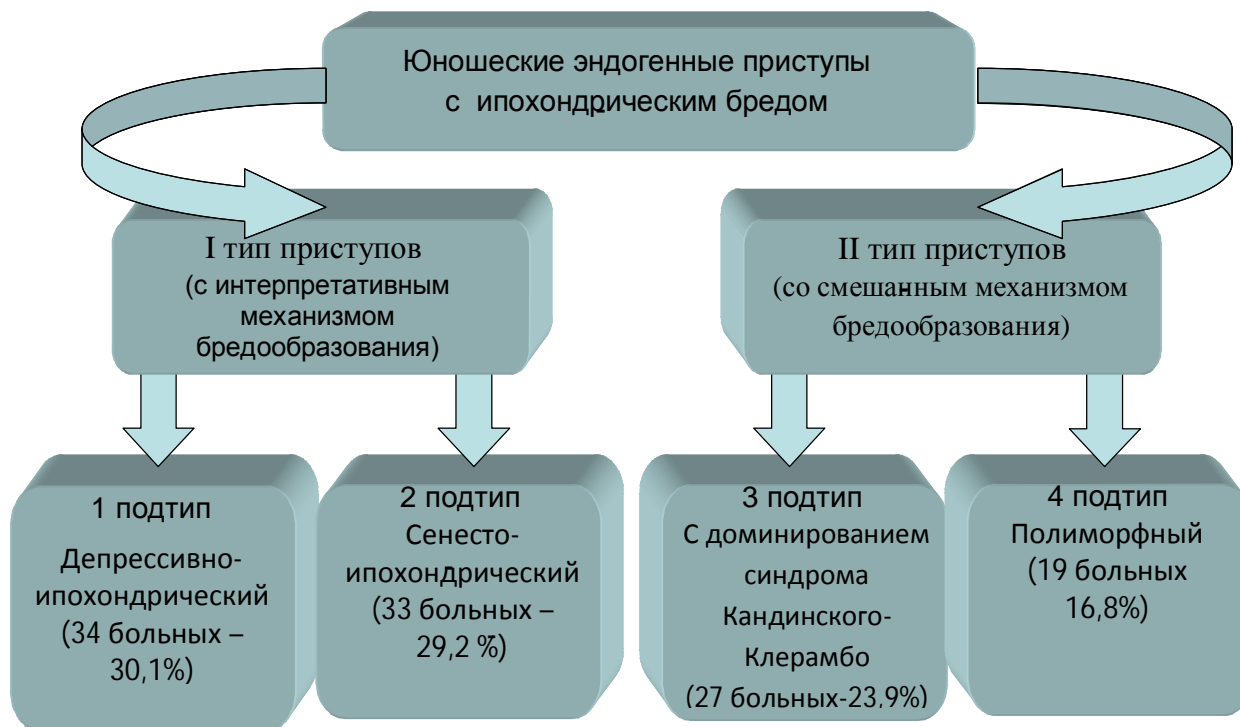


Рисунок 1. Типология приступов

Непосредственно развитию приступов I типа предшествовал этап с депрессивным полюсом аффекта, с ярко выраженным тревожным радикалом, астеническими расстройствами с формированием предбредового настроения [Huber G., 1964]. Ипохондрические расстройства на данном этапе носили сверхценный характер. В дальнейшем происходило формирование бредовых ощущений и бредового представления [Schneider K. L., 1992], когда возникали или усиливались сенесталгии и сенестопатии, спектр проявления которых отличался значительным разнообразием. Наряду с уверенностью в наличии соматической патологии нарастала аффективная напряженность. Ипохондрические идеи характеризовались относительно малой разработанностью. На этапе психотических расстройств ипохондрические идеи получали более детальную идеаторную разработку, происходило формирование монотематического ипохондрического бреда, который получал расширение за счет бредовой ретроспекции. Достаточно высокой была бредовая мотивационная активность: учащались, по сравнению с этапом предбредового настроения, визиты к соматологам, изобретались собственные, часто нелепые, методы лечения. Нередко отмечались явления дереализации и деперсонализации, отличавшиеся значительной вариабельностью, наряду с чем

могла усиливаться интенсивность сенестопатий. На фоне ипохондрических бредовых идей нередко возникали дисморфофобические расстройства как сверхценного, так и бредового уровня. Дезактуализация ипохондрических бредовых идей происходила постепенно – на фоне редукции депрессивного аффекта и сенестопатий.

