

Е.Г. Корнетова, Ал.Н. Корнетов

ПРОСТАЯ ШИЗОФРЕНИЯ В ФОКУСЕ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО УЧЕНИЯ

НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, г. Томск, Россия

Ключевые слова: простая шизофрения, конституция, дисплазии

В процессе изучения шизофрении многие вопросы, включая этиологию, патогенез, границы клинических форм, особенности течения в зависимости от действия конституционально-биологических, экзогенно-органических, социально-психологических факторов, а также некоторые реабилитационные аспекты и адаптация пациентов еще недостаточно изучены. Простая шизофрения – одна из основных классических форм [55, 63] в настоящее время вышла на периферию в классификациях [49, 79]. Это во многом связано с доминированием в современном учении о клинике шизофрении воззрений К. Schneider [76]. Введение к ICD-10 содержит указание на неопределенность природы простой шизофрении, недостаточную изученность ее взаимоотношений с некоторыми другими расстройствами, а разрешение этих проблем требует дополнительных научных и практических данных. В этой связи настоящий анализ литературы посвящен рассмотрению эволюции взглядов на клинику-конституциональные факторы как модель изучения простой шизофрении.

Связь возникновения и течения душевных болезней с конституционально-морфологическими особенностями человеческого организма отмечена еще в классический период психиатрии [2, 18, 34, 41, 48, 63]. Причем, отдельно рассматривалось общее строение тела, так например, J. Esquirol [56] обращал внимание на связь хрупкого телосложения больных и хроническим течением психозов. С другой стороны, внимание также уделялось отклонениям в развитии: С.С. Корсаков [28] отмечал, что они хотя и не составляют симптомов душевных заболеваний, но имеют большое значение для их диагностики. Однако, знания в данной области в то время не отличались стройностью и четкими формулировками. Одной из характерных иллюстраций взглядов того времени является цитата из учебника психиатрии В.Ф. Чижика [45]: «Причиной раннего слабоумия следует считать все, что ведет к вырождению. Уже с раннего детства они проявляют свою патологическую организацию, многие из них отстают в развитии от своих сверстников; лишь немногие развиваются правильно. У многих больных наблюдаются признаки вырождения». Эту тему развил Ф.Е. Рыбаков [36]: «У некоторых шизофреников наблюдаются различного рода признаки физической дегенерации (неправильное строение черепа, ушей, зубов и пр.), хотя здесь эти явления не играют существенной роли и не встречаются столь часто, как у дегенерантов, эпилептиков и идиотов». Непосредственно в отношении простого слабоумия в данном аспекте следует выде-

лить клинические случаи, описанные основоположником этого понятия О. Diem [55]. Он отмечал, что большинство пациентов имеют один или более признаков дегенерации, а больше чем у половины выражен тремор рук.

Начало систематизированных исследований связи строения тела с психическими процессами было положено Е. Kretschmer [64], который выделил три основных конституциональных типа: астенический, атлетический и пикнический. Также им были описаны «диспластические специальные типы», представляющие собой отклонения от среднего типа и обнаруживающие тесную связь с дисгландулярными синдромами патологии желез внутренней секреции. Необходимо отметить некоторые замечания, касающиеся обсуждаемой темы, которые сделал автор на основании тщательного соматотипического обследования больных психозами. Это прежде всего «резкое преобладание астено-атлетической группы над пикнической и частота диспластиков среди шизофреников». В то же время исследователь неоднократно подчеркивал, что «строение тела и психоз не стоят друг к другу в прямом отношении, то есть строение тела не является симптомом психоза». Здесь следует отметить, что все выводы Е. Kretschmer базировались на антропоморфоскопическом обследовании пациентов, которое не позволяло получить популяционный размах, а оценка телосложения ограничивалась описательными характеристиками. Однако данное замечание не умаляет заслуги Е. Kretschmer, давшего колоссальный импульс для развития исследований влияния конституциональных факторов на клинику и течение многих психических расстройств, в том числе шизофрении. Работы того времени подтверждали результаты, полученные Е. Kretschmer относительно тропизма астенического соматотипа к шизофрении [54, 69, 78], но также существует и ряд исследований, опровергших эти данные [62, 72]. На наш взгляд это прежде всего связано с описанными недостатками антропоморфоскопического исследования. В то же время в больших группах госпитализированных больных этот метод обследования давал возможность для обсуждения определенных тенденций, которые выявляли выраженные закономерности. Так, F. Mauz [70] на материале 1050 больных шизофренией выделил группу лиц с дебютом процесса в возрасте 18-25 лет, клинической картиной типа «шизофренических катастроф», у которых в преморбиде была выражена интраверсия, астенические жизненные установки, аутичность. В эту группу вошли боль-

ные простой формой, кататонией и гебефренией. При этом важными наблюдениями явились преобладание астеников среди данных пациентов и неблагоприятный прогноз болезни.

