

Дефект при шизофрении: исследование социально-демографических, биологических и клинических характеристик

Белорусский государственный медицинский университет

Представлены результаты исследования социально-демографических, биологических и клинических характеристик психического дефекта при шизофрении в зависимости от степени выраженности прогрессивности шизофренического процесса.

Ключевые слова: шизофрения, дефект.

Шизофрения — самое серьезное по своим последствиям психическое заболевание по причине высокой популяционной распространенности (0,8%-1% населения планеты страдают шизофренией), преимущественного поражения расстройством лиц молодого и наиболее трудоспособного возраста (около 80% в популяции больных шизофренией), прогрессивного характера течения расстройства с формированием своеобразного «личностного шизофренического дефекта» и в силу этого ранней инвалидизации страдающих шизофренией, а также в связи с высокой стоимостью лечения больных шизофренией [1, 5-6].

Концептуальным положением в учении о шизофрении является понятие «шизофренического дефекта», под которым в классическом представлении понимают «необратимые изменения личности больного шизофренией, характеризующиеся диссоциацией мышления и аффектов, сопровождающиеся снижением уровня потребностей, равнодушием, неспособностью вступать в аффективные контакты, сочувствовать другим» [2]. Процесс формирования дефекта при шизофрении динамический и характеризуется определенными клиническими закономерностями с последовательной сменой нарушений от деформации личностного склада на ранних этапах течения заболевания до распада психической деятельности на поздних этапах [3-4]. Причем первые 6 лет заболевания детерминируют клинические особенности исходного дефекта [10]. Как психопатологическая категория шизофренический дефект формализован на подтипы, отражающие различные комбинации остаточных (резидуальных) продуктивных, негативных, аффективных и поведенческих расстройств [8-9].

Цель исследования — изучение социально-демографических, биологических и клинических характеристик у больных параноидной шизофренией в зависимости от степени выраженности прогрессивности шизофренического процесса.

Материал и методы

Дизайн исследования — открытое рандомизированное сравнительное проспективное с параллельными группами. Для верификации психического болезненного состояния (шизофрении) применялся стандартный метод ретроспективного клинико-эпидемиологического исследования. В исследование включались больные с установленным диагнозом шизофрении и дополнительно проводилась (уточнялась) верификация болезненного состояния по архивному материалу и при клиническом обследовании больного

шизофренией с использованием стандартного структурированного клинического интервью на предмет формы, типа течения шизофренического процесса, типа и тяжести личностного дефекта, а также уровня социального функционирования в соответствии с отечественными представлениями о шизофрении как психическом расстройстве и исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10 [3-4, 8-9]. Формализованный критерий разграничения тяжести шизофренического дефекта проводился по исследовательским категориям, ориентированным на прогрессивность болезненного процесса: легкий дефект личности — «эпизодическое течение с прогрессивным развитием дефекта», тяжелый — «непрерывное течение» или «эпизодическое течение со стабильным дефектом» [8-9].

Общий списочный состав больных шизофренией формировался выкопировкой массива больных в возрастном интервале 16-35 лет из генеральной совокупности больных параноидной шизофренией, жителей г. Минска, представленной в компьютерной базе психически больных ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» с помощью таблицы случайных чисел (таблица IV. Случайные числа; стр. 322) [7] отдельно для выборок больных с «эпизодическим течением с прогрессивным развитием дефекта» и «непрерывным течением» или «эпизодическим течением со стабильным дефектом».

Одним из основных критериев формирования контрольной группы являлось сопоставимость по полу и возрасту к выборке больных параноидной шизофренией, включенных в исследование. Единицы общей выборки контроля также случайным образом отбирались из популяции населения г. Минска (в нашем исследовании студенты УО «БГМУ» и члены их семей, сотрудники УО «БГМУ» и ГУ «РНПЦ психического здоровья» и члены их семей) и впоследствии с использованием таблицы случайных чисел составлялся первоначальный списочный состав контрольной группы психически здоровых лиц.

В последующем из первичного состава исследовательских групп больных шизофренией и контроля психически здоровых формировались группы для проведения исследования. Формирование групп проводилось после информирования о целях и задачах научного изыскания и получения добровольного согласия всех участников, задействованных в исследовании (больных шизофренией и лиц контроля здоровых), на участие в исследовании (согласие на обследование и получение доступа к приватной архивной медицинской документации). Репрезентативной считалась выборка минимум в 50 случаев в каждой из вышеотмеченных групп, включенных в исследование.

