

*П.Т. Петрюк***К ИЗУЧЕНИЮ КЛИНИКИ ПРОСТОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ**

Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

Ключевые слова: простая форма шизофрении, клиника, изучение

Простая форма шизофрении по сравнению с параноидной формой болезни не столь богата яркими отличительными признаками, в связи с чем возникают известные трудности при попытке разграничить характерные для нее симптомы и общие нозологические маркеры шизофрении. Не случайно термин «раннее слабоумие», которым В. Morel [1] обозначил состояния, схожие с простой формой, был в дальнейшем использован основоположником современной шизофренологии Е. Kraepelin [2] для обозначения болезни в целом. Тем не менее, после описания О. Diem [3] *dementia simplex* самостоятельность и клиническое своеобразие простой формы шизофрении признали и Е. Kraepelin [4, 5] и Е. Bleuler [6], и многие другие, в том числе отечественные психиатры. Несмотря на мощное влияние коллег из США, где простая форма шизофрении отсутствует в группе шизофренических расстройств основного текста современной американской психиатрической классификации DSM-IV-TM [7], она сохранена в Международной классификации болезней ICD-10 [8]. Наши наблюдения и наблюдения современных отечественных исследователей подтверждают адекватность классического подхода к распознаванию простой формы шизофрении [9-12].

Простая форма шизофрении – нечастое психическое расстройство с преимущественно негативными шизофреническими симптомами, симптомами первого ранга по К. Schneider [13]. Шизофрения данного типа развивается обычно в более позднем возрасте, чем кататоническая и гебефреническая, но раньше, чем параноидная, преморбидно у лиц с контрастными особенностями характера или у робких, пугливых, застенчивых, инфантильных. Она характеризуется постепенным развитием неадекватного поведения и социальной отгороженности, а также неуклонным снижением работоспособности. Чаше эта форма шизофрении начинается постепенно, течение ее вялое, медленное, непрерывно-прогрес-

сивное, наступление ремиссии и прекращение процесса разграничить практически невозможно, однако то и другое не исключено, на что указывают многочисленные отечественные и зарубежные исследователи [11, 12, 14-34].

Симптоматика проявляется «характериологическим сдвигом» (черствость, холодность, потеря интереса к своим занятиям и привязанности к близким). В начальном периоде становления манифестной картины простой формы шизофрении обращает на себя внимание чрезмерная чувствительность, «мимозоподобная» ранимость больных, нарастание вялости, апатичности, равнодушия. Появляется склонность к длительному безделью, больные перестают интересоваться своими делами и целыми днями ничем не занимаются, проводят большую часть времени в постели. Их отличает чрезмерная возбудимость, гротескный эксцентрически-насыщенный пафос, склонность к экзальтированному аффекту. Все окружающее они воспринимают как нечто грубое, безобразное, причиняющее душевную боль. Реальные краски, звуки, которые для обычных людей являются желанными и необходимыми сенсорными стимулами, в данном случае вызывают протест, стремление уйти в себя, формирование оппозиционного отношения к близким, раздражение и негативизм к проявлениям добросердечия, душевной теплоты. Такие больные нередко «накапливались» среди несостоявшихся художников и поэтов, карикатурно имитирующих различные неконформистские направления в искусстве. Их творческая продукция характеризовалась фрагментарностью, утрированной стилизацией, символизмом. Отвращение к общению с людьми у этой категории больных сочетается с боязливостью, робостью, застенчивостью, которая обнаруживает микрокататонические черты в виде преходящих задержек в течении ассоциаций и мимолетных эпизодов оцепенения моторики. У этих больных своеобразная гиперестезия проявлялась

в беспомощной робости, волнении перед ситуацией, требующей действия, и антипатии к любым переменам. В дальнейшем, на фоне нарастающего эмоционального оскудения, формировались устойчивые аутистические комплексы по типу «капли вина в бочке со льдом» [9, 10, 19, 22, 23, 35].