Рассматриваемый вопрос активно обсуждался в отечественной психиатрической литературе тех лет. М.Е. Шуберт [47] при обследовании 197 больных шизофренией обнаружил среди них 86 астеников, 40 атлетиков, 36 пикников и 21 диспластика. Наиболее часто встречавшимися дисплазиями у пациентов по наблюдениям автора были инфантильность, евнухоидность, долихоцефалия, топорные черты лица, сросшиеся брови и детские пальцы. А.Я. Доршт, Э.М. Башкова [20] у лиц с простой формой раннего слабоумия наблюдали дисплазии черепа, лица, аномалии роста волос. Группа этих больных была выше среднего роста, с «длинной шеей и длинными руками». К.П. Старикова [39] отмечала высокий удельный вес лиц астенического и астено-атлетического телосложения – 74% среди страдающих шизофренией. На преобладание астеников среди шизофреников указывал М.П. Андреев [3], который впервые предложил использовать для диагностики морфологических типов метод «соматометрических профилей», базирующийся на точной антропометрии. Благодаря этому методу появилась возможность объективного учета типов телосложения на основе «масштабов естественной вариации отдельных признаков».

Большим вкладом в изучение роли нормальной и патологической конституции явились работы В.В. Бунака [8-11], в которых анализировались фило- и онтогенетические факторы соматогенеза, генетические конституциональные связи, аномалии строения человеческого тела. Методики антропометрии, разработанные В.В. Бунаком позволили использовать количественную оценку как самих конституциональных типов, так и отдельных антропометрических параметров. Благодаря этому они с успехом применяются до настоящего времени не только в антропологии, но и в других дисциплинах, включая психиатрию.

Исследования клиники шизофрении в связи с конституциональными факторами показывали, что для больных с астеническим типом телосложения характерно преобладание негативных расстройств и симптомов дефицитарного ряда [50]. Кроме того, у лиц с астеническим соматотипом и диспластической конституцией благоприятное течение, частота и глубина ремиссий наблюдаются гораздо реже, чем у больных с пикническими типами телосложения. [30]. Влияние конституциональных типов наряду с другими факторами на прогноз шизофрении находило отражение в исследованиях В. Betz [51], М. Bleuler [52], G. Langfeldt [65, 66]. Эти авторы отмечали тенденцию к неблагоприятному прогнозу шизофренического процесса при астеническом типе телосложения. А.А. Перельман [35] при анализе клинико-антропометрических работ пришел к выводу, что астенический тип телосложения может оказывать влияние на ухудшение течения шизофренического процесса.

В середине XX столетия произошел спад активности в исследованиях конституции. Основной причиной этого процесса явилось то, что конституциональное учение вышло из немецкой медицинской школы, а попытки фашистского режима поставить науку на службу своим целям вызывали настроенность у ис-

следователей всего мира. В результате фактически невостребованными оказались многие прогрессивные научные направления, разрабатывавшиеся в Германии того времени, к числу которых несомненно относится учение о конституции. С другой стороны вторая половина XX века ознаменована бурным развитием науки в США с прогрессом в инструментальных исследованиях, что рождало совершенно новые направления в психиатрических исследованиях. Эти процессы отражались и на Европейских психиатрических школах.

В отечественной психиатрии, всегда являвшейся носителем классических клинических традиций, ряд исследователей продолжали уделять внимание изучению влияния конституциональных факторов на клинику и прогноз шизофрении [13, 14, 21, 44]. Так как многие ранние исследования имели очевидные погрешности, о которых говорилось выше, важной задачей становился поиск новых методических подходов в оценке отдельных конституциональных тенденций и ассоциации их с психическими заболеваниями [15] с учетом преморбиды, инициального периода, синдрома кинеза и течения шизофрении [33]. Тем более, что работы, посвященные тропизму определенного типа телосложения к шизофрении были противоречивыми [7, 71, 77, 81]. Критериям же новых методических подходов отвечала работа И.Д. Лукашевой и Э.А. Трофимовой [29], в которой анализировались результаты клинико-антропометрического обследования 659 больных шизофренией. Возраст пациентов колебался от 18 до 59 лет. Учитывались возраст манифестации болезни, тип течения, состояние трудоспособности, а также наличие или отсутствие психического дефекта. Авторами получены корреляции астенического телосложения и множественных морфологических дисплазий с ранней манифестацией процесса, непрерывным течением и преобладанием негативной симптоматики, а эти признаки отвечают современным представлениям о простой шизофрении. В этой связи также необходимо отметить исследование N. Petrilowitsch [74], который выявил связь между «аморфными» шизофреническими психозами и астеническим типом телосложения.

