

**НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**

УДК 616.89:616.895.87-03

*П. Т. Петрюк***К ИЗУЧЕНИЮ КЛИНИКИ ПАРАНОИДНОЙ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ  
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики

Ключевые слова: параноидная форма шизофрении, клиника, изучение

Параноидная форма шизофрении является наиболее часто встречающейся и сложной по клинической картине, течению и исходу шизофреническим расстройством. Развивается она в возрасте старше 20-23 лет, однако возможно и раннее начало в юношеском возрасте, т.е. позже, чем при гебефренической и кататонической форме шизофрении. Следует отметить, что в клинической картине галлюцинаторно-параноидные и бредовые переживания, являющиеся основными синдромами при параноидной шизофрении, нередко могут наблюдаться в структуре психических нарушений при простой, гебефренической и кататонической шизофрении, а отдельные признаки последних – в структуре параноидной шизофрении. А.Б. Смулевич [1] описывает параноидные включения при различных вариантах малопрогрессирующей шизофрении.

Клинические проявления при параноидной шизофрении характеризуются относительно стабильным, в основном, параноидным бредом, обычно сопровождающимся галлюцинациями, особенно слуховыми, расстройствами восприятия. Расстройства эмоциональной сферы, волевые и речевые нарушения, кататонические симптомы слабо выражены. В типичных случаях параноидная шизофрения обычно начинается исподволь. Хотя параноидную шизофрению диагностируют по наличию приведенных симптомов, как уже указывалось выше, решающую роль при этом играет наличие основной шизофренической симптоматики, то есть симптомов „первого ранга” по K.L. Schneider [2]. При их наличии диагностика шизофрении считается более достоверной и убедительной. Но иллюзорные, галлюцинаторные и бредовые эпизоды нередко наблюдаются при вялотекущей, неврозоподобной и психопатоподобной шизофрении [1, 3-7].

Как правило, при параноидной шизофрении на разных этапах ее развития отмечаются разнообразные аффективные нарушения (тревога, страх, эмоциональная гиперестезия, уплощение и т.п.), кататонические (негативизм, мутизм, ступорозная скованность, амбитендентность и амбивалентность), онейроидные и другие симптомы. Поэтому, помимо ранее перечисленных, выделяют варианты аффективно-параноидный (депрессивно-параноидный, маниакально-параноидный, тревожно-параноидный и другие), кататонический-параноидный и т.д. По течению параноидную шизофрению выделяют со злокачественным и доброкачественным, периодическим, приступообразно-прогредиентным и непрерывным течением.

Таким образом, параноидная шизофрения по клиническим проявлениям, течению и исходу обладает большим разнообразием, о чем свидетельствуют многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов [8-65]. В свою очередь, это разнообразие указывает на многофакторность этиологии и патогенеза параноидной шизофрении.

Инициальный этап чаще характеризуется отдельными навязчивыми явлениями, ипохондрией, нестойкими, эпизодическими или более систематизированными бредовыми идеями (преследования, воздействия, отношения, ревности, режы – бредовые идеи величия и др.). Уже на этом этапе могут появляться изменения личности в виде замкнутости, ригидности, утраты аффективной гибкости, сужения эмоциональных реакций. Затем на фоне несистематизированных идей или неврозоподобных явлений возникают вербальные иллюзии, сочетающиеся с их бредовой интерпретацией, вслед за которыми возникают истинные вербальные галлюцинации, галлюцинаторный монолог и диалог, императив-

ные галлюцинации. В дальнейшем начинают преобладать синдром Кандинского-Клерамбо с развивающимся симптомом открытости, идеаторным, сенестопатическим, речедвигательным (идеомоторным) и моторным автоматизмами. Осевым синдромом, на этом этапе, является вербальный псевдогаллюциноз; бредовые расстройства носят галлюцинаторный характер.

В начале инициального этапа параноидной шизофрении часто наблюдается растерянность, беспричинная тревога и страх, явления деперсонализации и дереализации, бредовое настроение и бредовая установка, феномен бредового озарения с первичным бредовым («истинным» – с позиций больного) пониманием окружающего [66-73]. Наиболее детально формирование бредовых переживаний у больных с остро возникающей шизофренией описал О.В. Кербиков [9]. В соответствии с его данными, окружающие предметы, люди и ситуация при этом приобретает особый смысл, особое отношение к больному, но и сам больной нередко чувствует внезапно или постепенно возникающее в нем изменение своего соматического и психического «Я». Бред (первичный, или интеллектуальный, и вторичный, то есть эмоциогенный или галлюцинаторный) различного содержания может возникнуть остро, подостро и постепенно, по механизму бредовой перестройки отношения к себе и к окружающей реальной действительности, исходя из первичного нарушения мыслительных процессов, интеллектуальной оценки эмоционально-ситуационных или иллюзорно-галлюцинаторных переживаний.

Острый, внезапно возникающий, особенно без видимой причины, первичный бред некоторые психиатры относят к наиболее существенным проявлениям шизофрении [6, 7, 9, 74, 75], хотя ранее высказывались и другие мнения, например, что это острая неспецифическая психопатологическая реакция, которая может быть и при психозах экзогенной природы [76-83]. В.А. Дереча [84] считал, что генез основных психопатологических изменений начального этапа представляется как следствие патокинеза от неспецифических общепатологических регистров до уровней и механизмов, характерных для всей группы сходных заболеваний. В развитии инициального этапа автор выделял три типа изменений, наслаивающихся друг на друга во времени: первыми появляются неврозоподобные расстройства, к ним присоединяются такие изменения личности, ее интересов и потребностей, которые считаются характерными только для

шизофрении; наконец появляется группа признаков третьего порядка – изменения аффективной направленности, параноийальные и параноидные нарушения. Появлению бредовых идей предшествуют недифференцированные формы страха.

Г.П. Пантелеева [85], обследовав 225 больных шизофренией, которая у 98 больных манифестировала острым параноидом, а у 127 больных – острым синдромом Кандинского-Клерамбо, отметила неоднородность клинической картины. В обеих группах психопатологическую основу составлял синдром острого параноида, однако в первой группе были варианты с преобладанием острого чувственного или интерпретативного бреда, а во второй – симптоматика синдрома Кандинского-Клерамбо входила в структуру острого параноида с бредом восприятия, острого чувственного или острого интерпретативного бреда. Наряду с отмеченным разнообразием клинических проявлений у 70,2% больных отмечались симптомы экзогенного типа в связи с участием в развитии психоза экзогенных факторов, преимущественно (у 105 больных, или 46,6%) психогенных (психотравмирующих ситуаций), как провоцирующих. Автором при этом выделены и разновидности течения: в виде шизофренической реакции в динамике латентной шизофрении, рекуррентного, шубообразного и непрерывного, которые зависели от доманифестной «почвы» (непрерывный ряд переходов от психопатии к латентной шизофрении).