В других случаях процесс начинается с общей вялости, лени, угрюмости, замкнутости, подозрительности. Больные становятся негативистичными, сухими, личностно бесцветными, молчаливыми. Эмоциональная тупость нарастает от третирования домашних педантичными капризами до пренебрежения и полного равнодушия ко всем атрибутам обыденной жизни. Вместе со снижением психической активности у этих больных можно отметить нелепые выходки и странные высказывания. Мышление больных постепенно деградирует, становится оторванным от действительности. Постепенное, но прогрессирующее развитие странностей в поведении, неспособность соответствовать требованиям общества, снижение общей продуктивности сопровождается эмоциональным оскудением и парадоксальными реакциями. На этом фоне возникают вспышки раздражительного недовольства, высвобождение низших побуждений, вплоть до крайней жестокости по отношению к себе и близким. Нередко тотальное бездушие больных выражалось в безжалостной жестокости, язвительности, циничном эгоцентризме, деспотичном упрямстве, враждебности к окружающим, вплоть до тяжких криминальных действий. В исходе простой шизофрении стереотипное мышление, апатия и эмоциональная тупость определяют всю картину данного расстройства. Иногда за фасадом этой симптоматики можно было выявить более или менее стойкие псевдогаллюцинации, фрагментарные бредовые расстройства.

Однако наиболее характерным, диахроническим стержневым расстройством простой формы шизофрении является падение психической продуктивности, нарастающая редукция энергетического потенциала. При этом теряется красочность личности, грация пантомимики. Отмечается тенденция к замкнутости, одиночеству, конфузливости, «слабость» аффекта. На этом фоне появлялись неясность и нечеткость мышления, выражавшиеся в тематических соскальзываниях, избыточной вербализации с нагромождением разнообразных определений. У больных проявляется склонность к мудрствованию, резонерству, противоречивость суждений и неспособ-

ность отличать существенное и главное от несущественного, второстепенного. В спонтанных рассказах больных отмечается склонность к накоплению мельчайших подробностей, представляющих значимость для больного. Обращает на себя внимание утрированная формальная правильность и ходульность выражений, обилие вводных конструкций, замедление темпа ассоциативного процесса, угасание громкости речи к концу фраз, сохранность способности к узнаванию юмора. Феноменологически речь выглядела тяжеловесной, неестественной, манерной и сопровождалась неадекватностью обедненной мимики, отсутствующим взглядом. Характерным является повышение интереса к абстрактным проблемам, находящимся за рамками интересов личности, сумбурное чтение специальной литературы, экскурсии в философию, постановка необычных вопросов. Иногда больные совершают так называемые «безмолвные поступки», которые характеризуются отсутствием обоснованных мотивов и поводов в их поведении. Например, «физическая закалка» у больных приобретает характер своего рода «одержимости» или «ритуала»; нередко больные бросают интеллектуальный труд и переходят на физическую работу [36]. Наплывы мыслей перемешиваются с их задержками, «обрывами». Доминирующие отвлеченно-метафизические представления о грандиозных проблемах, жизненных коллизиях, чрезмерный анализ и сравнение поступков, ошибок, несправедливостей выступают в антитезе «Я-Внешний мир». Нередко возникают контрастные альтернативные представления, иногда проявляющиеся в виде элементов идеаторного автоматизма: параллельности, наплывы мыслей, зачастую носивших характер чуждости, насильственности. Примечательным является отсутствие стремления к реализации своих схем и символических систем, либо все ограничивается графоманскими трактатами.

В.Н. Краснов [11] указывает, что при простой форме шизофрении отмечают медленное развитие (на протяжении не менее 1 года) трех признаков:

- 1) отчетливое изменение преморбидной личности, проявляющееся потерей влечений и интересов, бездеятельностью и бесцельным поведением, самопоглощенностью и социальной аутизацией;

- 2) постепенное появление и углубление негативных симптомов, таких как выраженная апатия, обеднение речи, гипоактивность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие

инициативы, бедность вербального и невербального общения;

3) отчетливое снижение социальной, учебной или профессиональной продуктивности.

