

К вопросу о бредообразовании при патологическом влечении

МИХАЙЛОВ М.А. к.м.н., зам. директора по науке Московского научно-практического центра наркологии Департамента здравоохранения г.Москвы; e-mail: mick956@gmail.com

Патологическое влечение к наркотику рассматривается с позиции структурно-динамического подхода в терминах традиционной психопатологии. Показано, что патологическое влечение в своем развитии может доходить до бредового уровня поражения психики, что приводит больных к нелепым поступкам и полной социально-психической дезадаптации. Внимание концентрируется на психопатологических феноменах в сфере общего чувства и аффекта, предшествующих кристаллизации бреда. Описываются: про-топатическое изменение поля сознания К. Конрада; гомо- и гетерономные сенестопатии, эндосоматические галлюцинации; специфические деперсонализационные феномены; бредовое настроение; микрокататонические симптомы. Делается заключение, что патологическое основание бреда, по А.В. Снежневскому, должно служить опорным признаком для квалификации бреда при патологическом влечении.

Ключевые слова: патологическое влечение к психоактивным веществам, бредообразование, психопатологическая основа бреда

Введение

Осевым синдромом всех заболеваний зависимости, по существу определяющим суть данного класса заболеваний, является синдром патологического влечения (ПВ) к психоактивным веществам (ПАВ). Он представлен интенсивным стремлением к употреблению ПАВ, которое, вопреки здравому смыслу и логике, охватывает всю сознательную и бессознательную деятельность индивидуума и нередко продолжается, несмотря на опасность для жизни, отчётливый ущерб его социальным функциям и здоровью. Взгляды на патологическое влечение представителей различных научных школ и отдельных исследователей сильно различаются и колеблются в широком диапазоне понимания этого явления от патологии мотиваций или потребностей до нейрофизиологического дисбаланса в определённых зонах мозга [5, 11, 25, 27, 36, 45]. Большинство ведущих российских наркологов ПВ рассматривается в качестве «сверхценного образования», «паранойяльного расстройства» [1, 2], «обсессивно-компульсивного расстройства» [24], «сверхценной структуры доминантного типа» [14], «сверхценной синдромальной структуры» [32]. В.Б. Альтшулер при описании клинических признаков этого феномена акцентировал внимание на том, что «суждения больных в пользу потребления ПАВ являются ошибочными, не поддаются коррекции, возникают на болезненной основе, систематизируются, монотематичны, эмоционально заряжены и определяют поведение больного», т.е. по сути описывал все известные характеристики бреда [2]. Л.Н. Благов прямо квалифицировал расстройства мышления при патологическом влечении как паранойяльный бред [9]. Мы рассматриваем син-

дром ПВ с точки зрения теории единого психоза [28, 29, 33]. Такой подход позволяет обнаружить общность многих базисных патологических механизмов в случае даже таких далеко отстоящих одна от другой нозологий, как заболевания зависимости и периодические психические расстройства [16, 44]. Наши наблюдения показывают, что в предельном случае ПВ в своем развитии действительно доходит до бредового уровня поражения психики, что приводит больных к нелепым поступкам и полной социально-психической дезадаптации. Это проявляется не только в его психопатологической структуре, но и в динамике развития психопатологических расстройств. Было показано, что бредовые проявления возникают на фоне и как следствие дезорганизации структуры сознания. В своем развитии идеаторные расстройства патологического влечения проходят через три последовательных этапа:

- 1-й этап характеризуется качественным сдвигом в мировосприятии на фоне эмоциональной депривации;
- на 2-м этапе происходит «метафизический сдвиг» сознания;
- на 3-м этапе появляются бредоподобные фантазии, или «бред воображения» Дюпре.

Бредообразование при ПВ имеет особенность: оно фактически монотематично и касается свойств ПАВ, способов его употребления или представлений об ощущениях после его введения [18].

Целью настоящего исследования стало структурно-динамическое изучение бредообразования при патологическом влечении к психоактивному веществу в понятиях традиционной психопатологии.