Приступы I типа подразделились на два подтипа по ведущему признаку, имевшему наибольшее значение для формирования ипохондрической бредовой фабулы: *депрессивно-ипохондрический (1 подтип)*, *сенесто-ипохондрический (2 подтип)*. Приступы 1 подтипа (34 больных: у 21 - ипохондрический бред впервые возник при первом приступе, у 13 - в структуре повторных) отмечались в 30,1 % наблюдений. Развитию данного подтипа приступов предшествовал инициальный этап (от 5 мес. до 3-4 лет) с преобладанием аффективных расстройств депрессивного полюса (73,6%) с соматогенными и экзогенными провокациями. На фоне депрессивных расстройств особую роль приобретали нарастающие явления сомато-вегетативных эквивалентов астении, общее снижение тонуса, что становилось аргументом в пользу предположений о физическом неблагополучии или заболевании. Постепенно формировался депрессивно-ипохондрический симптомокомплекс с ипохондрическими расстройствами сверхценного характера [Дубницкая Э.Б. и др. 2008; Марченко А.М., Корень Е.В., 2010], при этом нередко возникали локализованные сенесталгии, отмечались явления ипохондрической апперцепции [Жмуров В.А., 2008]. В дальнейшем формировался ипохондрический бред с малой идеаторной разработкой с присоединением несистематизированных идей отравления и угрозы жизни. Выход их психоза был постепенным (1,5-2 мес.), обнаруживалась отчетливая тропность редукции депрессивных проявлений и ипохондрических бредовых идей. Однако после выписки из стационара достаточно быстро восстанавливались адекватные социальные и учебные навыки, ремиссия отличалась хорошим качеством.

Приступы 2 подтипа встречались 29,2 % наблюдений (33 больных, у 19 из которых приступы были первыми у 14 - повторными). Наиболее частым вариантом инициального этапа был невротоподобный (57,6%) с формированием обсессивно-фобической симптоматики в виде экстракорпоральной угрозы, мизофобии, навязчивыми опасениями за жизнь близких. При этом наблюдалось формирование сенестопатий, которые отличались широким спектром проявления: от стойких, «элементарных» до вычурных, «истинных» [Эглитис И.Р., 1977]. Больные инициировали тщательные обследования, некоторые из них формировали «особый жизненный уклад». Реализация ипохондрического бреда происходила на фоне усиления интенсивности сенестопатий, иногда доходящих до «сенестопатических

кризов» [Ротштейн Г.А., 1961]. Депрессивный аффект отличался ощущением «фатальности процесса», формированием деперсонализационных расстройств. Бредовая фабула часто получала расширение по типу бредовой ретроспекции. С течением времени формировался феномен диссоциации, когда убежденность в наличии «заболевания» достигала уровня развернутого бредового синдрома, при этом аффективная напряженность уменьшалась, что приводило к прекращению обследований и самолечения [Жалюнене Е.В., 1990]. Выход из приступа характеризовался постепенной дезактуализацией ипохондрического бреда, редукцией сенестопатий и стабилизацией фона настроения.

При реализации ипохондрического бреда по II типу, представленному сочетанием интерпретативного и чувственного бреда мог преобладать либо чувственный, либо интерпретативный компонент, либо отмечалась их равная представленность. У больных с повторными приступами предшествующие приступы имели различную психопатологическую структуру при отсутствии ипохондрического бреда. Ипохондрический бред при данном типе сочетался с другими психопатологическими образованиями, включая кататонические расстройства различной степени выраженности. Продромальный этап, в основном, был представлен аффективными расстройствами с преобладанием гипотимии, настроение чаще всего носило дисфорический оттенок, нередко отмечалась заторможенность. На этом этапе могли возникать стойкие элементарные сенестопатии, ипохондрические идеи сверхценного характера после соматогенных провокаций. К моменту манифестации приступа нарастала выраженность депрессивного аффекта, возникали различные бредовые идеи по механизму острой интерпретации со значительной выраженностью бредовой тревоги, диффузной подозрительности. Ипохондрический бред либо возникал остро, при этом на высоте состояния был тесно связан с параноидной симптоматикой, либо, если на инициальном этапе возникали ипохондрические идеи, носящие сверхценный характер, то они получали бредовую трактовку по мере развития остроты психоза. Выход из приступа происходил постепенно: вначале редуцировался острый чувственный бред, вслед за чем бредовые ипохондрические идеи переходили на свехценный уровень, при этом аффект длительное время оставался неустойчивым, больные были навязчивы с соматическими жалобами.