При этом галлюцинации или полно сформированные бредовые идеи любого вида отсутствуют, т.е. клинический случай не должен отвечать критериям любой другой формы шизофрении или любого другого психического расстройства. Данные за деменцию или другое органическое психическое расстройство отсутствуют.

А.П. Чуприков, А.А. Педак, А.Н. Линёв [23] подчеркивают, что мышление у больных простой формой шизофрении формальное, аморфное; наблюдаются задержки, исчезновение, наплывы, чувство открытости, неподчиняемости мыслей. Отмечаются неопределенные ипохондрические жалобы. Возможны неврозоподобный и психопатоподобный варианты течения, простое депрессивное запустение в определении Е. Краепелин [4]. В дальнейшем наблюдается постепенное нарастание явлений психического автоматизма и апатико-абулического синдрома («падение энергетического потенциала») вплоть до простого шизофренического дефекта [23].

Со временем снижается аллопсихический эмоциональный резонанс. Больные испытывают повышенную напряженность, рассеянность в разговоре, неспособность поддерживать последовательное течение мысли, что приводит к временным перерывам или блокировкам в беседе: создавалось впечатление, что больной постоянно «отсутствует» в беседе либо «сосредоточен», так как он внимательно вглядывается и не моргает. У больных часто возникают затруднения в сохранении константности восприятия собственного психического или соматического «Я» и внешнего мира, что проявлялось в разнообразных психосенсорных расстройствах. Нередко больные сообщают о своеобразных чувствах безжизненности, нереальности, символичности окружающего. Это приводит к коммуникативным нарушениям и усилению аутопсихической ориентации, которая, в частности, была адресована к эндосоматическим восприятиям и обращениям. На этой основе развивались неврозоподобные ипохондрические расстройства, навязчивые нозофобии. При дисморфобиях больные много времени проводят у зеркала, пытаются формировать свое тело посредством диеты и упражнений. Со временем ипохондричность все более овладевает такими больными; их образ жизни начинает носить чудаческий тип.

В случае ухода в область грез и фантазий

больные обычно заняты мировоззренческими проблемами, пронизанными мистицизмом, контрастирующими представлениями, разрушением «идеалов». Бедность и дисгармония эмоционального чувства с годами перерастает в эмоциональную тупость. Продуктивная симптоматика в виде отрывочных несистематизированных бредовых идей, транзиторных псевдогаллюцинаций, кратковременных эпизодов возбуждения, кататонических застываний бывает, как бы вкраплена в нарастающие дефицитарные расстройства, которые никогда не определяют клиники простой формы шизофрении [22]. Их философские рассуждения бессмысленны и схоластичны. Возникает тенденция к соскальзыванию на побочные ассоциации. Больные отмечают нарушение единства своего «Я». «Во мне живут два человека. Один говорит «делай», другой не разрешает». Наряду с этим отмечается довольно заметное притупление высших эмоций [15].

Бредовые расстройства и галлюцинации обычно не отмечаются, симптоматика имеет не столь отчетливый психотический характер как при гебефренической, кататонической и параноидной формах шизофрении.

Вместе с этим, как отмечает П.Г. Сметанников [10], продуктивная психотическая симптоматика у больных простым типом шизофрении возможна в начале заболевания и обычно весьма скудная: в виде кратковременных галлюцинаторных эпизодов и нестойких бредовых идей преследования, отношения, особого значения. В дебюте заболевания она выявляется на короткое время (2-3 недели) и затем редуцируется. Впрочем, в ряде случаев возможны отдельные редкие (исчисляемые днями) «всплески» такой продуктивной симптоматики, существенно не отражающейся на поведении больных. В большинстве же случаев все ограничивается лишь дебютными продуктивными расстройствами и далее заболевание течет непрерывно на протяжении многих лет, проявляясь лишь собственно-шизофренической симптоматикой и завершается специфическим для этого психического расстройства слабоумием, исходным состоянием.