Стандартизация исследования обеспечивалась заполнением специально разработанного регистрационного бланка, в который вносились искомые показатели из медицинской документации (медицинская карта амбулаторного пациента, форма №025/у и медицинская карта стационарного пациента, форма №003/у-07) и проведенного клинического обследования.

При обработке материалов исследования применяли пакеты статистических программ MS Excel и SPSS. Достоверность различий между

средними значениями изучаемых параметров оценивали по t-критерию Стьюдента при уровне значимости $p < 0,05$.

Всего в исследование были включены 101 больной параноидной шизофренией: 51 (20 мужчин и 31 женщина) в выборке больных с легким дефектом и 50 (28 мужчин и 22 женщины) в выборке больных с тяжелым дефектом личности) и 50 (16 мужчин и 34 женщины) психически здоровых лиц.

Результат и обсуждение

Социально-демографическое и биологическое исследование. Социально-демографическое и биологическое сопоставление основных показателей в выборках больных параноидной шизофренией и контрольной группы психически здоровых лиц проведено без гендерного моделирования — совокупно по мужчинам и женщинам (таблица 1).

Социально-демографические характеристики. Возраст. По возрастному цензу, входящему в рубрификацию «лиц молодого возраста», группа больных параноидной шизофренией и группа контроля психически здоровых лиц являлись сопоставимыми, несмотря на отличимость показателей среднего возраста: $31,6 \pm 0,8$ лет в общей выборке больных шизофренией против $22,3 \pm 0,5$ лет в контроле ($t=9,858$, $p < 0,001$; табл. 1), $29,9 \pm 1,1$ лет ($t=6,290$, $p < 0,001$) и $33,3 \pm 1,1$ лет ($t=9,104$, $P < 0,001$), соответственно, в выборках больных параноидной шизофренией с легким и тяжелым дефектами личности ($t= 2,186$, $p < 0,05$ в сопоставлении между выборками больных шизофренией). Формирование тяжелого дефективного состояния при параноидной шизофрении прямо коррелирует с длительностью шизофренического процесса, о чем будет указано ниже, что и определяло различия в возрастных градациях включенных в исследование больных с разной степенью выраженности личностного дефекта.

Таблица 1. Сравнительная характеристика контингента больных параноидной шизофренией и контрольной группы и по социально-демографическим и биологическим показателям

Средний возраст, лет	Больные шизофренией			Контроль здоровых (n=50)
	Выборка (n=101)	А (n=51)	Б (n=50)	
	$31,6 \pm 0,8^{***}$	$29,9 \pm 1,1^{***}$	$33,3 \pm 1,1^{***}$	$22,3 \pm 0,5$
Уровень образования:				
неполное среднее	5,9	3,9	8,0	2,0
полное среднее	54,5	58,8	50,0	46,0
незаконченное высшее	$7,9^{***}$	$7,8^{***}$	$8,0^{***}$	40,0
высшее	$31,7^{**}$	$29,4^*$	$34,0^{**}$	12,0
Средний возраст, лет	Больные шизофренией			Контроль здоровых
	Выборка	А	Б	

	(n=101)	(n=51)	(n=50)	(n=50)
	31,6± 0,8***	29,9± 1,1***	33,3± 1,1***	22,3±0,5
Общественно-профессиональное положение:				
учащиеся	4,0***	7,8***	0,0***	80,0
рабочие	11,9	17,6	6,0	6,0
служащие	12,9	21,6	4,0	14,0
инвалиды	55,4***	27,5***	88,0***	0,0
не работали	15,8***	25,5***	6,0	0,0
Семейное положение:				
не состояли в браке	79,2	78,4	80,0	84,0
состоящие в браке	8,9	9,8	8,0	16,0
разведенные	11,9***	11,8*	12,0*	0,0
вдовы	0,0	0,0	0,0	0,0
Индивидуальные особенности развития:				
осложнения в дородовом периоде	34,7	29,4	40,0	42,0
осложнения в родах	29,7	25,5	34,0	20,0
неонатальная патология	21,8	15,7	28,0*	10,0
постнатальная патология	25,7	25,5	26,0	16,0
перенесенные детские инфекции ¹	33,7***	33,3***	34,0***	2,0
простудные заболевания ²	38,6	31,4	46,0*	24,0
заболевания верхних дыхательных путей ³	13,9***	9,8*	18,0**	0,0
другие заболевания ⁴	4,0*	3,9	4,0	0,0
страдание хроническим заболеванием ⁵	51,5**	37,3	66,0***	28,0
Наследственная психопатологическая отягощенность:				
психическими заболеваниями ^б	34,7	33,3	36,0	0,0
в том числе по рубрике «шизофрения»	22,8	21,6	24,0	0,0

другая	11,9	11,8	12,0	0,0
--------	------	------	------	-----

Примечания:

1. В относительном выражении (в %), за исключением показателя: «средней возраст».