Приступы II типа также подразделялись на два подтипа: с доминированием синдрома Кандинского-Клерамбо (3 подтип) и полиморфный (4 подтип). Приступы 3 подтипа отмечались в 23,9% наблюдений (27 б-х: 15 б-х с первым и 12 с повторным приступом). Инициальный этап чаще характеризовался психопатоподобной (40,8%) или паранояльной симптоматикой (44,4%). В структуре приступов отмечалось

различное соотношение параноидной симптоматики и ипохондрического бреда, который мог существовать как изолированно от параноидной бредовой фабулы, так и развиваться в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо с реализацией по принципу патологического присвоения [Аккерман В.И., 1936]. В случаях изолированного существования ипохондрического бреда (8 наблюдений) манифестация приступа характеризовалась формированием бредовых идей преследования, воздействия, значения, отношения, с идеаторными автоматизмами и симптомами малой кататонии. На этом этапе дезактуализировалась сенестоипохондрическая симптоматика и происходило её смещение за фасад параноидной фабулы. Однако, в дальнейшем, по мере редукции параноидной симптоматики, усиливались сенесталгии, в результате чего ипохондрические бредовые идеи вновь выступали на первый план, происходила их систематизация, также возникали явления нозофобии. Сенестопатии оставались на уровне «элементарных» на протяжении всего приступа. Выход из психоза был литическим: на фоне постепенной редукции сенестопатий бредовые ипохондрические идеи приобретали характер сверхценных, аффективные расстройства проявлялись субдепрессией с явлениями астенизации.

Если ипохондрический бред возникал в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо (19 наблюдений), то на начальном этапе приступа было типичным появление деперсонализационно-дереализационных расстройств, на фоне которых нарастала диффузная подозрительность, наблюдалось появление бредовых идей воздействия с целью причинения вреда здоровью, отравления, заражения венерическими болезнями. В общей структуре бредовых переживаний ипохондрический бред был неразрывно связан с иной бредовой тематикой. Возникающие на высоте состояния сенестопатии носили характер «сделанных», часто причудливых. Выход из психоза постепенный – с редукции сенестопатий на фоне длительно сохраняющихся резидуальных бредовых идей воздействия, а также ипохондрического содержания.

Приступы 4 подтипа встречались в 16,8% наблюдений (19 больных) и характеризовались присутствием широкого спектра психопатологических компонентов и их динамичностью. У 11 больных данные приступы были первыми, у 8 - повторными. Инициальный этап заболевания не обнаруживал высокую встречаемость сенесто-ипохондрической или дисморфофобической симптоматики. Характерной была высокая представленность негативных расстройств. Инициальный этап был относительно коротким, не превышал 2-3,5 лет. Манифестация происходила критически, нередко после употребления психоактивных веществ, с формированием бредовых идей преследования, воздействия, в дальнейшем

отмечалось присоединение всех видов психических автоматизмов. Обманы восприятия были нестойкими, характеризовались сосуществованием галлюцинаторных расстройств комментирующего и императивного характера. На высоте состояния отмечались кататонические расстройства, в виде ступора с неполным мутизмом, стереотипиями, явлениями восковой гибкости, манерностью, нелепыми поступками. Отмечались бредовые идеи положительного воздействия на окружающих, а также мегаломанические идеи фантастического характера. Доминировал бред воздействия с целью причинения вреда здоровью, что становилось основанием для формирования ипохондрической фабулы. Ипохондрический бред отличался быстрым расширением, всесторонней охваченностью, носил диффузный характер, и тематически переплетался с идеями овладения, преследования. Описываемые телесные сенсации приобретали свойства тактильных галлюцинаций, висцерального галлюциноза. Однако бредовая мотивационная активность была низкой: обследования у соматологов носили эпизодический характер, рекомендации не выполнялись, больные разрабатывали собственные методы лечения, избавления от паразитов. Выход из приступа происходил постепенно, нередко через гипоманиакальное состояние, характеризующееся легковесностью суждений, инфантильно-эгоцентрическими установками, становящимися доминантой поведения, сменяющееся у ряда больных субдепрессией с когнитивными нарушениями, эпизодами немотивированной тревоги, соматическими и астеническими жалобами.

При сравнительном анализе приступов с различными механизмами бредаобразования были выявлены следующие закономерности. Так, при I типе приступов отмечалась тенденция к более ранней манифестации приступа с ипохондрическим бредом. Отмечалось преобладание соматогенных и психогенных провоцирующих факторов над аутохтонными механизмами возникновения приступов ($p < 0,05$). В данных случаях обнаруживалось накопление селективных личностных черт, связанных с реализацией ипохондрического расстройства. Отмечалась высокая встречаемость психастенических и мозаичных личностей, сенситивных шизоидов ($p < 0,05$). Развитию приступа с ипохондрическим бредом в этих случаях предшествовал длительный инициальный этап с высокой представленностью сверхценных ипохондрических расстройств, соматовегетативной патологии, а также депрессивных, дисморфофобических, сенестопатических, когнитивных расстройств. Ипохондрические переживания в большинстве случаев возникали в раннем подростковом возрасте после соматогенной или психогенной провокации. Таким образом, данным больным, начиная с подросткового возраста, в большинстве случаев была характерна

«ипохондрическая настроенность» с готовностью к ипохондрической фиксацией на различных телесных ощущениях. При II-ом типе приступов ипохондрическая бредовая фабула была преимущественно связана с бредом физического воздействия и заражения в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо. Инициальный этап не отличался от аналогичного этапа заболевания у больных юношеского возраста с параноидным и полиморфными приступами по данным проведенных ранее исследований [Бархатова А.Н., 2005; Каледа В.Г., 2008; Голубев С.А., 2010].