Пациенты и методы исследования

Обследовались 215 женщин, проходивших стационарное лечение в МНПЦ наркологии ДЗ г.Москвы в 2008—2010 гг. Средний возраст исследуемых — 26,6 года. Из всех больных 169 чел. (67%) — пациентки, страдающие опийной наркоманией (они использовали героин, метадон, буторфанол, золдиар, терпинкод); 13 чел. (6%) злоупотребляли психостимуляторами — кокаином, «первитином», метамфетамином; 11 больным (5%), использовавшим коаксил, ставился диагноз *токскомания*; 22 больные (10,2%) страдали *полинаркоманией* — употребляли каннабиноиды в сочетании с вышеперечисленными наркотиками. Все они употребляли анашу как «базовый» наркотик или викарно при невозможности достать препараты других групп.

Основным методом, используемым в работе, был клинико-психопатологический метод с уделением особого внимания структурно-динамическому анализу.

Результаты исследования и их обсуждение

Попытки провести параллели между патологическим влечением и бредовыми идеями сталкиваются с существующими до настоящего времени серьёзными теоретическими трудностями в понимании сущности бреда в психиатрии. Многие авторы традиционно рассматривали бред как преимущественные расстройства мышления [10, 13, 15, 38]. Другие исследователи указывали на сопутствующие нарушения сознания, прежде всего, в острых бредовых психозах. К. Ясперс [39] считал, что бред проявляется в патологически искажённых суждениях, но отмечал неустойчивость сознания личности в острых, богатых переживаниями бредовых психозах. А. Эй, например, говорил о сложной структуре бреда, представляющей в аспекте негативном дезорганизацию структуры сознания [37]. Т.Ф. Пападопулос [26] трактовал чувственный бред при остром приступе периодической шизофрении на всех этапах его развития как последовательные стадии расстройства сознания, выражающиеся в различной степени бредовой деперсонализации и дереализации и заканчивающиеся онейроидным помрачением сознания в его кульминации.

Хотя бред является центральной проблемой психопатологии, до настоящего времени не существует даже общепризнанного определения этого понятия. Первоначально в трактовках бреда упор делался на неадекватности бредовых представлений и невозможности их коррекции [34]. Позже у психиатров возникло понимание того, что к этому должны быть добавлены дополнительные признаки: А.В. Снежневский, ссылаясь на Н.В. Груле, вначале определял бред как «некоррегируемое установление связей и отношений между явлениями, событиями, людьми без

реальных оснований» и затем дополнил его описанием важнейших критериев: силой неопровержимой истины с невозможностью коррекции, непосредственным отношением к самим носителям бреда, патологическим основанием для его возникновения [30].

А.К. Ануфриев считал, что во многом понимание сущности бреда зависит от понимания структуры предшествующей ему психопатологической и патопсихологической основы. Он писал: «Было бы важно выяснить, как на деперсонализационно-дереализационном фоне, сопровождающемся дистимией, происходит видоизменение отражения собственного «Я» и окружающего в качестве инициального звена бредообразования» [4]. В связи с этим, критерий «патологического основания», введённый А.В. Снежневским, имеет исключительную важность.

По мнению А.К. Ануфриева, возникновение бреда представляет собой модель возникновения совершенно иной идеи мировоззрения у индивида, вследствие какого-то патобиологического процесса, далеко не ясного в своем качественном отношении и чётко отличного от нормального биологического. В специальной работе, посвящённой механизмам бредообразования [4], А.К. Ануфриев показал, что основная подводная часть «бредового айсберга» располагается в предшествующих кристаллизации бреда патологических изменениях в сфере общего чувства и аффекта, которые отражают мощные биохимические и нейрофизиологические сдвиги, лежащие в основе бредообразования.

Особенно важным изучение этих предшествующих кристаллизации бреда этапов бредообразования представляется в случае пограничной патологии, такой, как заболевания зависимости, потому что классические психопатологические симптомы и синдромы в этой пограничной области порой внешне видоизменяются до неузнаваемости, сохраняя, однако, неизменную внутреннюю структуру. Какие же опорные элементы психопатологической структуры бреда мы обнаруживаем при ПВ?