Для острого начала параноидной шизофрении характерно внезапное изменение поведения, нередко в виде внешне беспричинного психомоторного возбуждения с агрессивным поведением, разорванностью мышления и бредовыми высказываниями, или в виде внезапного беспредметного страха, тревоги, оцепенения, странного поведения и т.п. При медленном начале внешние формы поведения иногда длительное время остаются неизменными, но временами отмечаются эпизоды неадекватной подозрительности, бредоподобные высказывания, странные поступки, гримасы и жесты, потеря инициативы и прежних интересов, стремление к уединению, жалобы на чувство пустоты в голове, несосредоточенности мышления, безразличия и т.п. Нередко заболевание начинается с медленно нарастающей псевдоневротической симптоматики (необычных навязчивых и сверхценных мыслей и желаний, чувства вялости и снижения работоспособности, различных своеобразных ощущений со стороны своего тела и др.). А.Д. Зурабашвили [86] считал, что такое снижение

психоэнергетических возможностей личности составляет самый ранний и основной симптом в клинической феноменологии шизофренического процесса.

Интересны взгляды исследователей на механизм возникновения бреда при шизофрении. Так, О.В. Кербиков [9] первичное появление бредового понимания окружающего и самого себя считал одним из важных признаков шизофренического процесса. Он объяснял это спутанностью аффекта и мышления. По мнению Н. Еу [82, 83] и А. Керпински [68-70], основной чертой параноидной шизофрении является изменение восприятия и понимания структуры своего и окружающего мира. В возникновении бреда выделяют три фазы – ожидания (предвестников), озарения и систематизации, а также три этапа в развитии шизофренического процесса – овладения, адаптации и деградации.

В фазе предвестников, описанного К. Jaspers [66] как *Wahnstimmung* – «бредовое настроение», отмечается состояние странного напряжения, беспокойства, чувство неизбежности чего-то грядущего, неопределенной угрозы со стороны окружающего, ощущения того, что должно что-то произойти, то, что прервет чувство неопределенности, разгонит темноту, окружающую больного. В связи с этим постепенно нарастает неуверенность, тревожность, настороженность, склонность к сверхценному восприятию, чувствованию, пониманию и истолкованию.

С наступлением фазы озарения, по мнению А. Керпински [68-70], происходит внезапное прозрение, все становится понятным и ясным, в бредовом озарении с этого момента окружающее и сам больной видятся и понимаются иначе, рождается новый человек с бредовой уверенностью, знающий «истинную правду», который мир видит уже другими глазами.

В фазе систематизации, или кристаллизации бреда, пока еще отрывочное бредовое понимание начинает формироваться в сложную, целостную, с разной степенью систематизации концепцию бредового истолкования всего окружающего и себя или отдельных явлений. Бредовая концепция охватывает все личностные проявления, ей подчиняются воспоминания прошлого, восприятие настоящего (поведение близких и незнакомых людей, мельчайшие детали окружающей ситуации и т.д.), изменения эмоциональных переживаний своих и окружающих людей. Нет ничего, чтобы с ней каким-то образом не было связано («overinclusion» – «чрезмерное включение», в соответствии с современной пси-

хологической терминологией). Как отмечает А. Керпински [68-70], у больного усиливается эгоцентричность психологической структуры, исчезает нормальная перспектива, которая позволяет отделять то, «что меня касается» от того, «что меня не касается», в результате чего окружающее приобретает какое-то особое отношение к нему, все начинает касаться его, заостряться наблюдательность и память. При повышенном самовосприятии бредовые идеи имеют характер величия и всемогущества, при пониженном – преследования и управления извне, но часто отмечается и их сочетание, с колебаниями, преобладанием того или другого, что дает большое разнообразие клиническим проявлениям параноидной шизофрении.

В развитии шизофренического процесса выделяют три этапа – овладения, адаптации и деградации. Однако это не значит, что всегда все три периода обязательно должны выделяться в каждом случае шизофрении; иногда после первого и второго периода больной полностью выздоравливает, и трудно найти в его личности следы деградации. Иногда первые два периода бывают очень короткими и протекают незамеченными, больной как бы сразу вступает в стадию деградации. Так бывает, к примеру, в случаях простой и гебефренической шизофрении.

В стадии овладения, то есть начального этапа шизофренического процесса, больной внезапно или постепенно как бы сам меняется или оказывается в другом (враждебном или благосклонном) мире. В стадии адаптации вначале больной единственно правдивым считает свое бредовое восприятие мира, однако, постепенно адаптируясь в болезненных переживаниях, начинает в какой-то мере воспринимать и реальное окружение (двойная ориентировка), с улучшением состояния эта тенденция усиливается, появляется критическое отношение к болезни. Но вместо выздоровления (ремиссии) могут все больше выступать признаки этапа деградации, бездеятельности, чему могут способствовать некоторые методы активной терапии, длительное пребывание больного в больничных условиях. В поздних стадиях обычно наступает стабилизация состояния с преобладанием одного из типов бреда, чаще бреда преследования [50, 51, 68-70, 87-90].

К. Conrad [91] подробно описал течение и стадии шизофрении: а) трема (утрата единства восприятия внутреннего и внешнего мира; возникает чувство потери свободы, неузнаваемости мира (вариант деперсонализации) или чувство

неспособности к общению); б) апофения (утрата единства восприятия внутреннего и внешнего мира достигает такой степени, что нарушается связь между неразделимыми понятиями; это приводит к бреду и другим параноидным симптомам); в) апокалипсис (полное разрушение единства восприятия, фрагментация психической жизни и самосознания (фрагментация «Эго»); г) стадия консолидации и остаточного дефекта. Исследованное автором постоянно прогрессирующее течение встречается редко, но, благодаря взглядам К. Conrad, психиатры стали уделять больше внимания зависимости симптоматики от длительности заболевания, а также тому тяжелому психологическому кризису, который переживают некоторые больные на ранних стадиях данного расстройства.

Таким образом, течение шизофренического процесса, в том числе и параноидной шизофрении, подчиняется тем же закономерностям, которые в свое время выявил Н. Selye (1956) в течении соматических заболеваний, – трехфазном синдроме стресса (реакция тревоги, стадия сопротивления и стадия истощения) [92].