Для более детального изучения *нейрокогнитивных характеристик* и обоснования предложенного типологического деления психотических приступов с ипохондрическими бредовыми идеями применялись нейропсихологические методы исследования по схеме А.Р. Лурии, выявившие ряд отличий в патогенезе рассматриваемых состояний*. В результате анализа нейропсихологических параметров, полученных при обследовании больных, были выделены три варианта нейропсихологических симптомокомплексов, характерных для различных психопатологических типов изученных приступов. Неспецифический нейропсихологический мета-синдром с разной степенью выраженности его компонентов наблюдался у всех исследованных больных. Картина нарушений высших психических функций складывалась из «лобного» синдрома, синдрома функционального нарушения верхних уровней подкорковых структур мозга, синдрома нарушения функций задней третичной теменно-затылочной зоны, связанные с дисфункцией фактора пространственного анализа и синтеза. Нейропсихологический синдром нарушений высших тактильных функций в качестве изолированного определял картину нейрокогнитивной дисфункции (без учета мета-синдрома) 63% больных с 1 подтипом и 83% больных со 2 подтипом приступов. Структура нарушений складывалась из многочисленных ошибок в пробах на кинестетический праксис и стереогнозис. Указанные когнитивные расстройства традиционно связываются с дисфункцией нижних отделов вторичных теменных зон правого полушария. Диффузный нейропсихологический симптомокомплекс был типичен для б-х 3 и 4 подтипов. Нейропсихологическая симптоматика была гетерогенной, у каждого из обследованных больных выявлялись регуляторные, операциональные и динамические нарушения всех высших психических функций различной степени выраженности. Таким образом, было установлено, что при наличии относительно неспецифических нейрокогнитивных нарушений, центральным осевым нейропсихологическим симптомокомплексом у изученных

* Исследование проводилось совместно со с.н.с. отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, к.п.н. И.В. Плужниковым

больных является искаженное функционирование тактильной сферы, что открывает перспективы для реабилитационного процесса.

Анализ дальнейшего течения заболевания по данным катамнестического исследования выявил высокую прогрессивность течения эндогенных приступообразных психозов у изученных больных, а также высокую частоту сохранения активности заболевания на прежнем уровне (течение по типу «клише») и переход в хроническое течение. При оценке качества ремиссий отмечался высокий удельный вес ремиссий низкого качества с неврозоподобными (18,2%), психопатоподобными (15,9%) и с резидуальными (18,2%) психотическими расстройствами, в структуре которых сохранялись ипохондрические расстройства свехценного или бредового уровня.

Для обобщенной интегративной оценки исхода заболевания на момент катамнеза были использованы разработанные ранее (Каледа В.Г., 2008) четыре степени тяжести исхода юношеского эндогенного психоза, включающие следующие градации: «*благоприятный*», «*относительно благоприятный*», «*относительно неблагоприятный*», «*неблагоприятный*». "*Благоприятный*" исход – соответствующий современным критериям «выздоровления» (recovery) [Davidson L. et al. 2008; Leucht S., 2014] (коды 71-100 по шкале PSP) встречался у 14,3 % изученных больных. "*Относительно благоприятный*" исход (коды 51-70 по шкале PSP), отмечался у 21,4% больных. В 41, 1% наблюдений отмечался «*относительно неблагоприятный*" исход (коды 31-50 по шкале PSP). "*Неблагоприятный*" исход (коды 1-30 по шкале PSP) наблюдался у 23,2% больных.

В процессе проведенного исследования было установлено, что закономерности течения юношеского эндогенного приступообразного психоза с ипохондрическими бредовыми идеями различались ($p < 0,05$) при каждом из выделенных типов приступов, что позволяет говорить о прогностической и диагностической ценности проведенной типологической дифференциации.