2. А, Б – соответственно, подвыборки больных шизофренией с легким и тяжелым дефектом.

3. 1 – категория «часто болел детскими инфекциями» (корь, краснуха, скарлатина и пр.). 2 – категория «часто болел простудными заболеваниями» (нейроинфекции, отиты и пр.). 3 – категория «часто болел заболеваниями верхних дыхательных путей» (острые бронхиты/пневмонии). 4 – категория «два и более иных перенесенных заболеваний». 5 – категория «совокупно соматоневрологическими заболеваниями». 6 – по совокупности отягощенности по линии отца/матери/в семье

4. *, **, *** – $P < 0,05-0,001$ по t-критерию Стьюдента против контроля.

Уровень образования. В сопоставлении с контролем психически здоровых лиц образовательный ценз среди больных параноидной шизофренией был ниже (в контроле в 1,3 раза выше относительный уровень лиц с незаконченным высшим и высшим образованием; $t=2,214-4,317$, $P < 0,05-0,001$) и крайне незначительным был процент учащихся средних школ и высших учебных заведений (4,0% в общей выборке больных шизофренией против 80,0% в контроле; $t=12,715$, $p < 0,001$). Такая диспропорция в образовательном цензе имеет свое объяснение. Почти $\frac{1}{4}$ часть больных параноидной шизофренией по причине болезни были вынуждены прервать свое обучение на 1-3 курсе ВУЗа и, соответственно, не могли при включении их в исследование попасть в градацию «лиц с незаконченным высшим/высшим образованием». В то же время образовательный ценз в выборках больных параноидной шизофренией фактически являлся равноценным (при отличии частотности лиц по категории «учащиеся»: 7,8% таковых в выборке больных параноидной шизофренией с легким дефектом личности против 0,0% в выборке больных с тяжелым дефектом; $t=2,083$, $p < 0,05$). То есть по социальному классу показателей «уровень образования» по формальным признакам исследовательские выборки больных параноидной шизофренией следует квантифицировать как однородные.

Общественно-профессиональное положение. Среди работающих больных параноидной шизофренией относительный уровень лиц рабочих профессий и служащих не фиксировался статистически значимым в сопоставлении с контролем. Соблюдена «чистота» набора лиц в контроле по категориям «инвалиды» и «не работающие лица трудоспособного возраста» — таковых не было. При сопоставлении по выборкам больных параноидной шизофренией отмечена меньшая частотность лиц служащих профессий (4,0% против 21,6%; $t=2,749$, $p < 0,01$) и не работающих в трудоспособном возрасте (6,0% против 25,5%; $t=2,798$, $p < 0,01$) и большая частотность лиц с официально установленной группой инвалидности (88,0% против 27,5%; $t=7,806$, $p < 0,001$) среди больных с тяжелым дефектом личности, что объясняется тяжестью кли-

нического течения шизофренического процесса, ведущего к ранней утере профессиональных и трудовых навыков. То есть общественно-профессиональное статусное состояние в выборке больных параноидной шизофренией с тяжелым дефектом личности качественно было ниже.

Семейное положение. Семейное положение в анализируемых выборках лиц «никогда не состоявших в браке» и «связанных узами брака» в относительном выражении равноценно. Значимое наличие разведенных лиц в группе больных параноидной шизофренией (11,8-12,0% против 0,0% в контроле; $t=2,608-2,611$, $p<0,05$) следует объяснять высоким риском семейной дезадаптации вследствие причинного фактора — «психической болезни» [5-6]. Но в межвыборочном сопоставлении среди исследуемых когорт больных параноидной шизофренией значимые различия не отмечены, хотя по литературным данным это не исключалось [5]. То есть характеристики статусного семейного положения больных параноидной шизофренией в определенной степени детерминировались причинным психическим фактором (психической болезнью), но в межвыборочном сопоставлении представлялись однородными.