Нередко источником развития бреда служат нарушения восприятия окружающего мира и себя, а также расстройства аффективной сферы. В результате этого на всех этапах развития параноидной шизофрении могут быть состояния с отчетливым проявлением либо бреда, либо галлюцинаций, что некоторыми психиатрами объясняется наличием у пациента мыслительного или художественного типа личности, хотя, как правило, наблюдается в клинической картине те и другие расстройства. Акцент бредовых переживаний может быть больше на изменениях восприятия или мыслительной оценки то окружающего, то внутреннего мира больного. G. Huber, G. Gross [93] наименованием «бред» обозначали только те психопатологические феномены, которые Н.W. Gruhle и, частично, К. Jaspers называли «первичным бредом», и относили к бредовым переживаниям расстройства, которые в специальной психиатрической литературе обозначались как «вторичный бред», вытекающий из галлюцинаторных, аффективных и других расстройств. Фазное развитие шизофренического бреда на первом этапе характеризуется бредовым настроением, но еще не сопровождающимся идеями отношения; на втором этапе появляется бредовое восприятие отношения воспринимаемого к собственной личности; на третьем этапе – бредовые идеи и восприятия имеют явный характер «особого отношения окру-

жающего к личности больного» и (или) уже конкретное бредовое значение.

Среди галлюцинаторных расстройств (истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации) обычно преобладают слуховые, вербальные, непосредственно связанные с механизмами абстрактного мышления, но нередко наблюдаются тактильные, телесные, вкусовые, обонятельные, реже – зрительные галлюцинаторные расстройства. E. Bleuler [49], в отличие от некоторых других авторов, нарушениям сферы ощущений и восприятий при шизофрении отводит одну из главнейших ролей, включая в их число иллюзии, галлюцинации и псевдогаллюцинации всех органов чувств в психической и соматической сферах. Следовательно, эти нарушения, нередко доходящие до чувства психосоматической и психической деперсонализации и аперсонализации, часто служат поводом или источником возникновения бредовых идей физического и психического воздействия, метаморфозы и интерметаморфозы, ипохондрических, преследования и других с соответствующими формами поведения.

У больных молодого возраста и с ускоренным темпом развития расстройств в структуре психоза часто наблюдаются элементы чувственно-образного бреда (бред особого значения, инсценировки и др.), симптом иллюзии двойника, онейроидные переживания, вербальные галлюцинации. Но с замедлением темпа течения и увеличением продолжительности расстройств психопатологическая симптоматика все больше стабилизируется, бред приобретает устойчивый параноидный, паранойяльный или парафренный характер [43, 51, 56, 94-113].

В пожилом возрасте заметное место в клинической картине параноидной шизофрении занимают тревога, бредовые идеи отношения, преследования, ущерб и ипохондрического содержания с тенденцией к систематизации [60, 114-120].

В структуре параноидной шизофрении также описаны аффективно-паранойяльные синдромы. Так, Г.И. Зальцман, Р.Г. Илешева, Н.Т. Измайлова выделяют следующие синдромы: 1) депрессивно-паранойяльный без депрессивного бреда; 2) депрессивно-паранойяльный с депрессивным бредом; 3) депрессивно-паранойяльный с транзиторным бредом инсценировки и воздействия; 4) депрессивно-паранойяльный с ипохондрическим бредом; 5) маниакально-паранойяльный без маниакального бреда; 6) маниакально-паранойяльный с маниакальным бредом [121].

Характерно, что у больных параноидной шизофренией нарушается способность к узнаванию юмора, что обусловлено характерными для этих больных нарушениями мышления, а также влиянием параноидальных тенденций [122].

Л.Н. Видманова [33] выделяет четыре типа эндогенных тревожных депрессий, которые встречаются при приступообразно-прогредиентной шизофрении: 1) меланхолические заторможенные и ажитированные; 2) ипохондрические; 3) депрессии с интерпретированным и чувственным бредом; 4) депрессия с психопатоподобными проявлениями.

Параноидную шизофрению большинство отечественных исследователей рассматривают в рамках непрерывно-прогредиентного (хронического) или приступообразно-прогредиентного (эпизодического) типа течения. Однако, как показали многочисленные наблюдения, параноидная шизофрения имеет преимущественно волнообразное течение, на разных стадиях своего развития может изменяться ее тип течения, и могут наблюдаться ее переходные типы [3, 4, 29, 31, 32, 40].

Согласно диагностическим указаниям ICD-10 к параноидной шизофрении также относится и ее парафренная форма. Заболевание обычно начинается у лиц старше 30, иногда 40 лет, и характеризуется сложностью и фантастичностью бреда, сохранностью эмоциональных реакций, формальных интеллектуальных способностей, медленным нарастанием признаков дефекта. В психопатологической картине преобладают два основных компонента: галлюцинаторный – со зрительными онейроидного типа и слуховыми галлюцинациями, протекающие на фоне сохраненного сознания, и параноидный – с фантастическим систематизированным бредом различного содержания. Дальнейшее развитие процесса приводит к медленному распаду бредовой системы с преобладанием в клинической картине эмоционального дефекта.

М.О. Гурович [8], В.А. Гиляровский [123], И.Ф. Случевский [124], А.С. Тиганов [29, 125], Ст. Стоянов [126], А.П. Чуприков, А.А. Педак, А.Н. Линёв [127] и многие другие исследователи выделяют четыре варианта парафренной шизофрении.

Первый вариант – «систематизированная парафрения», характеризующаяся постепенным началом и медленными темпами развития бреда, с тенденцией к систематизации и чаще возникающая у мужчин. В дебюте заболевания прослеживаются подозрительность и идеи отноше-

ния, с дальнейшей систематизацией бреда отношения, величия, преследования, появлением слуховых галлюцинаций. Чаще вначале атематический характер псевдогаллюцинаций и истинных галлюцинаций заменяется все более четким содержанием, в котором находит отражение кристаллизирующаяся бредовая система преследования. При этом выступает своеобразная компенсация, которая выражается в утверждении больных, что если их преследуют, то это указывает на их особое значение.

Второй вариант – «экспансивная парафрения» чаще развивается у женщин и характеризуется преобладанием в клинической картине систематизированного бреда переоценки собственной личности с эротическим, религиозным, реформаторским и другим содержанием, протекающим на фоне приподнятого настроения и гипербулии. Иногда встречаются зрительные и слуховые галлюцинации.

