

DOI : 10.31363/2313-7053-2019-3-42-47

Клинико-психопатологические особенности ассоциированных навязчивых и деперсонализационных расстройств

Крылов В.И., Бутылин Д.Ю.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

Резюме. Результаты исследования показали наличие определенной синтропии между различными клиническими вариантами навязчивых и деперсонализационных расстройств. Аутопсихическая деперсонализация наиболее характерна для контрастных навязчивостей, тогда как соматопсихическая деперсонализация для навязчивостей повторного контроля. Дерееализация или аллопсихическая деперсонализация чаще наблюдается у больных с навязчивостями экстракорпоральной угрозы. Деперсонализация измененности в равной степени характерна для больных с шизотипическим расстройством и психогенными развитиями личности, тогда как деперсонализация утраты и расщепления наблюдалась только при расстройствах шизофренического спектра.

Ключевые слова: контрастные навязчивости, навязчивости повторного контроля, навязчивости экстракорпоральной угрозы, деперсонализация измененности, утраты, расщепления.

Clinical and psychopathological features associated of obsessive and depersonalization disorders

Krylov V.I., Butylin D.J.

The First Pavlov State Medical University of St. Petersburg

Summary. The results of the study showed the presence of definite syntropia between various clinical variants of obsessive and depersonalization disorders. Autopsychic depersonalization is most characteristic for contrast obsessions, whereas somatopsychic depersonalization is for re-control obsessions. Derealization or allopsychic depersonalization are more often observed in patients with obstructive extracorporeal threats. Depersonalization of change is equally characteristic for patients with schizotypal disorder and psychogenic personality development, whereas depersonalization of loss and splitting were observed only in cases of schizophrenic spectrum disorders.

Key words: contrast obsessions, repeated control obsessions, extracorporeal threat obsessions, depersonalization of changes, loss, splitting.

Процесс самосознания, под которым понимается ощущение принадлежности психических, физических процессов, личностных качеств собственному «Я», является одним из базовых свойств человеческой психики. Нарушение самосознания проявляется в виде болезненного переживания собственной измененности. В классической психопатологии процессы отчуждения психических и физических функций объединены термином деперсонализация.

В зависимости от преобладания деперсонализационных нарушений в какой-либо из сфер психической деятельности говорят об аутопсихическом или соматопсихическом отчуждении. Данные варианты деперсонализационных расстройств довольно часто сочетается с дерееализацией (болезненное переживание нереальности и отчуждения окружающего мира). Ввиду этого ряд авторов объединяют их в единый деперсонализационный синдром, указывая, что нарушение самосознания возникает, как правило, одновременно с дерееализацией [2,15,16]. Дерееализация в таком случае рассматривается как аллопсихическая деперсонализация.

Навязчивые и деперсонализационные расстройства обладают диаметрально противополож-

ными клинико-психопатологическими признаками. Навязчивые нарушения в большинстве случаев обладают четко определенной фабулой. Более того, навязчивым страхам присуща кондициональность — актуализация в определенной ситуации, при действии определенных провоцирующих факторов. Для деперсонализационных нарушений, напротив, в большей степени характерна неопределенность, отсутствие четкой фабулы переживаний.

В то же время в ряде работ, напротив, отмечается наличие общих клинических признаков у навязчивых и деперсонализационных нарушений. Такими признаками являются наличие критического отношения и тенденция к рецидивированию болезненных нарушений. По мнению С.Ю. Циркина, тягостным, мучительным для больных является не сам характер навязчивых переживаний, а их произвольность и неотвязность, то есть невозможность предотвратить их появления и избавиться от них волевым усилием [17]. Представляет интерес точка зрения П. Жане о психологических механизмах, взаимосвязи и взаимообусловленности навязчивых и деперсонализационных нарушений [3]. По мнению автора, развитие навязчивостей у лиц психастенического скла-

да связано с нарушением иерархии психических явлений, потерей «функции реального с чувством неполноты совершающихся психических процессов, которые представляются недостаточными и незаконченными». Потеря функции реальности «влечет за собой появление деперсонализации». При этом «высшие процессы, связанные с функцией реальности, заслоняются низшими — сомнениями, страхами, навязчивыми идеями».