Биологические характеристики. Факторы акушерской, неонатальной и постнатальной патологии, анамнеза детско-простудной заболеваемости и соматоневрологической хронизации. Прогрессирующее ухудшение общего состояния здоровья подрастающего поколения и не только Беларуси — характерная особенность последнего 15-летия [6]. Причем отмечается высокий уровень (против 90-х годов 20-го столетия) встречаемости акушерских патологических состояний, неонатальной и постнатальной патологии, детских и простудных заболеваний, ранней соматоневрологической хронизации, а в контрольных сопоставлениях в когорте больных шизофренией эти уровневые показатели на порядок выше [1, 5-6]. Нами проведенным исследованием этот тезис подтверждается. В то же время относительные уровневые показатели осложнений в дородовом периоде и в родах и постнатальной патологии у больных параноидной шизофренией фиксировались на популяционном уровне (табл. 1; $p>0,05$), с несколько с большей частотой встречаемости в выборке больных шизофренией с тяжелым дефектом личности ($p>0,05$). По фактору «неонатальная патология» различия значимы в выборке больных с тяжелым личностным дефектом (28,0% против 10,0% в контроле; $t=2,357$, $p<0,05$), также как и по фактору «частые простудные заболевания» в предшествующее исследованию 5-летие (46,0% против 24,0% в контроле; $t=2,370$, $p<0,05$). Фиксировался значительно высокий уровень «перенесенных детских инфекций» (33,3-34,0% против 2,0% в контроле; $t=4,547-4,581$, $p<0,001$), воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей (9,8-18,0% против 0,0%; $t=2,354-3,313$, $p<0,05-0,01$) и ранней соматоневрологической хронизации (37,3-66,0% против 28,0%; $t=4,117$, $p<0,001$). В выборке больных параноидной шизофренией с тяжелым дефектом личности относительные величины данных трех показателей были выше (межкогортная значимость определена применительно к величинам показателя «страдания хроническим заболеванием» при $t=3,018$ и $p<0,01$). То есть отягощенность акушерская, патологией неонатального и постнатального периодов развития, детско-простудными забо-

леваниями и ранней соматоневрологической хронизацией являлась характерным биологическим признаком для больных параноидной шизофренией с тяжелым дефектом личности.

Наследственная психопатологическая отягощенность — выше относительный уровень в выборке больных параноидной шизофренией с тяжелым дефектом личности: общая факторная при 36,0% против 33,3% ($p>0,05$), отягощенность шизофренией при 24,0% против 21,6% ($p>0,05$) и другими психическими расстройствами (психопатологическими состояниями) при 12,0% против 11,8% ($p>0,05$). То есть наследственно отягощенный психопатологический фон является повышенным риском развития неблагоприятного течения шизофренического процесса [3, 5, 8].

Таким образом, анализ материалов социально-демографического и биологического статусного состояния группы больных параноидной шизофренией и группы контроля психически здоровых лиц указывает на имеющиеся статистически значимые отличия, в определенной степени причинно связанные с фактором психической пораженности.

Социально-демографические и биологические характеристики выборки больных параноидной шизофренией с тяжелым дефектом личности качественно-количественно являлись худшими, что имело прямую причинно-следственную связь с клиническими особенностями течения шизофренического процесса.

Клинический анализ выборок больных параноидной шизофренией с легким и тяжелым дефектами личности. Исследование проведено без гендерного моделирования — совокупно по мужской и женской когортам больных параноидной шизофренией. Материалы исследования обработаны и сведены в таблицу 2.

С учетом установленного при планировании исследования критерия отбора в выборке больных шизофренией с легким дефектом личности преобладающей была представлена параноидная шизофрения эпизодического течения с нарастающими личностными дефективными изменениями (100,0%; $p<0,001$), а в выборке больных шизофренией с тяжелым дефектом — параноидная непрерывная шизофрения (78,0%; $p<0,001$) и параноидная эпизодическая со стабильным личностным дефектом (22,0%; $p<0,001$).

Возраст дебюта заболевания среди больных параноидной шизофренией с тяжелым дефектом личности на 3,3 года был раньше ($20,0\pm 0,7$ лет против $23,3\pm 0,6$ лет; $t=3,579$, $p<0,001$), а страдание заболеванием к моменту включения больных в исследование почти в 2 раза продолжительнее ($11,3\pm 0,9$ лет против $6,7\pm 0,9$ лет; $t= 3,614$, $p<0,001$), что и определяло большее число обострений заболевания ($10,7\pm 1,0$ против $3,7\pm 0,4$ случаев; $t=6,499$, $p<0,001$). Дебютная провокация заболевания преимущественно являлась не причинно психотравмирующей (в 80,0% случаев в выборке больных параноидной шизофренией с тяжелым дефектом личности против 58,8% в выборке больных шизофренией с легким дефектом; $t=2,375$, $p<0,05$). Хотя и уровень психогенного факторного дебюта шизофрении определялся достаточно значимым (в 10,0-19,0% случаев).