Третий вариант – «конфабуляторная парафрения» характеризуется тем, что, кроме обманов восприятия, очень большое значение в развитии систематизированного бреда имеют обманы памяти. Больные, утверждая бредовые положения, основываются на обманах памяти, отражающих определенные эпизоды с той или иной фабулой, которая тесно связана с содержанием бредовых идей, как преследования, так и величия, сопровождающихся конфабуляторными явлениями и галлюцинациями различного содержания, имеющие эпизодический или постоянный характер.

Четвертый вариант – «фантастическая парафрения» очень напоминает предыдущую, но бредовые идеи при этом носят фантастический характер, не теряя все же систематизированной основы. Здесь выступают и обманы памяти типа фантазмов и бредовые идеи, по содержанию отражающие совершенно невероятные, но вместе с тем и не имеющие характера нелепости утверждения. Нередко на фоне сохраненного сознания могут возникать эмоционально окрашенные фантастические бредовые идеи, сценopodobные фантастические галлюцинаторные переживания и галлюцинации общего чувства.

Большое внимание в настоящее время уделяется изучению шизофренического дефекта. Исследователями нозологического направления отмечены такие изменения, как нарастающий распад мыслительных процессов, оскудение и распад бредовых построений, потеря творческого компонента в поведении, неадекватность поведения и т.п. Для антинозологически настроенных психиатров проблема специфического

дефекта при отдельных нозологических единицах или даже этиопатогенетических группах не существует. Дефект при процессуальных психических состояниях лишь в экстренных случаях бывает «чистым», в большинстве же случаев он является довольно сложным структурным образованием, включающим в себя как симптомы распада психической деятельности, так и всевозможные симптомы реакций и развития личности, а также проявлений текущего процесса. С этой точки зрения необходимо отказаться от взгляда на дефектное состояние как на неизменные статические структуры и со всей решительностью развивать структурно-динамические представления об этом сложном и тяжелом состоянии. Помимо трех выше указанных компонентов в структуре дефекта, не следует забывать и четвертый – симптомы, отражающие его компенсацию. Роль каждого из этих структурных компонентов нужно должным образом оценивать в индивидуальном диагнозе дефектного состояния и при выработке комплекса мероприятий по его смягчению или ликвидации [29, 128-136].

Одним из основных проявлений шизофренического дефекта принято считать эмоциональный дефект – эмоциональную тупость, то есть совокупность таких симптомов, как слабость эмоциональных реакций, эмоциональных контактов, оскудение чувств, эмоциональная холодность, переходящая в полное равнодушие и безучастность, неадекватность эмоционального реагирования, эмоциональная несдержанность и т.д. Генез и структурные особенности этого вида шизофренического дефекта различны, о чем свидетельствуют работы А.В. Снежневского [39, 137, 138], Д.Е. Мелехова [139], В.Ю. Воробьева [140], Н.Е. Бачерикова [141], А.С. Тиганова [29], С.Ю. Циркина [142], М.А. Морозова, А.Г. Бениашвили, В.В. Рубашкина [134], G. Huber, G. Gross, R. Schttler [143], H. Ey [83] и других.

В структуре шизофренического дефекта выделяют обратимый и необратимый компоненты. К обратимым относятся остаточные продуктивные психотические расстройства, а к необратимым – состояния «чистого» дефекта, которые соответствуют «редукции энергетического по-

тенциала» или «динамическому опустошению». Многие авторы указывают на отсутствие нозологической специфичности «чистого» дефекта, который не отличим от резидуальных явлений при некоторых органических поражениях или тяжелых неврозах, развитиях и реакциях. «Чистый» дефект выражается в замедлении перцептивных и моторных функций, снижении зрительно-моторной координации, ослаблении избирательного внимания, соскальзывании и недостаточной управляемости мыслительных актов, изменениях когнитивных и речевых функций.

Н.С. Курек [144], анализируя структуру эмоциональной тупости с использованием трех основных компонентов (когнитивный, собственно аффективный и поведенческий), установил дефицит положительных эмоций и интактность отрицательных; нарушение «когнитивного аспекта» эмоционального процесса в виде полной недооценки больными шизофренией эмоций и эмоциональных ситуаций, как у себя, так и у другого человека; диссоциацию, расщепление трех, выделенных выше, компонентов эмоционального процесса. Так, при «диссоциации интеллекта и аффекта» сохранен когнитивный компонент (восприятие эмоций другого человека) и нарушен собственно аффективный и поведенческий компоненты. При «психической анестезии» (одной из форм деперсонализации), наоборот, нарушен когнитивный аспект (недооценивается выраженность собственных эмоций) и сохранены собственно аффективный и поведенческий компоненты. А при «эмоциональной холодности» сниженные «собственно аффективный» и когнитивный компоненты сочетаются с интактным поведенческим компонентом.

Таким образом, клиническая картина, течение, острота и тяжесть параноидной шизофрении, как и шизофрении в целом, чрезвычайно разнообразны. Это, вне сомнения, 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, которые нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

ДО ВИВЧЕННЯ КЛІНІКИ ПАРАНОЇДНОЇ ФОРМИ ШИЗОФРЕНІЇ  
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Харківський міський благодійний фонд психосоціальної реабілітації осіб із проблемами психіки

У роботі обговорюються питання клініки параноїдної форми шизофренії, що найчастіше зустрічається і є найбільше складною по клініці. Детально висвітлюються етапи розвитку шизофренічного процесу, галюцинаторні та маячні розлади, механізми виникнення маячення, афективно-параноїдальні і тривожні розлади, питання шизофренічного дефекту. Приводиться порівняльний аналіз різних точок зору багатьох дослідників із згаданої проблеми. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 122-130).

P.T. Petryuk

TO THE STUDY OF CLINIC OF PARANOID FORM OF SCHIZOPHRENIA  
(REVIEW OF LITERATURE)

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

In work the questions of clinic come into question most often meeting and difficult on a clinic paranoid form of schizophrenia. The stages of development of schizophrenia process are lighted in detail, hallucinatory and raving disorders, mechanisms of origin of delirium, disorders of highly affective-paranoid and anxious, questions of schizophrenia defect. A comparative analysis over of different|diverse| points of view of many researchers is brought on mentioned issue. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 122-130).