Симптомы деперсонализации часто просматриваются за фасадом навязчивых расстройств. Считается, что присоединение симптоматики деперсонализации к навязчивым нарушениям ухудшает прогноз, способствует развитию резистентности к проводимому лечению.

Известно, что деперсонализация наблюдается у больных с разными формами психических заболеваний и может встречаться как в качестве самостоятельного синдрома, так и входит в структуру других психопатологических расстройств [2, 5, 9].

Деперсонализация достаточно часто встречается при обсессивно-фобических нарушениях. В литературе существуют различные точки зрения, касающиеся сочетания деперсонализационных и обсессивно-фобических нарушений, а также нозологической принадлежности подобных состояний.

До настоящего времени отсутствует единое мнение о нозологической квалификации пограничных состояний с ассоциированной навязчивой и деперсонализационной симптоматикой. Сторонники первой точки зрения считают, что наличие деперсонализационных нарушений в клинической картине болезни пограничных состояний с преобладанием навязчивых расстройств свидетельствует в пользу диагноза шизофрении [1, 11].

При психозах, в частности, при неврозе навязчивых состояний ассоциированная симптоматика ограничивается депрессивными нарушениями, тогда как при шизофрении с навязчивыми расстройствами выявляются ассоциированные деперсонализационные, ипохондрические, персекуторные расстройства [7, 8].

Сторонники противоположной точки зрения допускают возможность деперсонализационных нарушений при затяжном течении психогенных заболеваний с преобладанием навязчивостей. При невротическом развитии личности обсессивный и фобический синдромы имеют более сложную структуру в сравнении с невротическими реакциями и состояниями. В структуру «большого невротического синдрома» наряду с фобиями и обсессиями, снижением настроения и астенией могут входить деперсонализационные нарушения [6, 10].

По мнению Е.М.Торч (1978), существует тесная связь между деперсонализацией и рефлексией, приобретающей навязчивый характер. На основании этого автор предлагает выделение особого варианта нарушений самосознания — интеллектуально-обсессивную деперсонализацию [20].

Деперсонализация достаточно часто наблюдается у пациентов с обсессивно-фобической сим-

птоматикой шизофренической природы [13,14]. Несмотря на то, что клинические проявления деперсонализации при невротических расстройствах могут быть сходными с таковыми в случае шизофрении, многие авторы определяли фактор «последовательности развития симптоматики», как определяющий. У больных с вялотекущей шизофренией навязчивой симптоматике «...часто предшествует острая деперсонализация...» и лишь впоследствии возникают сами навязчивые явления [1,10,11].

Материалом исследования послужили данные 123 пациентов с навязчивостями повторного контроля, контрастными навязчивостями и навязчивостями экстракорпоральной угрозы. В группе исследованных больных 65 мужчин и 58 женщин. Средний возраст обследованных больных составил $27,0 \pm 7,4$ лет.

На проведение исследования получено добровольное информированное согласие пациентов, а также одобрение локального этического комитета ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова.

Основами для диагностики патологического развития личности являлась длительность заболевания более двух лет с саморазвитием и амальгамированием симптоматики, то есть, слиянием невротических нарушений и патохарактерологических проявлений. По Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), данные пациенты квалифицировались в рубрике невротические и связанные со стрессом расстройства (F42.X).

Расстройства шизофренического спектра были представлены вялотекущей шизофренией (F21.X по МКБ-10). Основными критериями диагностики расстройств шизофренического спектра было принято считать наблюдавшиеся в ходе катамнестического наблюдения негативные нарушения эмоционально-волевой сферы, а также элементы трансформации обсессивно-фобических расстройств в галлюцинаторно-параноидную и кататоническую симптоматику.

Основные методы исследования: клинико-психопатологический и клинико-катамнестический метод (срок катамнеза — до 3 лет). Для количественной оценки выраженности нарушений использовалась обсессивно-компульсивная шкала Йеля-Брауна (Yale-Brown obsessive-compulsive scale — Y-BOCS).

Навязчивые расстройства в зависимости от содержания были разделены на три группы. Первую группу (40 больных — 32,5%) составили больные с контрастными навязчивостями. В эту группу вошли пациенты с навязчивыми опасениями возможного совершения и навязчивыми сомнениями в отношении якобы уже совершенных действий агрессивного и криминального характера. Содержание контрастных навязчивостей определялось страхом потери контроля над своими действиями. В эту же группу были включены больные с навязчивостями богохульного и кощунственного содержания.