Своеобразие простого типа шизофрении, как видно из ее описания, в отличие от других типов шизофрении, является отсутствие продуктивной симптоматики, которая в своей основе, в своих патогенетических механизмах (наряду с собственно патологическим) содержит и защитные тенденции (фазовые состояния, охранительное торможение и др.). Отсутствие продуктивной симптоматики при простом типе шизофре-

нии свидетельствует о безусловном доминировании в патогенезе болезни у таких пациентов собственно-патологических церебральных расстройств и о полной капитуляции в их ЦНС (при развитии заболевания) защитных приспособительных реакций. Не случайно эта форма заболевания является самой злокачественной, всегда ведет к ослабумливанию (в той или иной степени) и имеет лишь один – непрерывно-прогрессирующий тип течения [10].

В ICD-10 указанная рубрика сохранена в связи с ее продолжающимся использованием в некоторых странах, а также неопределенностью в данных о природе ее связей с шизоидными расстройствами личности и шизотипическими расстройствами.

Диагностика простого типа шизофрении достаточно затруднительна, поскольку требует установления в клинической картине больных медленно прогрессирующего развития, характерных для резидуальной шизофрении негативных симптомов (уплощение аффекта, утрата побуждений и т.д.), но без сведений о наличии галлюцинаций, бреда или других проявлений более раннего психотического эпизода. При этом в клинической картине должны фигурировать существенные изменения поведения, проявляющиеся выраженной утратой интересов, бездеятельностью и социальной аутизацией.

А. Kalinowski [37] выделяет следующие диагностические критерии простой формы шизофрении: а) снижение активности и инициативы; б) ограничение интересов; в) аутизм; г) нарушение контакта с окружающими людьми, вплоть до самоизоляции; д) формальные расстройства мышления; е) обеднение (побледнение) и неадекватность эмоций; ж) проявления амбивалентности; з) отсутствие чувства психической болезни (критики).

Течение процесса при простой форме шизофрении может быть вялым, доброкачественным, «ползучим» и крайне неблагоприятным, грубо прогрессирующим, ведущим к быстрому распаду. Круг симптомов широко варьирует. Согласно данным А.Г. Петровой [38], занимавшейся комплексным клинко-патофизиологическим обследованием 103 больных с простой формой шизофрении, основным ее клиническим проявлением является апатико-абулический синдром, обнаруживающий тенденцию к нарастанию на протяжении всего заболевания. Начальная симптоматика в форме апатико-абулического синдрома у больных простой шизофренией встречалась значительно чаще (70,9%), чем у больных

шизофренией в целом (47,7%), начальные же проявления в форме бредовых идей, страхов и галлюцинаций наблюдались реже (17,5% против 30,5%). В отечественной литературе имеются подробные описания крайне инертных, быстро обрастающих ритуалами, лишенных аффективной окраски навязчивых состояний. При простой форме отмечены сенестопато-ипохондрические состояния с выраженными в различной степени сенестопатиями, отличающимися причудливостью, вычурностью, иногда носящие необычный гротескный характер. У женщин изредка наблюдается истерическая симптоматика в виде фантазирования, истерических припадков, пуэрилизма [9, 10, 12, 22, 39-41].

При вялом течении простой формы шизофрении изменения личности наступают постепенно и характеризуются в первую очередь падением психической активности, бедностью аффекта, нарушением приспособления к окружающей среде, снижением уровня притязаний, аутизацией, склонностью к резонерству.

Грубо прогрессирующий тип течения встречается реже. Для него характерен быстрый психический распад. Предшествуют ему нарастающее падение «энергетического потенциала» в понимании К. Conrad [42], эмоциональная тупость, непродуктивность, часто явления «метафизической интоксикации».