При ПВ нами было описано изменение поля сознания в сторону интроверсии, смещение «поля сознания», по Гиро [18], что в значительной степени соответствует протопатическому изменению поля сознания К. Конрада [35], которое служит одной из важнейших предпосылок бредообразования. Больные замыкаются, уходят в себя, перестают воспринимать внешние стимулы, мучительно пытаются найти выход из кажущейся им «безвыходной ситуации», испытывают мучительную борьбу между нарастающим влечением к наркотику, воспринимаемым как эгоистическое, недостойное и позорное, и декларируемым стремлением к воздержанию, пытаются внутри себя примирить возможность «уколоться в последний раз»

и сохранить перед самим собой «лицо». При этом происходит дезорганизация мыслительного процесса: «мысли путаются, в голове каша», становится «физически невозможно» мыслить последовательно и рационально.

Выделенные В.А. Гиляровским [12] предшествующие бредообразованию «неприятные соматические ощущения, обусловленные самим болезненным процессом», обязательно присутствуют при ПВ. В нашем материале эти расстройства общего чувства проявляются в ощущении того, что внезапно «пропадает мышечный тонус», возникает «как бы мгновенная слабость во всем теле», «то ли озноб, то ли какая-то липкость в теле», все больные соглашались с формулировкой «что-то внутри изменилось», они упоминают о том, что с их телесными ощущениями, безусловно, происходит что-то необычное: «то с венами что-то происходит, то с кожей, а иногда просто изнутри что-то непонятное». Во всем теле начинается зуд, он в разных местах то появляется, то исчезает. ... одежда мешает, трёт, раздражает, появляется гудение во всей спине и в голенях, очень противно, икры то напрягаются, то стягиваются, «физически горят, вылезают наружу вены», «вены требуют — хочу уколоться!». По мере нарастания симптоматики возникают и более вычурные ощущения «внутреннего зуда и наэлектризованности в ногах», «пронизывания мышц или костей энергией или электричеством», «искрения в костях», «высверливания в голове и суставах», «ощущение шероховатости суставных поверхностей» или «жидкости внутри головы», «отделения кожи от тела», «щекотания в позвоночнике или кишечнике», «пульсация, пощипывание и распирание» в области гениталий, необычные труднопередаваемые телесные ощущения «как бы сжатия или перекручивания», «щекотания внутри желудка» или головы, которые относятся к гомо- и гетерономным сенестопатиям, а также висцеральным галлюцинациям.

Указанное А.К. Ануфриевым видоизменение отражения собственного «Я» и окружающего, происходящего на деперсонализационно-дереализационном фоне и сопровождающемся дистимией, безусловно, имеет место при ПВ. Больные, включённые в исследование, на высоте влечения эмоционально лабильны, легко начинают плакать по любому поводу, — «не знаю, что со мной происходит, плачу и все», — повышено ранимы и обидчивы, раздражительны, становятся «как комочек нервов», «будто без кожи». Личности с эпилептоидными чертами характера проявляют сварливость, конфликтность, придирчивость, вступают в ссоры с соседями по палате и персоналом. «Раздражает все: телевизор, собственный макияж, одни и те же разговоры в курилке». Многие (об этом сообщали 94% обследованных, т.е. 202 пациентки)

начинают испытывать необъяснимое беспокойство, появляется неусидчивость, немотивированная «внутренняя тревога», необъяснимые предчувствия. Они не находят себе места, назойливо требуют разрешения срочно позвонить по телефону родным или знакомым, «неожиданно вспоминают» что-то, якобы очень важное и т.п. Наблюдаются проявления сомато-ауто- и аллопсихической деперсонализации. Аффективная составляющая ПВ, пройдя через несколько этапов, достигает своей кульминации. На пике влечения она представлена разлитой тревогой с дополняющими её тоскливыми, апатическими и дисфорическими включениями. В некоторых случаях аффект настолько лабилен, что определить его характерные черты не представляется возможным, однако тревога присутствует в структуре аффекта обязательно.

Бредовое настроение, предшествующее бредообразованию, представлено у наших больных в виде нарастающего, часто непонятного и крайне мучительного беспокойства, ощущения своей внутренней изменённости, «бессмысленной тревоги», «плохих предчувствий». Внешний мир в такие моменты особым образом меняется, что нередко приводит больных в некоторую растерянность. Хотя многие больные многократно проходили через подобные переживания, каждый раз они оказываются в этом состоянии «как будто в первый раз», совершенно не понимая и не прогнозируя её дальнейшего развития. Наиболее неприятными переживания становятся непосредственно перед моментом «кристаллизации бреда», в такие мгновения «время останавливается» и наступает, по образному выражению одной из наших пациенток, «одно сплошное мученье».