Касаясь фенотипа больных, необходимо отдельно рассмотреть малые аномалии развития как биологическую почву развития дисфункциональных расстройств, что в комплексе выступает патопластической основой многих заболеваний, включая шизофрению [1,4,5,12,16,17,37,38,42,43,46,53,58-61,67]. Рассматривая данную проблему, Л.О. Бадалян с соавт. [6] указывали, что наличие у одного ребенка нескольких выраженных аномалий [5-7] в области головы, лица, туловища и конечностей является высокой степенью стигматизации и с большой долей вероятности дает основание думать о нарушении эмбриогенеза. В настоящее время в психиатрии малые аномалии развития объединены в термин «регионарные морфологические дисплазии», введенный Н.А. Корнетовым [22]. Содержательно в это понятие наряду с малыми аномалиями развития входят суб- и супранормальные девиации в строении органа, системы или ткани, поскольку некоторые малые аномалии развития часто встречаются в рудиментарном виде, не теряя своего клинического значения. Некоторые из них в единичном виде являются вариантом морфологической из-

менчивости [27]. Кроме того, термин «дисплазия» в отличие от «аномалии развития» не является стигматизирующим. Порогом значимого соматопсихического дизонтогенеза Н.А. Корнетов [24] предложил рассматривать 3 группы морфологических дисплазий с разной регионарной локализацией. Он также отмечал, что особо должны рассматриваться диспластические типы телосложения. Они развиваются на основе классических соматотипов и входят главной составной частью в диспластическую конституцию, в рамках которой удается точно сопоставить клинические проявления с конкретным дизонтогенетическим механизмом [40]. Автор также предполагает связь этих факторов с конкретной областью головного мозга. Обнаруженное им высокое накопление дисплазий у больных шизофренией с диспластической конституцией преимущественно в краниовертебральной области позволило отнести их к проявлениям пренатального дизонтогенеза. Это подтверждено рядом работ, в некоторых из которых ставился вопрос о специфичности тех или иных малых аномалий к определенным подтипам шизофрении. Так, В.М. Михлин [31] при краниографии больных шизофренией выявил большое количество дисплазий черепа, причину возникновения которых он отнес к внутриутробной патологии. При контрастном рентгенологическом исследовании 20 пациентов и 24 пар их родственников отмечено, что лица с простой и параноидной формами имели расширение третьего и боковых желудочков, а также субарахноидальных щелей. М. Zapletak, I. Tuma [80] обнаружили тяжелые атрофические изменения в головном мозге при шизофрении с преобладанием негативных симптомов, Т.К.А. Roberts [75] выявил увеличение желудочков мозга у больных шизофренией с когнитивными нарушениями, негативной симптоматикой и хроническим течением заболевания. Однако в более поздних сравнительных исследованиях [57, 68] было показано, что нейроморфологические аномалии, обнаруженные при простой шизофрении, не имеют достоверных отличий от таковых при других формах. Что касается количественной выраженности дисплазий, то необходимо отметить исследования Н.А. Корнетова [22, 24]. Он, объединив малые аномалии развития органов и систем, в класс «регионарных морфологических дисплазий» отметил некоторые особенности их распределения при шизофрении. В частности, у больных шизофренией астенического соматотипа с непрерывно-прогредиентным течением обнаружено статистически значимое накопление дисплазий.

Первым исследователем в современной психиатрии, применившим методику В.В. Бунака [11] для определения морфологических типов был Н.А. Корнетов [23]. Он показал влияние типа телосложения на возраст манифестации шизофрении, ее клиническую картину, течение и прогноз. В одной из более поздних работ [25] им сделано заключение, что конституциональные различия, регистрируемые по морфофенотипу, определяют клинический полиморфизм шизофрении, а конституциональный тип является патогенетическим фактором шизофренического процесса. Перспективность этого направления подтверждена целым рядом исследований. А.В. Назаров [32] установил увеличение среди больных шизофренией со злокачественным течением лиц с астеническим телосложением [29,8%], накопление морфологических дисп-

лазий [32%] по отношению к контрольной группе [14,7% и 8% соответственно]. Кроме того, им отмечено, что при астенической морфологической конституции достоверно чаще в преморбидном периоде встречаются шизоидные черты астенического типа, длительный инициальный период, постепенное нарастание дефицитарной симптоматики, развитие симплекс-синдрома в манифестном периоде и наступление выраженного апатико-абулического дефекта в исходном состоянии. Эти данные впоследствии были развиты в исследовании Н.А. Корнетова [26], который, обобщив данные антропометрического и антропоморфоскопического обследования больных шизофренией, выделил «морфологическую триаду» непрерывного течения: астенический соматотип, «гинекоморфные» пропорции в телосложении и множественные регионарные морфологические дисплазии. Данный симптомокомплекс отражает свойства «реагирующего» субстрата по И.В. Давыдовскому [19] как составного патогенетического звена шизофренического процесса.