Література

1. Смулевич А.Б. Малопрогредіентная шизофренія і пограничні стосунки. — М.: Медицина, 1987. — 240 с.
2. Schneider K.L. Primare und secundare Symptome bei Schizophrenie // Fortschr. Neurol. Psychiatr. — 1957. — Bd. 25. — S. 487-498.
3. Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. Клинические проявления шизофрении // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — Т. 1. — М.: Медицина, 1983. — С. 304-355.
4. Наджаров Р.А., Тиганов А.С., Смулевич А.Б., Шахматов Н.Ф., Иванов Вл. Шизофрения // Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. — В 2-х т. — Т. 1. — М.: Медицина, 1988. — С. 420-485.
5. Жариков Н.М. Шизофрения // Жариков Н.М., Урсова Л.Г., Хритинин Д.Ф. Психиатрия. — М.: Медицина, 1989. — С. 419-444.
6. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. — СПб.: СПбМАПО, 1996. — 496 с.
7. Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. — 6-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицинская книга, 2007. — 784 с.
8. Гуревич М.О. Психиатрия. — М.: Медгиз, 1949. — 502 с.
9. Кербигов О.В. Острая шизофрения. — М.: Медицина, 1949. — 176 с.
10. Кербигов О.В. Шизофрения как нозологическая проблема // Шизофрения (вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии): Доклады на Всесоюзном совещании по проблеме шизофрении. — М.: ВНОИП, 1962. — С. 5-18.
11. Кербигов О.В. Избранные труды. — М.: Медицина, 1971. — 312 с.
12. Ротштейн Г.А. Ипохондрическая шизофрения. — М.: ГНИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1961. — 138 с.
13. Амбрумова А.Г. Течение шизофрении по данным отдаленного катамнеза. — М.: НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1962. — 218 с.
14. Зеневич Г.В. Возможности унификации понятия „шизофрени“ в клинической практике // Шизофрения (вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии): Доклады на Всесоюзном совещании по проблеме шизофрении. — М.: ВНОИП, 1962. — С. 156-162.
15. Халецкий А.М. Шизофрения, ее границы и психопатологические особенности // Шизофрения (вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии): Доклады на Всесоюзном совещании по проблеме шизофрении. — М.: ВНОИП, 1962. — С. 56-65.
16. Халецкий А.М. Вопросы классификации и психопатологии парафрени // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1973. — Т. 73. — № 1. — С. 56-65.
17. Стрельцова Н.И. Клинико-патологические данные о начале и развитии шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1964. — Т. 64. — № 1. — С. 75-79.
18. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии: Клинико-патогенетические зависимости. — М.: Медицина, 1965. — 320 с.
19. Глазов В.А. Шизофрения: Клинико-экспериментальное исследование. — М.: Медицина, 1965. — 228 с.
20. Соколова Е.Д. Клиника и психопатологические особенности галлюцинаторной и галлюцинаторно-параноидной шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1966. — Т. 66. — № 9. — С. 1377-1384.
21. Наджаров Р.А. Клиника, основные этапы учения о шизофрении и её клинических разновидностях // Шизофрения. Клиника и патогенез. — М.: Медицина, 1969. — С. 29-119.
22. Наджаров Р.А. Формы течения // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1972. — С. 16-76.
23. Фрумкин Я.П., Ревенко А.Д., Лившиц С.М. Шизофрения — шизофренические реакции // VI Всесоюз. съезд невропатол. и психиатр.: Тезисы докладов. — Т. 3. — М.: ВНОИП, 1975. — С. 130-133.
24. Полищук И.А. Концепции шизофрении // Шизофрения / Городкова Т.М., Корнетов А.Н., Лившиц С.М. и др.; Под общ. ред. проф. И.А. Полищука. — К.: Здоров'я, 1976. — С. 5-32.
25. Татаренко Н.П. Психопатология шизофрении и диагностика некоторых ее форм // Шизофрения / Городкова Т.М., Корнетов А.Н., Лившиц С.М. и др.; Под общ. ред. проф. И.А. Полищука. — К.: Здоров'я, 1976. — С. 33-55.
26. Татаренко Н.П., Милявский В.Н. Начало, формы, типы течения и исход шизофрении // 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.
27. Жариков Н.М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. — М.: Медицина, 1977. — 173 с.
28. Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения. — М.: Медицина, 1982. — 128 с.
29. Тиганов А.С. Шизофрения // Руководство по психиатрии: В 2-х т. — Т. 1. / Тиганов А.С., Снежневский А.В., Орловская Д.Д. и др.; Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 407-555.
30. Копейко Г.И. Сенситивный бред отношения в юношеском возрасте (вопросы феноменологии и динамики) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1987. — Т. 87. — № 11. — С. 1710-1716.
31. Алимов Х.А., Хамдамов Х.С., Монасыпова И.Х. О клинике и течении приступообразно-прогредиентной шизофрении с синдромом Кандинского-Клерамбо // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатр. и наркологов: Тезисы докладов (г. Москва, 25-28 октября 1988 г.). — Т. 2. — М.: ВНОИП, 1988. — С. 284-285.
32. Алимханов Ж.А. К психопатологии бредовых синдромов параноидной шизофрении // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов (г. Москва, 25-28 октября 1988 г.). — Т. 2. — М.: ВНОИП, 1988. — С. 286-288.
33. Видманова Л.Н. К вопросу о психопатологической структуре эндогенных тревожных депрессий // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тезисы докладов (г. Москва, 25-28 октября 1988 г.). — Т. 2. — М.:

ВНОПІ, 1988. – С. 296-298.