Очень важным симптомом, который обнаруживается на пике влечения, является микрокататония в виде изменения тембра голоса, застывшего взгляда, несовпадения мимики верхней и нижней части лица, гримас и шмыгания носом, тугоподвижности шейных мышц и мышц плечевого пояса, аспонтанности. Появление кататонической симптоматики указывает на включение в психопатологический процесс серьёзных психотических механизмов и активное включение в него идеаторной сферы. Несмотря на то, что кататония представляет собой изменения моторики, она теснейшим образом связана и с идеаторной сферой. К. Клейст называл шизофренический психоз «высшей формой гиперкинеза с большим психическим содержанием» [40]. Стоит также иметь в виду, что физиологическим субстратом такой связи является стриопаллидарная система. Она одновременно отвечает за произвольную моторику и является частью высшего регуляторно-координирующего центра поведения [8, 22].

Наконец, сам момент бредообразования в виде осознания влечения фактически является «калькой» бредообразования при эндогенных психозах, хотя это, конечно, не подразумевает знака равенства между заболеваниями зависимости и эндогенными заболеваниями. Чаще всего отчётливое понимание непреодолимой потребности в наркотике приходит внезапно по типу «мгновенного понимания» или «озарения» и представляет собой совершенно неразрушимую психопатологическую конструкцию. Ни о какой критике в этот момент не может идти и речи — влечение к наркотику поглощает все смыслообразующие, телесные и аффективные возможности психики. Здесь мы имеем дело с моментом патологического смыслообразования, т.е. происходящим в альтернативном состоянии сознания мгновенным программированием нового, глубоко патологичного по своей сути смысла при слиянии аффективного, телесного и идеаторного компонентов влечения [19]. После этого у больных обычно появляется чувство некоторого облегчения, кратковременное разрешение внутреннего напряжения. Подобные катастрофические изменения в идеаторной сфере можно квалифицировать как кристаллизацию бреда, по М.И. Балинскому, или бредовое озарение, по К. Шнайдеру [7, 43]. Момент осознания влечения является точкой бифуркации процесса, после чего часть пациентов обращается к врачу за помощью, у других активизируются поведенческие паттерны, направленные к неминуемой наркотизации. Всё поведение больных с этого момента можно квалифицировать как бредовое: они изобретательно врут, находят «железные» аргументы для досрочной выписки, совершают сложные поведенческие комбинации для совершения побега и т.п. При этом их идеаторные построения становятся алогичными, паралогичными или просто нелепыми. Нарушается понимание контекста ситуации, своего положения и состояния. Полностью исчезает критика. Мы наблюдали случаи, когда больные в таком состоянии для того, чтобы немедленно выйти из клиники, говорили о смерти ближайших родственников (маленькой дочери, матери).

Заключение

Поскольку интоксикация клинически идентична эндоформному психозу [16], а патологическое влечение фактически является его пусковым механизмом, можно рассматривать данное явление как продром психотического эпизода. Если добавить к этому естественно следующую за интоксикацией абстиненцию с её астено-депрессивной симптоматикой, образуется замкнутый «наркоманический цикл» [17, 42], в котором отчётливо прослеживаются все патокинетические закономерности эндогенных заболеваний. С позиции

теории единого психоза это позволяет чётко определить место и роль патологического влечения в формировании и течении болезней зависимости — патологическое влечение в большей степени принадлежит психозу, чем постпсихотической депрессии (хотя развивается оно именно на фоне этой депрессии), т.е. это не составная часть депрессии, это уже составная часть психоза, в который естественным образом входит и бредовая симптоматика влечения.

При этом процесс актуализации острого ПВ имеет строго очерченный динамический стереотип своего развития, в конечном счёте приводящий к бредовой трансформации психики и совпадающий с патокинезом периодических психических расстройств [21].