Во второй группе (35 больных — 28,5%) обсессивно-фобическая симптоматика была представлена навязчивыми опасениями и сомнениями в правильности, завершенности и безопасности действий профессионального и бытового характера — навязчивости повторного контроля.

Наконец, третья группа (48 больных — 39,0%) навязчивых расстройств, связанных с возможностью проникновения в организм болезнетворных патогенных агентов-вирусов, бактерий, гельминтов, телесных выделений (навязчивости заражения и загрязнения) — навязчивости экстракорпоральной угрозы.

Среди обследованных пациентов 34 из 123 (27,6%) обнаруживали ассоциированную деперсонализационную симптоматику (Табл.1).

Как видно из Таблицы 1, у пациентов с навязчивыми нарушениями контрастного содержания преобладали явления аутопсихической деперсонализации. Деперсонализационная симптоматика обнаруживала тесную взаимосвязь с интенсивностью навязчивых переживаний. Пациенты описывали, что по мере усиления навязчивостей нарастало ощущение «общей измененности», «я стал каким-то не таким», «чувствую, что внутри все темно».

При описании своих деперсонализационных переживаний больные, как правило, связывали их содержание с содержанием обсессивно-фобических нарушений. Так пациент с навязчивостями богохульного и кощунственного содержания, говорил о тягостном и мучительном чувстве того, что «благостный свет уходил из души и тела», а при посещении церковной службы, на фоне появления навязчивостей, описывал ощущение «внутренней пустоты». «Я прихожу в храм, а во мне нет прежней радости, я ничего не чувствую». Считал, что навязчивости «отравили ему душу», «испортили его», «изменили и сделали другим человеком навсегда».

Пациенты с контрастными переживаниями сексуального содержания ощущали «негативную трансформацию внутри», говорили, что чувствовали себя «изменившимся», «навсегда испорченными», «другими — порочными». В одном из наблюдений больной рассказывал, что перестал чувствовать «мужское начало внутри». Ввиду этого у него разладились отношения с подругой: «пропали прежние ощущения от секса». Пациент по-

яснял, что испытывал сексуальный интерес к девушке, однако, чувствует себя во время близости с ней словно «робот», «неживой механизм».

Дереализационная симптоматика (аллопсихическая деперсонализация) с явлениями отчуждения воспринимаемого мира наиболее часто наблюдалась в группе пациентов с навязчивостями повторного контроля. Больные испытывали переживания, связанные с ощущением измененности окружающего пространства, причем, в ряде наблюдений данные переживания касались тех объектов, которые имели эмоционально значимый характер и относились к объектам компульсивного поведения.

Так, пациенты испытывали внутренний дискомфорт при «неправильном» расположении различных предметов, при «неверных», «недостаточно выверенных» движениях и действиях. В качестве мер защитного характера такие больные старались придать окружающим вещам положение «должной симметричности», «правильности», «ровности».

На фоне выполнения ритуальных действий пациенты отмечали ощущение того, что объекты, находящиеся на протяжении всего времени исполнения защитных действий в фокусе внимания, «отличаются от всех остальных предметов», становятся «как бы другими», «ярче, чем остальные предметы», цвета и краски оказывались более «полными», окружающее пространство, напротив, становилось «тусклым», «не таким, как раньше». Больные жаловались на то, что «не могла узнать свою комнату», «знала, что комната моя, что все предметы те же, но ощущение, что что-то не так, не проходило».