При *I типе приступов* преобладала разновидность течения типа «клише» (30,3%), когда участие ипохондрической бредовой фабулы, радикал депрессивного аффекта в картине психоза от приступа к приступу оставались примерно на одном уровне. На втором месте по частоте встречаемости находилась прогрессивная разновидность течения (27,3 %), где структура последующих приступов усложнялась за счет генерализации сенестопатий, которые принимали более вычурный характер, в ряде случаев отмечался переход от сенестопатий к висцеральным галлюцинациям. Регрессивное течение, при котором повторные приступы упрощались, становясь практически неотличимыми от аффективных фаз, при этом ипохондрическая бредовая симптоматика элиминировалась, носила свехценный характер, либо

присутствовала в качестве опасений, отмечалось в четверти наблюдений. При данном типе приступов преобладал тимопатический вариант ремиссий (39,3 %). Трудовая и социальная адаптация были на относительно высоком уровне: практически половине больных, относящихся к данному типу приступу, удалось получить высшее образование. При 1 подтипе приступов среди разновидностей течения преобладало регрессиентное (44,4 %). Ремиссии в целом были благоприятными, отличались хорошим качеством: удельный вес тимопатической разновидности ремиссий был наибольшим при этом подтипе. Больные показали наилучшую, среди больных, относящихся другим типам приступов, трудовую и социальную адаптацию. Данный подтип приступов оказался единственным, где пациенты продемонстрировали профессиональный рост (22,2%). При 2-м подтипе приступов чаще всего отмечалась прогрессиентная разновидность течения (53,3 %). По варианту формирующихся на катамнез ремиссий достаточно часто (треть наблюдений) отмечался неврозоподобный вариант ремиссии с ипохондрическими опасениями, тематически имевшими связь с ипохондрической бредовой фабулой, формировавшейся во время приступа, выраженными расстройствами обсессивно-фобического спектра. Лишь трети удалось окончить ВУЗ, треть пациентов не работали, 20 % занимались низкоквалифицированным трудом. В этой группе снижение социально-трудовой адаптации пациентов отмечалось приблизительно у 60% пациентов.

При *II типе приступов* наибольшей оказалась удельный вес прогрессиентной разновидности течения (43,6 %). Ремиссии были неблагоприятными: 37,5 % случаев составили ремиссии с резидуальными психотическими расстройствами. Лишь 8,7 % закончили ВУЗ, неквалифицированным трудом занимались 39,1 % пациентов, треть больных не работали вследствие утраты трудоспособности. Высокий процент пациентов демонстрировали трудоспособность на сниженном уровне: 56,5 %, в то время как 39,1 % утратили её. При 3 подтипе приступов среди вариантов течения на катамнез преобладала тенденция к прогрессиентному (61,5 %) и переходу в хроническое (23, 1%) течение заболевания. Качество ремиссий с течением заболевания ухудшалось. Наиболее часто встречался вариант ремиссии с резидуальными психотическими расстройствами (44,5 %). В социально-трудовом плане выявился высокий уровень дезадаптации. Почти 70 % больных не работали, либо занимались низкоквалифицированным трудом. При 4 подтипе приступов среди вариантов течения заболевания на катамнез преобладали приступы по типу «клише» (50 %): сохранялась ипохондрическая тематика бредовых расстройств. По трети наблюдений пришлось на неврозоподобный, психопатопатодный варианты ремиссии, а так же на ремиссии с резидуальными расстройствами. Большинство

пациентов данного подтипа приступов на момент катамнестического обследования имели неоконченное высшее образование, однако никто из них не окончил ВУЗа. Неквалифицированным трудом занимались 40 % пациентов, 30 % не работали вследствие утраты трудоспособности.

При оценке исхода на катамнез в соответствии с интегративными уровнями исхода [Каледа В.Г., 2008] более благоприятный исход ($p < 0,01$) отмечался при I типе приступов по сравнению со II типом (Таблица 1). Так же в процессе проведенного исследования были выделены факторы благоприятного функционального исхода ($p < 0,05$): 1 подтип приступов в юношеском возрасте, относительно недлительный инициальный этап. Неблагоприятные факторы: длительный инициальный этап, ранний возраст начала заболевания, появление ипохондрических бредовых идей в структуре II типа приступов, как при 3, так и при 4 подтипах.

Таблица 1 - Характеристика исходов юношеского эндогенного приступообразного психоза с ипохондрическими бредовыми расстройствами

Типы и подтипы приступов	I тип				II тип				Итого	
	1 подтип		2 подтип		3 подтип		4 подтип			
Уровни исхода	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Благоприятный	8	44,4	0	-	-	-	-	-	8	14,3
Относительно благоприятный	8	44,4	2	13,3	1	7,7	-	-	12	21,4
Относительно неблагоприятный	1	5,6	9	60	7	53,8	6	60	23	41,1
Неблагоприятный	1	5,6	4	26,7	5	38,5	4	40	13	23,2
Всего	18	100	15	100	13	100	10	100	56	100