А.В. Снежневский с сотрудниками [43, 44], отказавшись от выделения простой формы шизофрении, рассматривают описанные выше клинические явления как *simples*-синдром, свойственный, по их мнению, разным формам шизофрении с юношеским дебютом. Они выделяют следующие отличительные особенности злокачественно текущей шизофрении, куда, судя по всему, входит и простая форма с грубо прогрессирующим типом течения: раннее начало, появление негативных симптомов (ранее продуктивных), быстрое течение, полиморфизм симптоматики, отсутствие ее системности и синдромальной завершенности, высокая резистентность к терапии и тяжесть конечных состояний («тупое» или «негативистическое слабоумие» по Е. Краепелю [4], развивающееся через 1-1,5 года после манифестации). Изложенное выше, согласно данным этих авторов, относится в равной степени к гебефренической, кататонической (люцидный вариант) и ранней параноидной шизофрении. Наблюдения Н.П. Татаренко, В.М. Милявского [45] показывают, что простая форма с грубо прогрессирующим типом течения может за несколько лет привести к состоянию пол-

ного психического распада.

А.Г. Петровой [38] была установлена зависимость между уровнем сохранности критики со стороны больного к изменениям, происшедшим с его личностью, и тяжестью процесса. Так, у больных с вялым относительно благоприятным типом течения простой формы шизофрении сохранились критическое отношение к болезни и довольно адекватные эмоциональные реакции на нее. У больных с более прогрессивным типом течения процесса имелось лишь «чувство болезни», относившееся, по преимуществу, к соматической сфере. И, наконец, у больных с грубо прогрессивным, наиболее злокачественным типом течения совершенно отсутствовали эмоциональная реакция на болезнь и критическое к ней отношение.

Комплексное исследование больных с простой формы шизофрении, с изучением ряда безусловных рефлексов (зрачковый компонент ориентировочной реакции, некоторых широко кортиколизованных вегетативных реакций) и процессов отвлечения и обобщения позволило А.Г. Петровой [38] на общем фоне преобладания реакции торможения установить ряд специфических особенностей простой формы: почти полное отсутствие фазовых явлений, высокая степень торможения безусловнорефлекторных реакций в сравнении с условнорефлекторными и речевыми. Знаменательно то, что характер и общая направленность патологических сдвигов были наиболее отчетливо выражены у больных с полным отсутствием критического отношения к болезни. Данный автор полагает, что выделенные ею клинические группы простой формы шизофрении можно с известным основанием считать стадиями болезни независимого от того, как долго они длятся.

Поскольку психопатологические состояния при простом типе шизофрении довольно трудно поддаются терапии, необходимо учитывать, что приклеивание ярлыка шизофрении может принести больному больше вреда, чем пользы, поэтому необходимо соблюдать осторожность при постановке данного диагноза. Тем более, что простую шизофрению Е. Kraepelin [46] относил к редким формам и предполагал, что она может быть начальным этапом развития других форм шизофрении. К. Leonhard [47] и К. Jaspers [48]

ставили под сомнение ее существование, а Т. Bilikiewicz [49] наоборот, считал простую форму шизофрении часто встречающейся и служащей основой для развития других форм заболевания. Вышеизложенные противоречивые данные не позволили американским психиатрам включить ее в качестве подтипа шизофрении в национальную классификацию DSM-IV-TM [7].

Сомнения в обоснованности выделения простой формы шизофрении в какой-то степени смыкаются с указаниями самых авторитетных ученых на большие трудности дифференциальной диагностики простой формы от олигофрении и психотических вспышек на ее фоне [50-52] и от постинфекционного слабоумия и последствий перенесенного в детстве энцефалита [53]. Однако легкие случаи олигофрении отличаются равномерной слабостью памяти суждений вплоть до неспособности к абстрактным понятиям при сохранности низших чувств и влечений и адаптационной активности в конкретной ситуации. При простой же шизофрении, напротив, грубо страдает адаптационная активность в конкретной ситуации, выражена чувственная тупость при сохранении памяти и возможности абстрактных суждений, что позволяет отдифференцировать ее от олигофрении. Также и при последствиях детского энцефалита, отражающегося, главным образом, на недостаточности памяти и интеллекта, не наблюдается атаксических расстройств мышления и чувственной тупости, а напротив, налицо расторможенность, усиление низших чувств, влечений и повышенная аффективность. И хотя дифференциальная диагностика здесь весьма деликатна, все же она оказывается практически возможной и, таким образом, не противоречит выделению простой формы шизофрении.