Один из пациентов, испытывая навязчивые опасения, связанные с возможным повреждением своих коллекционных дисков, рассматривал их, проверял их целостность, отсутствие царапин, соответствие коробки содержимому диска, выравнивал их особым «лестничным» образом (диски располагались в коробке в виде лестницы, когда каждый последующий диск выступал над предыдущим). Во время исполнения защитных действий, больной стал замечать, что диски «выглядят иначе». На фоне остальных предметов комнаты «диски словно запятнанные и грязные». Понимая, что ни следов грязи, ни иных внешних изменений на них нет, пациент, тем не менее, не

Таблица 1. Варианты деперсонализационных расстройств с учетом синдромальной принадлежности состояния

	Контрастные навязчивости	Навязчивости экстракорпоральной угрозы	Навязчивости повторного контроля
Аутопсихическая деперсонализация	11 (91,7%)*	1 (8,4%)	2 (20,0%)
Аллопсихическая деперсонализация	1 (8,3%)	1 (8,3%)	8 (80,0%)*
Соматопсихическая деперсонализация	-	10(8,3%)*	-

* $p \leq 0,05$

мог отделаться от чувства «блеклости, приглушенности, серости» дисков по сравнению с другими объектами окружающего мира.

Как правило, пациенты отмечали, что выраженность тревожного аффекта при выполнении защитных мероприятий коррелировала с выраженностью дереализационных нарушений. Степень «измененности» объектов ритуального поведения («яркость» либо «приглушенность») нарастала по мере усиления интенсивности обсессивно-фобических нарушений, длительности ритуала, невозможности завершить проверочное-перепроверочное действие. В ряде случаев на фоне многочасовых изнурительных ритуальных действий пациенты сообщали о тягостном чувстве того, что «все вокруг начинало меняться», «мир, словно, сфотографировали и показывают мне снимок», «звуки стали тусклыми и безжизненными».

При навязчивостях экстракорпоральной угрозы наиболее характерным вариантом деперсонализационных расстройств являлась соматопсихическая деперсонализация с чувствами измененности, утраты, отчуждения или потери единства своего тела («телесного «Я»). В таком случае собственное тело, либо какие-то его части воспринимались пациентом как посторонние и чуждые. Также для данной группы больных оказались характерны явления соматопсихической деперсонализации с переживанием отчуждения таких физиологических процессов, как прием пищи, акты дефекации и мочеиспускания.

Наиболее частыми вариантами отчуждения соматических ощущений собственного тела были деперсонализационные ощущения, возникающие при выполнении защитных действий очищающего характера, как правило, длительное ритуальное мытье рук. Такие больные говорили о том, что «ладони становятся чужими, как бы не моими», «тактильные ощущения на коже не такие, измененные», «движения во время мытья рук изменяются, становятся не такими, как обычно, в них что-то другое».

Защитное поведение больных было прямо связано с характером и интенсивностью телесных ощущений. Выполнение действий по очищению кожных покровов продолжалось до появления особого ощущения «чистоты», «очищения». Основанием для возобновления защитных дей-

ствий, напротив, являлось ощущение «засаленности», «загрязненности» кожи.

В других случаях завершение защитных действий оказывалось возможным только при появлении особого чувства «завершенности», «законченности» выполняемого действия. Прерывание выполняемых действий до появления чувства их полной завершенности вызывало нарастание эмоционального напряжения. В современной англоязычной литературе данный психопатологический феномен, наблюдаемый у больных с навязчивостями, обозначается термином «just right» [19]. С учетом неопределенного характера ощущений, трудности вербализации, субъективной тягостности переживания незавершенности выполняемого действия феномен «just right» рассматривается нами в качестве особого варианта соматопсихической деперсонализации [5].

При нозологической квалификации состояния было установлено, что деперсонализационные нарушения были в равной степени характерны для больных с патологическим развитием личности (16 пациентов из 34—47,1%) и расстройствами шизофренического спектра (18 пациентов из 34—52,9%). Однако при феноменологической характеристике были выявлены достоверно значимые различия (Табл.2).

Из представленной таблицы видно, что доминирующими переживаниями в обеих группах пациентов были деперсонализационные нарушения с ощущениями «болезненной измененности» собственного «я» в совокупности с наличием «чуждости во всем окружающем мире». В группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра, в отличие от пациентов с патологическим развитием личности, достоверно чаще наблюдались деперсонализационные расстройства с «утратой чувств». Деперсонализация с ощущениями раздвоенности своего «Я» («переживанием нарушения целостности и единства Я») наблюдалась только в группе с расстройствами шизофренического спектра.