Учитывая различия в клинико-психопатологической структуре, патокинезе выделенных психопатологических подтипов приступов, нами применялись дифференцированные терапевтические алгоритмы. На этапе купирующей терапии *1 подтипа приступов* применялся нейролептик с мощным инцизивным действием. По мере дезактуализации бреда на первый план выступали аффективные расстройства депрессивного полюса с выраженностью тревожного радикала, что требовало назначения антидепрессантов последнего поколения с седативным эффектом. В качестве поддерживающей терапии использовались атипичный антипсихотик и антидепрессант. В процессе терапии больных *2 подтипа приступов* на этапе купирующей терапии назначались преимущественно атипичные нейролептики (оланзапин, сертиндол), а так же положительный эффект во многих случаях отмечался от парентерального приема галоперидола. Наряду с нейролептиками в схему лечения сразу вводились антидепрессанты (сертралин, флувоксамин). При

тревожных реакциях позитивно себя зарекомендовал антиконвульсант прегабалин (в средних дозах 300 мг/сут). Поддерживающая терапия включала в себя антидепрессант и нейролептик в сниженных до минимальных эффективных дозировках. У пациентов, относящиеся к *3 подтипу приступов*, ипохондрические бредовые расстройства хуже всего поддавались редукции, что в ряде случаев являлось показанием для проведения курса ЭСТ. На этапе купирующей терапии препаратами первого выбора были нейролептики с инцизивным действием. Терапевтический альянс врача и пациента отличался невысоким качеством, что на этапе поддерживающей терапии приводило к необходимости назначения дюранных форм конвенциональных и атипичных антипсихотиков. При терапии *4 подтипа приступов* для купирования остроты состояния типичные антипсихотики комбинировались с атипичными. Маниакальный полюс аффекта, нередко возникающий на высоте состояния, приводил к назначению нормотимиков. В случаях, когда в приступе отмечалась выраженная кататоническая симптоматика нередко проводился курс ЭСТ (7-10 процедур). На этапе поддерживающей терапии до минимальных эффективных снижались дозировки препаратов, применяемых на первом этапе. Если ремиссия отличалась стабильностью, возможным становилось назначение препаратов с воздействием на когнитивную сферу, обладающих психоактивирующим эффектом. К проводимой психофармакотерапии присоединялись различные психотерапевтические и психокоррекционные методики – как индивидуальные, так и групповые. Ввиду психологических особенностей юношеского возраста предпочтительной разновидностью психотерапии является групповая, специально адаптированная для юношеского возраста [Маричева М.А., 2011, 2014], цель которой состояла в восстановлении и развитии жизненных навыков с окружением больного, особенно со сверстниками.

С целью изучения прогностической роли возникших ипохондрических бредовых идей в приступах юношеского эндогенного приступообразного психоза на течение и исход заболевания, полученные в исследовании данные по исходу заболевания на момент катамнеза были сопоставлены с результатами, полученными в исследовании общей когорты больных юношеским эндогенным приступообразным психозом В.Г. Каледы (2010), что позволило ($p < 0,05$) рассматривать появление ипохондрических бредовых идей в структуре психотических состояний в юношеском возрасте в качестве неблагоприятного прогностического фактора.

На момент катамнеза в отношении диагностической оценки изученных б-х был выявлен следующий нозографический диапазон: приступообразно-прогредиентная шизофрения (F20.00, F20.01, F20.02, F20.3 по МКБ-10) – 91,1 % наблюдений, шизоаффективный психоз (F25) – 8,9 %. При нозологической оценке больных

клинической группы ставился диагноз шизоаффективный психоз (24,6 % наблюдений), что значительно выше данных, полученных по результатам исследования катамнестической группы, что позволяет сделать вывод о необходимости более дифференцированного подхода при диагностике состояний с ипохондрическим бредом при юношеском эндогенном приступообразном психозе.

Таким образом, выявленная в настоящем исследовании возрастная специфичность клиники и течения эндогенных приступообразных психозов с ипохондрическими бредовыми идеями в структуре приступов в юношеском возрасте, способствует усовершенствованию его диагностической и прогностической оценки с выработкой соответствующей терапевтической тактики, целесообразному подбору терапии и социореабилитационных мероприятий, направленных на наиболее полную адаптацию больных с учетом психологических и биологических особенностей юношеского возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты диссертационного исследования по теме «Ипохондрический бред в структуре приступов юношеского эндогенного приступообразного психоза» позволили сформулировать следующие выводы:

1. Приступы с ипохондрическим бредом при юношеском эндогенного приступообразном психозе отличаются феноменологической гетерогенностью, полиморфизмом, незавершенностью и фрагментарностью психопатологических симптомов, выраженностью депрессивного аффекта и сенестопатических расстройств, представленных широким спектром проявлений, от стойких «элементарных» до вычурных «истинных», возникающих в большинстве наблюдений задолго до манифестации приступа. Ипохондрические бредовые расстройства демонстрируют различные механизмы бредообразования (интерпретативный и чувственный).