Следовательно, клиническая картина, течение, острота и тяжесть и простой шизофрении, как и шизофрении в целом, чрезвычайно разнообразны, что зависит от многих этиологических и патогенетических факторов, определяется взаимодействием наследственной отягощенности, условий воспитания, типа и структуры личности, актуальной ситуацией возникновения психоза, образования, профессии, жизненного опыта, семейного положения и других факторов, что нуждается в дальнейшем тщательном исследовании.

ДО ВИВЧЕННЯ КЛІНІКИ ПРОСТОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ

Харківський міський благодійний фонд психосоціальної реабілітації осіб із проблемами психіки,
м. Харків

У роботі висвітлюються питання клініки простої форми шизофренії. Приділена увага питанням обґрунтованості виділення даної форми шизофренії, її характерному стрижньовому розладу – редукції енергетичного потенціалу, продуктивним короткочасним психотичних епізодам і дефіцитарним розладам, особливостям типу перебігу та завершенням простої шизофренії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 2 (27). — С. 67-73).

P.T. Petryuk

TO THE STUDY OF CLINIC SIMPLE FORMS OF SCHIZOPHRENIA

Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche,
Kharkiv

In work the questions of clinic are lighted simple forms of schizophrenia. Attention the questions of validity of selection of this form of schizophrenia is spared, to its characteristic bar disorder – reduction of power potential, productive brief psychotic episodes and deficit disorders, features of type of flow and ends stand schizophrenias. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 2 (27). — P. 67-73).