Только в группе больных с расстройствами шизофренического спектра (в 7 -33,8% случаев) наблюдались пациенты с одновременным наличием аутопсихической, соматопсихической и аллопсихической деперсонализации. В случае патологического развития личности переживания неестественности собственных психических и физиче-

Таблица 2. Варианты деперсонализационных расстройств с учетом нозологической принадлежности состояния

	Расстройства шизофренического спектра	Патологическое развитие личности	Всего (n=34)
Деперсонализация измененности	9 (50,0%)	14 (87,5%)*	25
Деперсонализация утраты	6 (33,3%)*	2 (12,5%)	8
Деперсонализация расщепления	3 (16,7%)	-	3

*p<0,05

ских процессов субъективно переживались пациентами, как более тягостные, мучительные. При расстройствах шизофренического спектра наблюдалось постепенное снижение интенсивности переживания болезненной измененности, вплоть до равнодушного к нему отношения.

Е. Блейлер описывал так называемые «отрицательные галлюцинации памяти», сопровождающиеся «галлюциаторной назойливостью», при которых совершенное действие, происшедшее событие или некий жизненный факт, воспринимались пациентом лишь как несовершенное намерение, нереализованное желание, т.е. то, чего в реальности не произошло [20]. А.В. Снежневский в группе мнестических расстройств описывал парамнезии, одним из вариантов которых были нарушения памяти, связанное с реальным, имевшим место в действительности, событием, которое в воспоминаниях «воспроизводится как не бывшее на самом деле» [15]. Явления «отчуждения пережитого» автор называл «отчужденным воспоминанием». Само по себе воспоминание в таком случае воспринимается феноменом, утратившим связь с другими сферами психической деятельности и относящимся к спектру деперсонализационных нарушений.

В наших наблюдениях нарушения памяти, связанные с отчуждением реально имевших место событий, были ассоциированы с обсессивно-фобическими нарушениями по типу навязчивых воспоминаний и навязчивых сомнений. Такого рода симптоматика наблюдалась только у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (у 3 из 18 — 16,7%).

Пациенты испытывали чувство тревоги, внутреннего напряжения, пытаясь «вспомнить», «припомнить» нечто и не могли понять, «что же именно». Описанные навязчивые воспоминания сопровождались болезненным чувством «измененности памяти»: «я стал запоминать и помнить по-другому», «моя психика работает не так». В таких случаях пациенты вовлекались в длительный многочасовой процесс «поиска», не могли понять, что же именно они «забыли».

Анализ данных обследования показал, что пациенты, клиническая картина которых осложнялась наличием деперсонализационной симптоматикой, имели достоверно более тяжелые показатели по шкале Y-BOCS ($p \leq 0,05$).

Таким образом, результаты исследования показали наличие определенной синтропии между различными клиническими вариантами навязчивых и деперсонализационных расстройств. Вне зависимости от нозологической принадлежности состояния аутопсихическая деперсонализация чаще наблюдалась у больных с контрастными навязчивостями, тогда как соматопсихическая деперсонализация у больных с навязчивостями повторного контроля. Дерезализация или аллопсихическая деперсонализация была характерна для больных с навязчивостями экстракорпоральной угрозы.

Деперсонализация измененности отмечалась как при шизотипическом расстройстве, так и при психогенных расстройствах личности. Деперсонализация утраты и расщепления (нарушение целостности и единства «я») наблюдалась только у больных с шизотипическим расстройством.