2. При типологической дифференциации изученных приступов наиболее адекватным оказалось их разграничение по механизмам бредообразования ипохондрических бредовых расстройств, на основании различий которых выделены два типа приступов: с формированием ипохондрического бреда по интерпретативному механизму (I тип) и с формированием ипохондрического бреда по смешанному механизму (II тип). При I типе были выделены два подтипа: депрессивно-ипохондрический (1 подтип) и сенесто-ипохондрический (2 подтип). При II типе выделены приступы с доминированием синдрома Кандинского-Клерамбо (3 подтип) и полиморфный (4 подтип).

2.1. При 1 подтипе приступов ипохондрический бред формировался на фоне длительно существующего депрессивного аффекта, характеризовался малой

идеаторной разработкой с присоединением несистематизированных бредовых идей отравления и угрозы жизни. При 2 подтипе ведущим компонентом для бредообразования являлись сенестопатии различной локализации и степени выраженности. Формирование ипохондрических идей бредового уровня происходило на фоне усиления интенсивности сенестопатий, иногда доходящих до «сенестопатических кризов». Бредовая система часто получала расширение по типу бредовой ретроспекции.

2.2. В структуре 3 подтипа приступов соотношение ипохондрического бреда и параноидной симптоматики было различным: ипохондрический бред отмечался как в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо, так и мог существовать изолированно от него. Приступы 4 подтипа отличались присутствием широкого спектра психопатологических компонентов, их динамичностью, частым возникновением кататонических расстройств. Ипохондрический бред отличался быстрым расширением, всесторонней охваченностью, носил диффузный характер, тематически переплетался с идеями овладения, преследования. Телесные сенсации носили характер висцерального галлюциноза.

3. Инициальный этап характеризовался относительно высокой длительностью, с наличием ипохондрической симптоматики небредового уровня, дисморфофобическими и соматовегетативными расстройствами, с высокой степенью участия экзогенных и соматогенных провокаций. Выявлены различия по характеристикам инициального этапа и преморбидной структуры личности в зависимости от типа приступа.

3.1. При приступах I типа отмечалась высокая встречаемость (61,1 %) психастенических личностей и сенситивных шизоидов. Развитию приступа предшествовал длительный инициальный этап с высокой представленностью дисморфофобических, сенестопатических, депрессивных, сверхценных ипохондрических расстройств, а также сомато-вегетативной патологии. В 50,6 % наблюдений приступы развивались после соматогенной провокации.

3.2. При приступах II типа инициальный этап заболевания у данных больных не отличался от аналогичного этапа у больных юношеского возраста с параноидным и полиморфными приступами по данным проведенных ранее исследований. По преморбидным характеристикам преобладали мозаичные и шизоидные личности.

4. Центральным осевым когнитивным нарушением у изученных больных является искаженное функционирование тактильной сферы. Были выделены три варианта нейропсихологических симптомокомплексов: неспецифический мета-синдром, синдром нарушений высших тактильных функций, диффузный симптомокомплекс.

4.1. Неспецифический мета-синдром наблюдался у всех больных, что характеризовалось функциональной недостаточностью третичных и вторичных зон передних отделов больших полушарий, гипоталамо-гипофизарных структур и «заднего ассоциативного комплекса» - зоны перекрытия теменно-височно-затылочных областей.

4.2. Синдром нарушений высших тактильных функций определял картину нейрокогнитивной дисфункции у больных с I типом приступов. Комплексное исследование тактильной сферы показало, что пациенты со 2 подтипом приступов значительно отличаются (в худшую сторону) от больных с другими подтипами приступов по таким параметрам как восприятие текстуры, веса и размера, что, видимо, является важным звеном патогенеза рассматриваемых состояний.

4.3. Диффузный нейropsychологический симптомокомплекс был типичен для больных II типа приступов, включал в себя регуляторные, операциональные и динамические нарушения всех высших психических функций различной степени выраженности, а также дефицит функций подкорковых структур мозга и лобно-височных отделов левого полушария.

5. Возникновение ипохондрических бредовых идей в структуре приступов юношеского эндогенного приступообразного психоза является неблагоприятным прогностическим признаком. По интегративным характеристикам исходов на катамнез преобладал неблагоприятный исход: «относительно неблагоприятный» (41, 1 %) и «неблагоприятный» исход (23,2%). Установлены отличия в зависимости от типа приступа в течении и исходе заболевания.

5.1. Для 1 подтипа приступов были характерны преимущественно одноприступная и регрессионная разновидности течения. Ремиссии отличались хорошим качеством: тимопатические, стеническая и астеническая шизоидизация. Уровень социально-трудовой и семейной адаптации был наилучшим среди выделенных подтипов приступов, у четверти больных отмечался профессиональный рост. По уровню исходов преобладали «благоприятный» (44,4 %) и «относительно благоприятный» (44,4 %).