Литература

1. Morel B. Traite des maladies mentales / B. Morel. – Paris: Masson, 1860. – 258 p.
2. Kraepelin E. Der psychologische Versuch in der Psychiatrie / E. Kraepelin // Psychol. Arbeiten. – 1896. – Bd 1. – S. 1-91.
3. Diem O. Die einfach demente Form der Dementia praecox (Dementia simplex) / O. Diem // Arch. Psychiatr. – 1903. – Bd. 37. – P. 111-187.
4. Kraepelin E. Zur Diagnose und Prognose der Dementia Praecox / E. Kraepelin // Heidelberger Versammlung. – 1898. – 26-27 November. – N 1. – S. 56.
5. Kraepelin E. Vergleichende Psychiatrie / E. Kraepelin // Cbl. Nervenheilk. Psych. – 1904. – Bd. 27. – S. 433-469.
6. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophreniaen / E. Bleuler // Handbuch der Psychiatrie. – Leipzig-Wien, 1911. – 420 s.
7. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TM. – Washington: American Psychiatric Association, 1994. – 886 p.
8. (International Classification of Diseases – 10) Международная классификация болезней (10 пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике / Пер. на рус. язык под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: Адис, 1994. – 304 с.
9. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей / П.Г. Сметанников. – СПб.: СПбМАПО, 1996. – 496 с.
10. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. – 6-е изд., перераб. и доп. / П.Г. Сметанников. – М.: Медицинская книга, 2007. – 784 с.
11. Краснов В.Н. Диагностика шизофрении. Этиология шизофрении. Эпидемиология. Клиническая картина и диагностика / В.Н. Краснов // Психиатрия: Национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 443-450.
12. Психиатрия / Под ред. Н.Г. Незнанова и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 512 с.
13. Schneider K.L. Primare und secundare Symptome bei Schizophrenie / K.L. Schneider // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 1957. – Bd. 25. – S. 487-498.
14. Нисс А.И. Об одном из вариантов простой формы шизофрении в свете психофармакотерапии / А.И. Нисс // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1976. – Т. 76. – № 1. – С. 114-121.
15. Глазов В.А. Шизофрения: Клинико-экспериментальное исследование / В.А. Глазов. – М.: Медицина, 1965. – 228 с.
16. Воскресенский В.А. О псевдоастеническом синдроме в инициальном периоде шизофрении / В.А. Воскресенский // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1984. – Т. 84. – № 1. – С. 70-74.
17. Воронков Г.Л. Шизофрения / Г.Л. Воронков, И.Д. Шевчук, Б.В. Шелунцов // Справочник врача-психиатра / Под ред. Г.Л. Воронцова, А.Е. Видренко, И.Д. Шевчук. – К.: Здоров'я, 1990. – С.123-139.
18. Гулямов М.Г. Психиатрия: Учебник для студентов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов / М.Г. Гулямов. – Душанбе: Маориф, 1993. – 464 с.
19. Гильбурд О.А. Шизофрения на севере (этно-культуральные и эволюционные подходы) / О.А. Гильбурд. – Сургут: Дефис, 1998. – 292 с.
20. Гильбурд О.А. Клинические маркеры и психопатологический фон шизофрении. Сообщение IV: Семиотика простой формы / О.А. Гильбурд. // Таврический журнал психиатрии. – 2004. – Т. 8. – № 3 (28). – С. 11-15.
21. Гильбурд О.А. Социобиология шизофрении: Сообщение 3. Простая форма / О.А. Гильбурд. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2005. – № 2. – С. 16-19.
22. Гильбурд О.А. Шизофрения: семиотика, герменевтика, социобиология, антропология / О.А. Гильбурд. – М.: Издательский дом Видар-М, 2007. – 360 с.
23. Чуприков А.П. Шизофрения (клиника, диагностика, лечение): Методическое пособие / А.П. Чуприков, А.А. Педак, А.Н. Линёв. – К.: Б.и., 1999. – 126 с.
24. Семке А.В. К вопросу о клинике простой шизофрении / А.В. Семке, Е.Г. Корнетов // XIII съезд психиатров России: Материалы съезда (г. Москва, 10-13 октября 2000 г.). – М.: Б.и., 2000. – С. 62-63.
25. Корнетова Е.Г. Простая шизофрения в фокусе конституционального учения / Е.Г. Корнетова, А.Н. Корнетов // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2001. – № 1 (8). – С. 105-109.
26. Напресенко О.К. Шизофрения / О.К. Напресенко, И.И. Кутько // Психиатрия / О.К. Напресенко, И.И. Влох, О.З. Голубков та ін.; За ред. проф. О.К. Напресенка. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 322-352.
27. Корнетова Е.Г. Простая шизофрения: Эволюция клинических представлений / Е.Г. Корнетова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – № 1. – С. 106-114.
28. Обухов С.Г. Психиатрия: Уч. пособие / С.Г. Обухов / Под ред. Ю.А. Александровского – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 352 с.
29. Психиатрия и наркология: Учебник / В.Л. Гавенко, В.С. Битенский, А.К. Напресенко и др.; Под ред. В.Л. Гавенко, В.С. Битенского. – К.: Медицина, 2009. – 488 с.
30. Handbook of Schizophrenia / H.A. Nasrallah, D.R. Weinberger, F.A. Henns, L.E. Delisi, M.T. Tsung, J.C. Simpson, M.I. Herz, S.J. Keith, J.P. Docherty, S.R. Steinhauer, J.H. Gruzeiler, J. Zubin (eds.). – Vol. 1-5. – Amsterdam-New York: Elsevier, 1986-1990 (Every volume about 600 p).
31. (Gelder M.) Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии: В 2 т. / (M. Gelder, D. Gath, R. Mayou) М. Гель дер, Д. Гэт, Р.Мейо; Пер. с англ. – К.: Сфера, 1997. – Т. 1. – 300 с.; Т. 2. – 436 с.
32. Sharma T. The Early Course of Schizophrenia / T. Sharma, P.D. Harvey. – Oxford: University Press, 2006. – 264 p.
33. The Maudsley Handbook of Practical Psychiatry / Edited by D. Goldberg, R. Murray. – 5th edn. – Oxford: University Press, 2006. – 256 p.
34. Джонс П.Б. Шизофрения / П.Б. Джонс, П.Ф. Бакли; Пер. с англ. / Под общ. ред. проф. С.Н. Мосолова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 194 с.
35. Kretschmer E. Kurperbau und Charakter / E. Kretschmer. – 1

Aufl. – Berlin: Springer, 1921. – 192 s.