Литература

1	Асатиани Н.М. Некоторые особенности клиники и патогенеза невроза навязчивостей и психастении. — Л.: Медицина. — 1967. — С.36-58.	Asatiani N.M. Some features of the clinic and the pathogenesis of obsessional neurosis and psychasthenia. L.: Meditsina; 1967: 36-58. (In Rus.).
2	Дьяконов А.Л. Еще раз о деперсонализации. — Ярославль. — 2017. — 164с.	D'yakonov A.L. Once again about depersonalization. Yaroslavl; 2017: 164. (In Rus.).
3	Жане П. Неврозы / пер. с фр. — М. — 1911. — 315с.	Janet P. Neurosis. Per. s fr. M.; 1911: 315. (In Rus.).
4	Карвасарский Б.Д. Неврозы. — М. — 1990. — 576с.	Karvasarskii B.D. Neurosis. M.; 1990: 576. (In Rus.).
5	Крылов В.И. Навязчивые состояния: тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства. — Ростов-на-Дону.: Профпрес. — 2016. — 300с.	Krylov V.I. Obsessive states: anxiety-phobic and obsessive-compulsive disorders. Rostov-on-Don: Proppress; 2016: 300. (In Rus.).
6	Лакосина Н.Д. Неврозы, невротическое развитие личности. — М.: Медицина. — 1994. — 192с.	Lakosina N.D. Neurosis, neurotic personality development. M.: Meditsina; 19 94:192. (In Rus.).
7	Личко А.Е. Подростковая психиатрия. — Л. — 1985. — С.184-193.	Lichko A.E. Pathocharacterological reactions. L.; 1985: 184-193. (In Rus.).
8	Личко А.Е. Шизофрения у подростков. — Л.: Медицина. — 1989. — 214с.	Lichko A.E. Schizophrenia in adolescents. L.: Meditsina; 1989: 214. (In Rus.).
9	Меграбян А.А. Деперсонализация. — Ереван. — 1962. — 355с.	Megrabyan A.A. Depersonalization. Yerevan; 1962: 355. (In Rus.).

10	Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврозо-логия и психосоматическая медицина. — М.: МЕДпресс-информ. — 2002. — 608с.	Mendelevich V.D., Solovyova S.L. Neurosisology and psychosomatic medicine. M.: MEDpress-inform; 2002: 608. (In Rus.).
11	Морозов Г.В., Шумский Г.В. Введение в клиническую психиатрию. — Н.Новгород: НГМА. — 1998. — 426с.	Morozov G.V., Shumsky G.V. Introduction to clinical psychiatry. N.Novgorod: NGMA; 1998: 426. (In Rus.).
12	Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. — Л.: Медицина. — 1981. — 207с.	Nuller Yu.L. Depression and depersonalization. L.: Meditsina, 1981: 207. (In Rus.).
13	Смулевич А.Б. Малопрогредуентная шизофрения и пограничные состояния. — М.: Медицина. — 1987. — 236с.	Smulevich A.B. Lowprogreduated schizophrenia and borderline states. M.: Meditsina, 1987: 236. (In Rus.).
14	Смулевич А.Б. Тревога и обсессии. — М. — 1998. — С.158-190.	Smulevich A.B. Anxiety and obsessions. M, 1998:158-190. (In Rus.).
15	Снежневский А.В. Общая психопатология (курс лекций). — Валдай. — 1970. — 190с.	Snezhnevsky A.V. General psychopathology (course of lectures). Valdai. — 1970:190. (In Rus.).
16	Тиганов А.С. Общая психопатология. Курс лекций. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2008. — 128 с.	Tiganov A.S. General psychopathology. Course of lectures. M.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo. 2008:128. (In Rus.).
17	Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. — М.: БИНОМ. — 2012. — 287с.	Cirkin S.Yu. Analytical psychopathology. M.: BINOM, 2012: 287. (In Rus.).
18	Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Scizophrenien // Handbuch der Psychiatrie Hrsg Aschaffenburg G. — 1911. — № 4. — P.1.	Bleuler E. Dementia praecox or group of schizophrenia. Handbook of Psychiatry Hrsg Aschaffenburg G. 1911; 4:1.
19	Leckman J.F., Walker D.E., Goodman W.K., Pauls D.L., Cohen D.J. «Just right» perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome // Am J Psychiatry. — 1994. — №151. — P.675-680. DOI: 10.1176/ajp.151.5.675	Leckman J.F., Walker D.E., Goodman W.K., Pauls D.L., Cohen D.J. «Just right» perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. Am J Psychiatry. 1994; 151:675-680. DOI: 10.1176/ajp.151.5.675
20	Torch E.M. The psychotherapeutic treatment of depersonalization disorder // Hillside J. Clin. Psychiatry. — 1987. — №2. — P.133-151. DOI: 10.1007/bf01070099	Torch E.M. The psychotherapeutic treatment of depersonalization disorder. Hillside J. Clin. Psychiatry. 1987; 2:133-151. DOI: 10.1007/bf01070099

Сведения об авторах

Крылов Владимир Иванович — д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. E-mail: krylov2056@yandex.ru

Бутылин Даниил Юрьевич — к.м.н. ассистент кафедры психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. E-mail: butylindaniil@gmail.com