34. Пантелева Г.П. Клинико-диагностическая оценка острых бредовых синдромов при шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1989. – Т. 89. – № 1. – С. 63-68.
35. Воронков Г.Л., Шевчук И.Д., Шелунцов Б.В. Шизофрения // Справочник врача-психиатра / Под ред. Г.Л. Воронцова, А.Е. Видренко, И.Д. Шевчук. – К.: Здоров'я, 1990. – С.123-139.
36. Кузнецов В.М., Чернявський В.М. Психіатрія. – К.: Здоров'я, 1993. – 344 с.
37. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. – М.: „Экспертное бюро-М“, 1997. – 496 с.
38. Марута Н.А., Бачериков А.Н. Особенности манифеста различных форм шизофрении (диагностика и принципы терапии) // Международный медицинский журнал. – 2002. – № 1-2. – С. 46-52.
39. Снежневский А.В. Клиническая психиатрия (избранные труды). – М.: ОАО «Изд-во «Медицина», 2004. – 272 с.
40. Сергеев И.И. Шизофрения // Психиатрия: Учебник для студентов мед. вузов / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 345-370.
41. Гильбурд О.А. Клинические маркеры и психопатологический фон шизофрении. Сообщение V: Семиотика параноидной формы // Таврический журнал психиатрии. – 2004б. – Т. 8. – № 4 (29). – С. 10-15.
42. Гильбурд О.А. Шизофрения: семиотика, герменевтика, социобиология, антропология. – М.: Издательский дом Видар-М, 2007. – 360 с.
43. Гурьева В.А. Шизофрения. Инициальный деликт, криминальная манифестация // Клиническая и судебная подростковая психиатрия / В.А. Гурьева, Т.Б. Дмитриева, Е.В. Макушкин и др.; Под ред. В.А. Гурьевой. – М.: ООО „Медицинское информационное агентство“, 2007. – С. 158-182.
44. Марута Н.А. Первый эпизод шизофрении (диагностика и терапия) // Укр. вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15. – Вип. 1 (50). – С. 206-207.
45. Марута Н.А., Явдак И.А. Применение ризпаксола в терапии больных шизофренией // Укр. вісник психоневрології. – 2008. – Т. 16. – Вип. 4 (57). – С. 45-49.
46. Психиатрия и наркология: Учебник / В.Л. Гавенко, В.С. Битенский, А.К. Напреенко и др.; Под ред. В.Л. Гавенко, В.С. Битенского. – К.: Медицина, 2009. – 488 с.
47. Astrup Chr. Die Schizophrenien. – Leipzig: Hirzel Verlag, 1967. – 279 S.
48. Wyrsh J. Эндогенные психозы. Клиника шизофрении // Клиническая психиатрия: Пер. с нем. Б.М. Сегала и И.Х. Дворецкого / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Миоллера. – М.: Медицина, 1967. – С. 9-58.
49. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie – 12 Auflage neubearbeitet von M. Bleuler. – New York: Springer-Verlag (Berlin), 1972. – 704 s.
50. Bleuler M. Die schizophrenen Geistesstörungen. – Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1972. – 673 s.
51. Bleuler M. On schizophrenic Psychoses // Amer. J. Psychiatry. – 1979. – V. 136. – N 11. – P. 1403-1409.
52. Lempriere T., Feline A. Abrege de Psychiatrie de 1<sup>re</sup> edulite. f Paris: Masson, 1977. – 430 p.
53. Rennert H. Zur Entstehung und Einordnung psychischer Krankheiten aus der Sicht einer Universalgenese der Psychosen // Psychiatr. Neurol. med. Psychol. – 1977. – N 1. – S. 9-13.
54. Милев В. Халюцинации. Происход и сущност. – София: Медицина и физкультура, 1979. – 168 с.
55. Scharfetter Ch. Allgemeine Psychopathologie. Einführunf. – 2 bberarbeitete Auflage. – Stuttgart-New York: Thieme Verlag, 1985. – 304 s.
56. Handbook of Shizophrenia / 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).
57. Иванов В. Шизофрения. Психопатология и други болестни прояви. Клинични форми и протичане // Ръководство по психиатрия: В 2-х т. / Под ред. на проф. Христо Христов. – Т. 1. – София: Медицина и физкультура, 1987. – С. 242-261.
58. (Kaplan H.I., Sadock V.J.) Каплан Г.И., Сэдок В.Дж.. Клиническая психиатрия. – В 2 т. – Т. 1: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – С. 232-272.
59. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry / H.I. Kaplan, V.J. Sadock (Eds.). – 8th ed. – Baltimore: Williams & Wilkins, 1998. – 1401 p.
60. Kaplan H.I., Sadock V.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry: In 2 Volumes / Editors V.J. Sadock, V.A. Sadock. – Eighth Edition. – Philadelphia-Baltimore-New York-London-Buenos Aires-Hong Kong-Sydney-Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. – V. 1. – Pp. 1-2054; V. 2. – Pp. 2055-4064.
61. (Еу Н.) Эй А. Шизофрения. Очерки клиники и психопатологии: Пер. с фр. / Предисл. Ж. Гаррабе. – К.: Сфера, 1998. – 388 с.
62. Pull Ch.B. Диагностика шизофрении: обзор литературы // Шизофрения: Пер. с англ. / Под ред. М. Мэйа, Н. Сарториуса. – К.: Сфера, 2005. – С. 1-33.
63. Strauss J.S. Диагностика шизофрении: практика и теория /

/ Шизофрения: Пер. с англ. / Под ред. М. Мэйа, Н. Сарториуса. – К.: Сфера, 2005. – С. 34-35.