Таблица 2. Сравнительная клиническая характеристика больных параноидной шизофренией с легким и тяжелым дефектами личности

	Больные шизофренией: дефект личности	
	легкий (n=51)	тяжелый (n=50)
Диагноз:		
F20.00	0,0	78,0***
F20.01	100,0	0,0***
F20.02	2,0	22,0**
Возрастной ценз и общее количество обострений заболевания:		
возраст дебюта болезни, лет	23,3±0,6	20,0±0,7***
длительность болезни, лет	6,7±0,9	11,3±0,9***
количество обострений заболевания, цифра	3,7±0,4	10,7±1,0***
Факторы провокации дебютирования заболевания:		
психотравмирующий ¹	19,6	10,0
другие факторы ²	58,8	80,0*
	Больные шизофренией: дефект личности	
	легкий (n=51)	тяжелый (n=50)
Профессионально-трудовая дезадаптация:		
наличие группы инвалидности ³	27,5	88,0***
возраст инвалидизации, лет ⁴	28,9±1,7	25,0±0,9*
инвалидизация на году заболевания, лет ⁵	4,6±1,2	3,4±0,5
длительность инвалидизации, лет	6,5±1,7	8,0±1,0
Ведущий синдромокомплекс при обострении заболевания в последние пять лет:		
аффективно-бредовой	41,2	24,0
бредовой	13,7	32,0
галлюцинаторный	19,6	8,0
галлюцинаторно-бредовой	23,5	28,0
иной	2,0	8,0
Тип шизофренического дефекта:		
апато-абулический	11,8	12,0
аутистический/астенический	37,3	14,0**
дезорганизации целенаправленной активности	33,3	8,0**

параноидный	2,0	12,0*
психопатоподобный	15,7	12,0
комбинированный	0,0	20,0***
конечных состояний	0,0	22,0***

Примечания:

1. В относительном выражении (в %), за исключением количественных показателей («возраст дебюта болезни», «длительность болезни» и др.).

2. F20.00, F20.01, F20.02 — соответственно, параноидная шизофрения непрерывного, эпизодического течения с нарастающим и стабильным дефектом.

3. 1 – категория «совокупно семейный, бытовой, производственный, шоковая психотравма и пр.»

4. 2 – категория «совокупно другие провоцирующие факторы».

5. 3 – категория «совокупно 1-3 группы инвалидности на момент исследования».

6. 4 – категория «усредненный популяционный возраст установления впервые в жизни группы инвалидности».

7. 5 – категория «длительность болезни в годах на момент установления группы инвалидности».

8. *, **, *** – $P < 0,05-0,001$ по t-критерию Стьюдента в межвыборочном сопоставлении.

Как и следовало ожидать, уровень инвалидизации более высоким был среди больных параноидной шизофренией с тяжелым личностным дефектом (в 88,0% против 27,5% случаев; $t=7,808$, $p<0,001$). Причем потеря профессионально-трудовых навыков среди больных шизофренией данной выборки приходилась на более ранний возраст (в возрасте $25,0\pm 0,9$ лет против $28,9\pm 1,7$ лет; $t=2,028$, $p<0,05$). К моменту включения больных в исследование средняя продолжительность инвалидизации составляла 8 лет среди больных параноидной шизофренией с тяжелым дефектом личности и 6,5 лет среди больных параноидной шизофренией с легким дефектом личности ($p>0,05$).

В сопоставлении между выборками больных параноидной шизофренией значимых различий частотности встречаемости в последние 5 лет синдромокомплексов обострений заболевания не верифицировалось. В то же время обострения заболевания среди больных шизофренией с легким дефектом личности имели более выраженный аффективный компонент (41,2% случаев аффективно-бредовых приступов против 24,0% и 19,6% случаев галлюцинаторных приступов с аффективным компонентом против 8,0%).