5.2. При 2 подтипе приступов превалировала прогрессивная разновидность течения и течение по типу «клише». Из вариантов формирующихся на катамнез ремиссий наиболее часто отмечалась невротоподобная, с выраженными расстройствами обсессивно-фобического спектра и ипохондрическими расстройствами сверхценного уровня. Социально-трудовая дезадаптация была относительно высокой, преобладал «относительно неблагоприятный» исход (60 %).

5.3. При 3 подтипе приступов преобладала тенденция к прогрессивному течению заболевания и с переходом в хроническое. Качество ремиссий с течением

заболевания ухудшалось. Наиболее часто встречались ремиссии с резидуальными расстройствами и психопатоподобный вариант. В социально-трудовом плане выявлялся высокий уровень дезадаптации, преобладал неблагоприятный исход.

5.4. Для 4 подтипа приступов характерно течение заболевания по типу «клише» и прогрессивная разновидность течения. Отмечалась равномерная представленность следующих типов ремиссий: неврозоподобные, психопатоподобные, с резидуальными расстройствами. Социально-трудовой статус характеризовался низким уровнем, доминировал неблагоприятный исход.

6. Тактика ведения изученных требует комплексного персонифицированного подхода, учета психобиологического влияния возрастного фактора, привлечения наряду с фармакотерапией психотерапевтических и социо-реабилитационных стратегий, направленных как на эффективное купирование симптоматики острого периода, так и на восстановление социальной и трудовой адаптации, формирование у больного адекватного отношения к заболеванию и выработку установки на необходимость длительного поддерживающего лечения.

Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы:

1. При нозологической оценке приступов юношеского эндогенного приступообразного психоза с ипохондрическим бредом необходимо учитывать особенности механизма бредообразования.
2. При индивидуальном прогнозе следует анализировать условия формирования, особенности инициального этапа, психопатологическую структуру выделенных приступов, отраженные в разработанной типологии.
3. Алгоритмы персонифицированной психофармакотерапии и социореабилитационной помощи, разработанные в данном исследовании для изученных больных, оптимизируют оказываемую им специализированную медицинскую помощь.
4. Результаты проведенного исследования могут использоваться при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, медицинских психологов.
5. Методологические принципы, на базе которых построено исследование, могут применяться для дальнейших научно-практических разработок в данной области.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Попович, У.О. Особенности ипохондрических расстройств бредового уровня в структуре манифестных состояний при эндогенных психозах юношеского возраста / У.О. Попович // Журн. альманах молодой науки. - Оренбург, 2012;. – 3. – С. 73-74.
2. Попович, У.О. Первый психотический приступ у юношей: субъективное отношение к болезни и психотерапевтические стратегии / В.Г. Каледа, М.А.

Маричева, А.Н. Бархатова, У.О. Попович // **Журнал неврологии и психиатрии.** - 2013. - № 10. – С. 23-28.

3. Попович, У.О. Место когнитивно-поведенческой психотерапии в комплексном лечении больных с ипохондрическими бредовыми расстройствами в структуре эндогенных приступов в юношеском возрасте / И.В. Плужников, У.О. Попович // **Психиатрия.** - 2014. - №3. - с.56-57.

4. Попович, У.О. Нейропсихологическая размерность ипохондрического бреда в структуре юношеского эндогенного психоза /И.В. Плужников, У.О. Попович // В сб. **Психиатрия: вчера сегодня, завтра.** - Кострома, 2014. – С. 217-221.

5. Попович, У.О. Особенности приступов эндогенного юношеского психоза с ипохондрическими бредовыми идеями / У.О. Попович // **Журнал неврологии и психиатрии.** - 2014. - №1. – С.20-27.

6. Попович, У.О. Особенности доманифестного этапа и условий манифестации приступов с ипохондрическим бредом в юношеском возрасте / У.О. Попович // **Психиатрия.** - 2014. - №3. - с.58.

7. Попович, У.О. Особенности течения и исхода эндогенных приступообразных психозов с ипохондрическими бредовыми идеями в структуре психотических приступов в юношеском возрасте /У.О. Попович, В.Г. Каледа // **Психиатрия.** – 2014. - № 2. – С.22-31

8. Попович, У.О. Психопатологические особенности приступов с ипохондрическим бредом в юношеском возрасте / У.О. Попович // В сб. **Психиатрия: вчера сегодня, завтра.** - Кострома, 2014. – С. 225-228.

9. Попович, У.О. Эндогенный приступообразный психоз с ипохондрическими бредовыми идеями в структуре психотических приступов в юношеском возрасте - особенности течения и исхода / В.Г. Каледа, У.О. Попович // В сб. **Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?** - Санкт-Петербург, 2014. – С. 96.