36. Блохина В.П. Мотивация некоторых особенностей поведения больных шизофренией / В.П. Блохина // Вопросы невропатологии и психиатрии и организации психоневрологической помощи: Тез. и реф. докл. Запорожской межобл. научн.-практ. конф. (г. Запорожье, 8-10 октября 1964 г.). – Запорожье: Б.и., 1964. – С. 86-87.

37. Kalinowski A. Kriteria diagnostyczna i rokowanie w schizofrenii prostej / A. Kalinowski // Psychiatr. Pol. – 1980. – Т. 14. – N 5. – S. 497-502.

38. Петрова А.Г. Некоторые клинико-патофизиологические особенности простой формы шизофрении / А.Г. Петрова // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1964. – Т. 64. – № 1. – С. 80-84.

39. Ротштейн Г.А. Ипохондрическая шизофрения / Г.А. Ротштейн. – М.: ГНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1961. – 138 с.

40. Морозов В.М. Об истерических симптомах и явлениях навязчивости при шизофрении / В.М. Морозов, Р.А. Наджаров // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1956. – Т. 56. – № 12. – С. 937-941.

41. Косенко Е.Д. Клиника и течение простой формы шизофрении / Е.Д. Косенко // Вопросы психиатрии. – 1968. – Вып. 1. – С. 73-78.

42. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie / K. Conrad. – Stuttgart: Georg Thieme, 1958. – 315 s.

43. Снежневский А.В. Симптоматология и нозология / А.В. Снежневский // Шизофрения: Клиника и патогенез / Под общ. ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1969. – С.5-28.

44. Снежневский А.В. Nosos et pathos schizophreniae / А.В. Снежневский // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1972. – С. 5-15.

45. Татаренко Н.П. Начало, формы, типы течения и исход шизофрении / Н.П. Татаренко, В.Н. Милаевский // Шизофрения / Городкова Т.М., Корнетов А.Н., Лившиц С.М. и др.; Под общ. ред. проф. И.А. Полищука. – К.: Здоров'я, 1976. – С. 56-90.

46. (Kraepelin E.) Крепелин Е. Учебник психиатрии для врачей и студентов / (E. Kraepelin) Е. Крепелин; Пер. с нем. – СПб, 1910. – Т. 1. – 468 с.; 1912. – Т. 2. – 578 с.

47. Leonhard K. Aufteilung der endogenen Psychosen / K. Leonhard. – Berlin: Akademie-Verlag, 1957. – 526 s.

48. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie / K. Jaspers. – Achte unveränd. Auflage. – Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag, 1965. – 748 S.

49. Bilikiewicz T. Psychiatria kliniczna / T. Bilikiewicz. – Wydanie V. – Warszawa: PZWL, 1973. – 936 S.

50. Осипов В.П. Руководство по психиатрии / В.П. Осипов. – М.-Л.: Госиздат, 1931. – 596 с.

51. Гиляровский В.А. Психиатрия: Руководство для врачей и студентов / В.А. Гиляровский. – 4-е изд., испр. и доп. – 1954. – 520 с.

52. (Bleuler E.) Блейлер Е. Руководство по психиатрии / (E. Bleuler) Е. Блейлер; Пер. с нем. – Берлин: Врач, 1920. – 542 с.

53. Иванов-Смоленский А.Г. Очерки нейродинамической психиатрии / А.Г. Иванов-Смоленский. – М.: Медицина, 1974. – 568 с.

Поступила в редакцию 17.01.2011