64. Liddle P.F. Диагноз шизофрении и ее патогенез // Шизофрения: Пер. с англ. / Под ред. М. Мэйа, Н. Сарториуса. – К.: Сфера, 2005. – С. 41-42.
65. McKenna P.J. Schizophrenia and Related Syndromes. – 2nd edn. – Routledge, 2007. – 536 p.
66. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. – Achte unveränd. Auflage. – Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag, 1965. – 748 S.
67. (Jaspers K.) Ясперс Карл. Общая психопатология: Пер. с нем. – М.: Практика, 1997. – 1056 с.
68. Kepinski A. Schizophrenia. – Wyd. 3-ie. – Warszawa: PZWL, 1979. – 284 s.
69. (Kepinski A.) Кемпинский А. Психология шизофрении: Пер. с польск. А.А. Боричева. – СПб.: Ювента, 1998. – 296 с.
70. (Kepinski A.) Кемпінські А. Шизофренія: Пер. з польськ. за ред. Н.І. Долішної. – Львів: Видавництво Мс, 2004. – 202 с.
71. Sharma T., Harvey P.D. The Early Course of Schizophrenia. – Oxford: University Press, 2006. – 264 p.
72. Amminger G.P. Leicester S., Yung A.R., Phillips L.J., Berger G.E., Francey S.M., Yuen H.P., McGorry P.D. Early-onset of symptoms predicts conversion to non-affective psychosis in ultra-high risk individuals // Schizophrenia Research. – 2006. – V. 84 (1). – P. 67-76.
73. Addington J. Cadenhead K.S., Cannon T.D., Cornblatt B., McGlashan T.H., Perkins D.O., Seidman L.J., Tsuang M., Walker E.F., Woods S.W., Heinssen R. North American prodrome longitudinal study: a collaborative multisite approach to prodromal schizophrenia research // Schizophr. Bull. – 2007. – V. 33 (3). – P. 665-672.
74. Маллер О. О патогенезе и лечении острого бреда // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1958. – Т. 58. – № 3. – С. 269-273.
75. Влох І.Й., Дишук І.П., Лісовенко В.Л., Миколайський М.В., Напреенко О.К., Сонник Г.Т. Розлади мислення // Психіатрія / О.К. Напреенко, І.Й. Влох, О.З. Голубков та ін.; За ред. проф. О.К. Напреенка. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 107-121.
76. Чистович А.С. Пособие по психиатрии. – Л.: ВММА, 1954. – 239 с.
77. Сонник Г.Т., Дишук І.П., Напреенко О.К. Психічні розлади при інфекційних захворюваннях. Нейросифіліс // Психіатрія / О.К. Напреенко, І.Й. Влох, О.З. Голубков та ін.; За ред. проф. О.К. Напреенка. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 210-236.
78. Цивилько М.А., Коркина М.В., Марилов В.В. Психические нарушения при общих и мозговых инфекциях и СПИДе // Психиатрия: Учебник для студентов мед. вузов. / М.В. Коркина, Н.Д. Лакосина, А.Е. Личко, И.И. Сергеев. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 251-272.
79. Leonhard K. Zur Pathogenese der Schizophrenien von den Endzuständen hergesehen // Schizophrenia Neurol. med. Psychol. – 1967. – N 9. – S. 321-326.
80. Ey H. La probleme de la definition et de la delimitation du groupe des schizophrenies // II Congr. Internat. Psychiat. – V. 1. – Zürich: Orell Füssli, 1959. – P. 144-151.
81. Ey H. Le fond du probleme // Rev. Med. – 1968. – V. 9. – N 24. – P. 1547-1555.
82. Ey H. La dissolution de la conscience dans le sommeil et le reve et ses rapports avec la psychopathologie // Evolut. psychiatrique. – 1970. – N 1. – P. 1-37.
83. (Еу Н.) Эй А. Шизофрения. Очерки клиники и психопатологии: Пер. с фр. / Предисл. Ж. Гаррабе. – К.: Сфера, 1998. – 388 с.
84. Дереча В.А. Эмоции как патологическое опережающее отражение в бредообразовании // Проблемы бреда, пограничные состояния и вопросы организации психиатрической помощи: Тезисы научной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения проф. П.Б. Ганнушкина / Под общ. ред. М.Ш. Вольфа (г. Москва, 29-30 июня 1975 г.). – М.: Б.и., 1975. – С. 141-143.
85. Пантелева Г.П. Клинико-диагностическая оценка острых бредовых синдромов при шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1989. – Т. 89. – № 1. – С. 63-68.
86. Зурабашвили А.Д. Проблемные вопросы клинической патофизиологии шизофрении // Шестой Всесоюз. съезд невропатолог. и психиатр.: Тезисы докладов (г. Москва, 16-20 декабря 1975 г.). – Т. 3. – М.: ВНОПІ, 1975. – С. 51-54.
87. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1981. – 496 с.
88. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1988. – 528 с.
89. Pogue-Geile M.F., Harrow M. Negative and positive symptoms in schizophrenia and depression // Schizophr. Bull. – 1984. – V. 10. – N 3. – P. 371-387.
90. Pedersen D.P. Psych. Notes. Clinical Pocket Guide. – Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005. – 218 P.
91. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. – Stuttgart: Georg Thieme, 1958. – 315 s.
92. Selye H. The stress of Life. – New York: McGrawhill, 1956. – 125 p.
93. Huber G., Gross rankungen G. Wahn. Eine deskriptiv-phnomenologische Untersuchung schizophrener Wahns. – Stuttgart:

- F. Enke Verlag, 1977. – 181 s.
94. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. – М.: Медицина, 1971. – 128 с.
95. Вроно М.Ш. Шизофрения в детском и подростковом возрасте // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – Т. 1. – М.: Медицина, 1983. – С. 355-373.
96. Ковалев В.В. О месте и роли компенсаторных психогенных образований в клинике шизофрении // Шестой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов (г. Москва, 16-20 декабря 1975 г.). – Т. 3. – М.: ВНОИП, 1975. – С. 59-62.
97. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
98. Ковалев В.В. Онтогенетическое направление в психиатрии, его теоретическое и практическое значение // Первый съезд психиатров социалистических стран / Под ред. Г.В. Морозова. – М.: ВНИИ им. В.П. Сербского, 1987. – С.70-77.
99. Мамцева В.Н. Шизофрения // Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей / Под ред. В.В. Ковалева. – М.: Медицина, 1979. – С. 330-376.
100. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
101. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. – Л.: Медицина, 1989. – 216 с.
102. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статистика и динамика). – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1989. – 256 с.
103. Булахова Л.А. Шизофрения // Детская психоневрология / Л.А. Булахова, О.М. Саган, С.Н. Зинченко и др.; Под ред. Л.А. Булаховой. – К.: Здоровья, 2001. – С. 338-348.
104. Портнов В.В. Типологическая дифференциация депрессивно-параноидных состояний при шизофрении // Психиатрия. – 2006. – № 3. – С. 7-12.
105. Lambert P.-A., Mident M. Essai sur les formes cliniques actuelles de la schizophrénie chez l'adulte // Ann. med.-psychol. – 1972. – N 4. – P. 449-483.
106. Berner P. Unter welchen Bedingungen lassen I weitere Veraufsforschungen noch neue Erkenntnisse über die endogenen Psychosen erwarten // Psychiatr. Klin. – 1982. – N 3. – S. 197-198.
107. Armenteros J.L., Fenneii V.W., Hallin A., Adams P.B., Pomerantz P., Michell M., Sanches L.E., Campbell M. Schizophrenia in hospitalized adolescent: clinical diagnosis DSM-III-R, DSM-IV, and ICD-10 criteria // Psychopharmacol. Bull. – 1995. – N 31 (12). – P. 383-387.
108. Dingle A.D., Dulcan M.K. Psychiatric Disorders of Childhood and Adolescence // Clinical Psychiatry for Medical Students / Edited by A. Stoudemire. – Third Edition. – Philadelphia-New York: Lippincott-Raven Publishers, 1998. – P. 524-606.
109. Kay J., Tasman A., Liederman J.A. Psychiatry: Behavioral Science and Clinical Essentials. – Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo: W.B. Saunders Company, 2000. – 707 p.
110. Shaner R. Psychiatry. – 2-nd Edition. – Philadelphia-Baltimore-New York-London-Buenos Aires-Hong Kong-Sydney-Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. – 419 p.
111. Asarnow R.F., Nuechterlein K.H., Fogelson D., Subotnic K.L., Payne D.A., Russell A.T., Asamen J., Kuppinge H., Kendler K.S. Schizophrenia and schizophrenia-spectrum personality disorders in the first-degree relatives of children with schizophrenia: the UCLA family study // Arch. Gen. Psychiatry. – 2001. – N 58 (6). – P. 581-588.
112. Keller A., Castellanos F.X., Vaituzis A.C., Jeffries N.O., Giedd J.N., Rapoport J.L. Progressive loss of cerebellar volume in childhood-onset schizophrenia // Am. J. Psychiatry. – 2003. – N 160. – P. 128-133.
113. McClellan J.M. Early-Onset Schizophrenia // Comprehensive Textbook of Psychiatry: In 2 Volumes / Editors B.J. Sadock, V.A. Sadock. – Eighth Edition. – Philadelphia-Baltimore-New York-London-Buenos Aires-Hong Kong-Sydney-Tokyo: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. – V. 2. – P. 3307-3314.
114. Молчанова Е.К. Клиника шизофрении и особенности ее течения в пожилом и старческом возрасте // Шизофрения (клиника, патогенез, лечение): Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР / Под ред. Л.Л. Рохлина и Д.Д. Федотова. – Т. 56. – М.: Б.и., 1968. – С.196-204.
115. Шахматов Н.Ф. Бредовые формы шизофрении, манифестирующие в позднем и старческом возрасте // Шизофрения (клиника, патогенез, лечение): Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР / Под ред. Л.Л. Рохлина и Д.Д. Федотова. – Т. 56. – М.: Б.и., 1968. – С. 205-211.
116. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. – М.: Медицина, 1977. – 216 с.
117. Штернберг Э.Я. Возрастной аспект шизофрении в свете длительных катамнезов // Течение и исходы шизофрении в позднем возрасте / Под ред. Э.Я. Штернберга; АМН СССР. – М.: Медицина, 1981. – С. 162-171.
118. Горчакова Л.Н. Вялотекущая шизофрения с преобладанием астенических расстройств // Журн. невролог. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1988. – Т. 88. – № 5. – С. 76-82.
119. Castle D.J., Howard R. What do we know about the aetiology of late-onset schizophrenia? // European Psychiatry. – 1992. – N 7. – P. 99-108.
120. (Howard R., Levy R.) Ховард Р., Леви Р. Шизофрения с поздним началом, поздняя парафрения и параноидные состояния позднего возраста // Психиатрия позднего возраста: В 2 т.: Пер. с англ. / Под общ. ред. В. Позняка. – Т. 2. – К.: Сфера, 2003. – С. 290-306.
121. Зальцман Г.И., Илешева Р.Г., Измайлова Н.Т. Типология аффективно-параноидальных синдромов при шизофрении и особенности ее течения // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тезисы докладов (г. Москва, 25-28 октября 1988 г.). – Т. 2. – М.: ВНОИП, 1988. – С. 312-314.
122. Иванова Е.М. Нарушения чувства юмора при шизофрении и аффективных расстройствах: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.04 / Моск. гос. ун-т. – М., 2007. – 24 с.
123. Гиляровский В.А. Психиатрия: Руководство для врачей и студентов. – 4-е изд., испр. и доп. – 1954. – 520 с.
124. Случевский И.Ф. Психиатрия. – Л.: Медгиз, 1957. – 413 с.
125. Тиганов А.С. Психопатологические синдромы // Справочник по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1985. – С. 55-81.
126. Стоянов Ст. Парафрения // Руководство по психиатрии: В 2-х т. / Под ред. на проф. Христо Христовоз. – Т. 1. – София: Медицина и физкультура, 1987. – С. 261-268.
127. Чуприков А.П., Педак А.А., Линёв А.Н. Шизофрения (клиника, диагностика, лечение): Методическое пособие. – К.: Б.и., 1999. – 126 с.
128. Сосин И.К. Клинические варианты шизофренического дефекта // Психопатологические синдромы: Научные труды ГИДУВа. – Вып. 10. – Л.: Б.и., 1971. – С. 108-117.
129. Полищук И.А. К проблеме дефекта в психиатрии // Неврология и психиатрия: Республиканский межведомственный сборник. – Вып. 2. – К.: Здоров'я, 1972. – С. 31-36.
130. Невзорова Т.А. Лекции по психиатрии. – М.: Медицина, 1976. – 382 с.
131. Успенская Л.Я. Исходы шизофрении (клинико-эпидемиологическое исследование) // Первый съезд психиатров социалистических стран / Под ред. Г.В. Морозова. – М.: ВНИИ им. В.П. Сербского, 1987. – С. 242-247.
132. Смудевич А.Б., Воробьев В.Ю. О характере дефекта при вялотекущей шизофрении // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тезисы докладов (г. Москва, 25-28 октября 1988 г.). – Т. 2. – М.: ВНОИП, 1988. – С. 388-390.
133. (Смудевич А.Б.) Smulevich A.B. Slowly progressive schizophrenia and the boundary conditions. – Moscow: University Press, 1996. – 207 p.
134. Морозова М.А., Бениашвили А.Г., Рубашкина В.В. Шизофренический дефект в качестве терапевтической мишени (исследование терапевтической динамики неполной ремиссии у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т. 9. – № 2. – С. 59-64.
135. Еу Н. Les problemes cliniques des schizophrénies // Йvol. Psych. – 1958. – V. 23. – N. 2. – P. 149-211.
136. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
137. Снежневский А.В. Nosos et pathos schizophréniae // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. – М.: Медицина, 1972. – С. 5-15.
138. Снежневский А.В. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии: В 2 т. – Т. 1. – М.: Медицина, 1983. – С. 16-97.
139. Мелехов Д.Е. Проблема дефекта в клинике и реабилитации больных шизофренией // Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая реабилитация лиц с психическими заболеваниями. – М.: Б.и., 1977. – С. 27-41.
140. Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект: на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – М., 1988. – 43 с.
141. Бачериков Н.Е. Общая психопатология. Теории синдромологического и нозологического диагноза в клинической психиатрии // Клиническая психиатрия / Под ред. Н.Е. Бачерикова. – К.: Здоров'я, 1989. – С. 27-108.
142. Циркин С.Ю. Общее и частное в психопатологии, ее основные категории // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 3. – С. 4-10.
143. Huber G., Gross G., Schttler R. Schizophrenia. Eine verlaufs und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. – Berlin-Heidelberg-New York, 1979. – 399 s.
144. Курек Н.С. Психологический анализ эмоционального дефекта у больных шизофренией // Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Тезисы докладов (г. Москва, 25-28 октября 1988 г.). – Т. 2. – М.: ВНОИП, 1988. – С. 329-331.

Поступила в редакцию 16.05.2010