Сочетание всех приведённых выше доводов указывает на безусловное наличие психопатологической основы бредовых расстройств, возникающих на пике острого ПВ к ПАВ. Именно психопатологическая основа бреда в случае ПВ, по нашему мнению, должна служить опорным признаком для его квалификации в противовес таким бредовым характеристикам, как неадекватные и некорректируемые патологически искажённые суждения. Нелепость бредовой фабулы, некорректируемость или некритичность пациента, безусловно, остаются важнейшими характеристиками бреда, однако, по своей сути, эти характеристики очень субъективны и зависят от культуры, исторических и мировоззренческих традиций, сложившихся в обществе представлений, индивидуальной позиции исследователя. В современном мире, где катастрофически меняются точки отсчёта и иерархия ценностей, опора в квалификации бреда на нелепость, неадекватность или несоответствие принятым социальным критериям уже не может служить надёжным ориентиром [20, 31]. В этих условиях патологическое основание бреда, по А.В. Снежневскому, которое отражает каузальные биологические механизмы влечения и является клинической реальностью, должно рассматриваться как своеобразный симптом «первого ранга», позволяющий максимально объективно квалифицировать психопатологические расстройства, входящие в структуру патологического влечения.

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Патологическое влечение к алкоголю. — М.: Медицина, 1994. — 216 с.
2. Альтшулер В.Б. // Национальное руководство по наркологии. — М., 2008. — 720 с.
3. Ануфриев А.К. Приступообразная шизофрения: Дисс. на соискание учёной степени д.м.н. — М., 1969. — С. 367.
4. Ануфриев А.К. О психопатологии начальных проявлений бредообразования // Независимый психиатрический журнал. — 1992. — 1—2. — С. 14—24.
5. Асмолов А.Г. Деятельность и установка. — М., 1979.
6. Аствацатуров М.И. Избранные работы. — Л., 1939.