В соответствии с выраженностью прогрессивности шизофренического процесса дефективные состояния из кластера «регресса личности» констатировались только в выборке больных параноидной шизофренией с тяжелым дефектом (комбинированный дефект и конечные состояния в 20,0% и 22,0% случаев соответственно, $t=3,536$ и $t=3,755$, $p<0,001$), а также чаще встречалось дефективное состояние из кластера «распада мышления» (параноидный дефект в 12,0% против 2,0% случаев; $t=2,012$, $p<0,05$). У больных параноидной шизофренией с легким дефектом личности дефективные

состояния преимущественно были менее тяжелыми (дефекты аутистического/астенического регистра и дезорганизации целенаправленной активности: в 37,3% против 14,0% случаев и в 33,3% против 8,0% случаев соответственно; $t=2,781$ и $t=3,318$, $p<0,01$).

Таким образом, клинические особенности проявления болезни в анализируемых выборках больных параноидной шизофренией соответствовали классическому стандарту прогрессивности шизофренического процесса. Высокая степень прогрессивности клинического течения заболевания в выборке больных параноидной шизофренией с тяжелым дефектом личности клинически характеризовалась более ранним дебютом болезни (в среднем возрасте $20,0\pm 0,7$ лет против $23,3\pm 0,6$ лет; $p<0,001$), большей продолжительностью длительности заболевания на момент включения больных в исследование ($11,3\pm 0,9$ лет против $6,7\pm 0,9$ лет; $p<0,001$), частыми обострениями заболевания ($10,7\pm 1,0$ против $3,7\pm 0,4$ случаев; $p<0,001$), высоким уровнем инвалидизации (в 88,0% против 27,5% случаев; $p<0,001$) и более молодым возрастом выхода на инвалидность (в среднем возрасте $25,0\pm 0,9$ лет против $28,9\pm 1,7$ лет; $p<0,05$), а также формированием стабильных дефектных состояний регистра комбинированных и конечных (в 20,0% и 22,0% случаев соответственно против 0% случаев; $p<0,001$) и параноидного (в 12,0% против 2,0% случаев; $p<0,05$). Сопоставление клинических характеристик шизофренического процесса свидетельствовало об адекватности подбора выборок больных параноидной шизофренией в контексте дифференциации легкого и тяжелого личностного дефекта.

Выводы

1. Социально-демографические и биологические характеристики у больных параноидной шизофренией с тяжелым дефектом личности качественно-количественно являлись худшими, что имело прямую причинно-следственную связь с клиническими особенностями течения шизофренического процесса.

2. Высокая степень прогрессивности клинического течения заболевания у больных параноидной шизофренией с тяжелым дефектом личности клинически характеризовалась более ранним дебютом болезни, большей продолжительностью длительности заболевания на момент включения больных в исследование и частыми обострениями заболевания, высоким уровнем инвалидизации и более молодым возрастом выхода на инвалидность, а также формированием стабильных дефектных состояний регистра комбинированного и параноидного.

Литература

1. Барбато, А. Шизофрения и здравоохранение / А. Барбато. Киев: Сфера, 1998. 58 с.
2. Блейхер, В. М. Толковый словарь психиатрических терминов / В. Б. Блейхер. М.: Феникс, 1996. 448 с.

3. Воробьев, В. Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18 / М., 1988. 29 с.
4. Внуков, В. А. О дефекте при шизофреническом процессе и об отдельных видах его / В. А. Внуков // Труды 2-го Всесоюз. съезда невропатол. и психиатр. М., 1937. Вып. 2. С. 466–470.
5. Гольдберг, Д. Распространенные психические расстройства: биосоциальная модель / Д. Гольдберг, П. Хаксли / пер. с англ. Киев: Сфера, 1999. 256 с.
6. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. ВОЗ, 2001. С. 215.
7. Лакин, Г. Ф. Биометрия: учеб. пособие для биол. спец. Вузов / Г. Ф. Лакин. 4 изд., перераб. и доп. М.: Высш. шк., 1990. 352 с.
8. Смулевич, А. Б. Психопатология шизофренического дефекта / А. Б. Смулевич, В. Ю. Воробьев // Журн. невропатолог. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 1988. Т. 88. С. 100–105.
9. Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией (метод. письмо) / Тартуск. гос. ун-т; сост. Н. М. Жариков, Ю. И. Либерман. Тарту: из-во Тартуск. гос. ун-та, 1972. 75 с.
10. Штернберг, Э. Я. Течение и исходы шизофрении позднего возраста / Э. Я. Штерн-берг. М.: Медицина, 1981. 192 с.