7. Балинский И.М. Этиология и патогения душевных болезней: Клинические лекции по психиатрии. — СПб., 1859
8. Беритов И.С. Структура и функции коры большого мозга. — М.: Наука, 1969.
9. Благов Л.Н. Актуальные аспекты психопатологии аддиктивного заболевания. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2008. — 344 с.
10. Блейхер В.М. Расстройства мышления. — Киев: Здоровье, 1983. — 200 с.
11. Вилюнас В.К. Психологические механизмы биологической мотивации. — М., 1986. — 208 с.
12. Гиляровский В.А. Избранные работы. — М., 1973. — С. 107—108.
13. Гуревич М.О. Психиатрия: Учебник для мед. институтов. — М.: Медгиз, 1949. — 502 с.
14. Иванец Н.Н., Винникова М.А. Героиновая зависимость (клиника и лечение постабстинентного состояния). — М.: Медпрактика, 2001. — 128 с.
15. Меграбян А.А. Психическое отчуждение — ведущее звено в формировании психопатологии шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. — 1975. — №9. — С. 1351—1354.
16. Михайлов М.А. Психопатологическая структура и динамика острой эфедрон-«первотиновой» и опиоидной интоксикации: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1992. — 194 с.
17. Михайлов М.А. Психопатология интоксикации летучими органическими растворителями // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996. — №2. — С. 61—73.
18. Михайлов М.А. Влечение как бред // Вопросы наркологии. — 2010. — №4. — С. 15—25.
19. Михайлов М.А. Патологическое влечение к психоактивным веществам и смыслообразование // Вестник славянских культур. — 2011. — №1 (XIX). — С. 95—104.
20. Михайлов М.А. Патологическое влечение к психоактивным веществам: аддиктологический аспект // Вестник славянских культур. — 2011. — №4 (XXII). — С. 117—127.
21. Михайлов М.А. Аффективная составляющая патологического влечения в контексте патокинетики синдрома // Наркология. — 2011. — №12. — С. 52—56.
22. Мухин Е.И. Роль системы лобная кора — хвостатое ядро в обеспечении функции обобщения // Журн. высш. нерв. деятельности им. И.П. Павлова. — 1983. — Т. 33, №1. — С. 46—53.
23. Надеждин А.В. Феноменология и психопатология расстройства общего чувства при опиоидной наркомании: Дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1995. — 150 с.
24. Найденова Н.Г. Компulsive влечение к наркотикам в клинике наркомании: Автореф. дисс. на соискание учёной степени к.м.н. — М., 1975. — 22 с.
25. Немчин Т.А., Цыцарев С.В. Личность и алкоголизм. — Л., 1989. — 192 с.
26. Пападопулос Т.Ф. Динамика становления онейроидного помрачения сознания и проблема индивидуального сознания // Проблема сознания. — М., 1966. — С. 569—578.
27. Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. — СПб.: Речь, 2007. — 768 с.
28. Снежневский А.В. О клинических закономерностях течения психических заболеваний // Вестн. АМН СССР. — 1971. — №5. — С. 79—83.
29. Снежневский А.В. Нозология психозов // Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии / Под ред. Н.К. Боголепова, И. Темкова. — М.: Медицина, 1974. — С. 156—169.
30. Снежневский А.В. Бред // Руководство по психиатрии в 2 томах / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. Т. 1. — С. 29—35.
31. Сухарев А.В. Этнофункциональная психология в авоспитании, психотерапии и психопрофилактике: Учебное пособие. — М.: Психологический институт РАО, ГАСК, Академия ГЭ МЧС РФ, 2004. — С. 5.
32. Чирко В.В., Демина М.В. Симптомы и синдромы аддиктивных заболеваний. Аддиктивная триада // Наркология. — 2009. — №7. — С. 77—85.
33. Штернберг Э.Я. Учение о едином психозе в прошлом и настоящем // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1973. — №9. — С. 1403—1413.
34. Эдельштейн А.О. Бред // МСЭ. Т. 1. — М., 1928. — С. 839.
35. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. — Stuttgart, Thieme, 1958.
36. de Vos J.W., van den Brink W., Leeuw R.S. Opiate craving and presence of psychopathology // Maintenance Treatment: Pharmacokinetics, Psychopathology and Craving. Chapter 8, 1997.
37. Ey H. Groupe des psychoses schizophréniques et des psychoses dolizantes chroniques (Les organisations vésaniques la personnalité) // Encyclopedie medicochirurgicale. — Paris, 1955, 12, Psychiatrie.
38. (Griesinger W.) Гризингер В. Душевные болезни / Пер. с нем. — СПб., 1886.
39. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. — Berlin, 1923.
40. Kleist K. Psychomotorische Störungen, Caudatum und Pallidum externum // Zbl. ges. Neurol. Psychiat. — 1927. — Bd. 47. — S. 718—719.
41. Lopez-Ibor J.J. // Depressive Illnes. — Baltimore, 1972. — P. 34—38.
42. Mikhaylov M.A. Toluene addiction: the psychopathological aspect. // Papers of 22-nd International Institute on the Prevention and Treatment of Drug Dependence, June 11-16, 1995. — Trieste. — Italy, 1995. — P. 147.
43. Schneider K. Klinische psychopathologie. — Stuttgart, 1962. — P. 115.
44. Tabakov S.N. // Book of Abstracts of the 38-th International Institute on Prevention and Treatment of Drug Dependence. — Prague, Czech Republic, June, 5—10, 1994.
45. WHO. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Geneva, 2009. — 134 p.

ON THE QUESTION OF DELUSION FORMATION IN PATHOLOGICAL CRAVING STATE

MIKHAYLOV M.A.

Deputy Director on Research of Moscow Research and Practical Center on Addiction, Moscow,
e-mail: mick956@gmail.com

Pathological craving for drug is considered in terms of structural-dynamic approach and traditional psychopathology. It is shown that the pathological craving in its development can reach delusion lesion level of the psyche, that leads patients to absurd actions and full social psychic desadaptation. The attention is focused on psychopathological phenomena in common sensibility and affective sphere, previous crystallization of delusion. Are described: protopathic change in the field of consciousness K. Conrad; homo- and heteronomous senestopathies, endosomatic hallucinations; specific depersonalisation phenomena; delusional mood; microcatatonic symptoms. The conclusion is done, that the pathological basis of delusion on A.V. Snezhnevsky should be a basic sign for qualification of delusion in pathological craving state.

Key words: pathological craving; psychopathology; common sensibility sphere; affective sphere; delusion formation; pathological basis of delusion