Отдельное морфометрическое исследование при шизофрении без разделения ее на подтипы проведено Nopoulos P. et al. [73] у 226 пациентов и 142 человек контрольной группы. Изучалась одна переменная – рост, все обследованные были мужчинами. Основная группа достоверно [$p < 0,003$] имела меньшую длину тела – средний показатель 177,1 см против 179,4 группы контроля. Также был проведен анализ ряда преморбидных особенностей и социального функционирования обследованных. На основании полученных результатов авторы декларировали важность продолжения исследований в этом направлении, поскольку морфометрические показатели включены в патофизиологические механизмы шизофренического процесса.

Таким образом, анализ литературных данных, касающихся конституциональных факторов при простой шизофрении, показал формирование конституционально-биологических взглядов на природу, клинику, течение и прогноз данного расстройства. Эти взгляды связаны с тем, что каждый из конституциональных типов имеет определенные закономерности темпов роста и полового созревания, особенности реактивности, метаболизма и психобиологии личности. Клинически каждый психиатр наблюдал у молодых пациентов с астенической конституцией и шизоидными чертами личности, как правило, ранней дебют шизофрении, снижение активности, эмоциональную уплощенность, транзиторные психотические и субпсихотические симптомы, инертные малопродуктивные симптомокомплексы, ведущие к такой деформацией личности, которая полностью качественно отличается от ранних ее особенностей. Замечено, что эти пациенты чувствительны к психофармакотерапии, а негативная симптоматика в легкой или глубокой степени выраженности с разрушением ядра мотиваций и формированием дефекта с постепенным разрыхлением ассоциативного процесса, появлением его автоматичности, отчужденности, составляет то чувство «пористости» личности, которое Mauz [70] обозначал как «шизофреническую катастрофу». Клинико-конституциональный подход в его классических традициях может стать тем ключом, который бы позволил с позиций соматопсихической целостности дать ответы на многие вопросы относительно места простой шизофре-

нии в классификации, патогенетических звеньев этого расстройства. Без понимания этих факторов, оказание помощи таким пациентам существенно затрудняется,

а сам диагноз еще остается стигматизирующим, несмотря на большое количество социальных форм поддержки этих пациентов.

Е.Г. Корнетов, Ал.М. Корнетов

ПРОСТА ШИЗОФРЕНИЯ У ФОКУСИ КОНСТИТУЦИОННОГО ВЧЕННЯ

НДІ психичного здоров'я ТНЦ СО РАМН, м.Томськ, Росія

Кронтитуційне вчення у психіатрії традиційно займається вивченням клініки та перебігу шизофренії. У статті проаналізовані погляди на просту шизофренію у зв'язку із побудовою тіла пацієнтів та факторами дизонтогенезу. Підкреслений зв'язок між астеничною побудовою тіла та місцевими морфологічними дисказіями. Обговорений вплив цих факторів на патогенез простій шизофренії. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 105-109)

E.L. Kornetov, Al.N. Kornetov

SIMPLE SCHIZOPHRENIA IN FOCUS OF CONSTITUTIONAL DOCTRINE

Scientific Research Institute of Tomsk Scientific Centre of Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk, Russia

The constitutional doctrine in psychiatry is traditionally concerned to study of clinic and course of schizophrenia. The views on a simple schizophrenia in connection with a body build of the patients and factors of disontogenesis are analyzed in the article. It is underlined interrelation of a simple schizophrenia with an asthenic type of a body build and accumulation of regional morphological dysplasias. The influence of these factors on a pathogenesis of simple schizophrenia is discussed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 105-109)

Литература

1. Алтухов Ю.П., Ботвиньев О.К., Курбатова О.П. // Генетика. - 1979. - Том 15, N 2. - С. 352-360.
2. Андреев М.П. Взаимоотношение психического склада и телосложения. - Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 1926. - 126 с.
3. Андреев М.П. Методика исследования конституциональных типов телосложения. - Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 1929. - 82 с.
4. Ата-Мурадова Ф.А., Ботвиньев О.К. // Системогенез и проблемы генетики мозга. - М.: Наука, 1983. - С. 55-69.
5. Бадалян Л.О. Детская неврология. - М.: Медицина, 1975.
6. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М. Руководство по неврологии раннего детского возраста. - Киев: Здоровья, 1980. - 528 с.
7. Ботвинникова Е.П. // Вопр. антропологии. - 1974. - Вып. 48. - С. 161-168.
8. Бунак В.В. // Русский антропол. журн. - М., 1923. - Вып. 12. - С. 64-76.
9. Бунак В.В. // Журн. Советская клиника. - М., 1934. - Вып. 7-8. - С. 874-877.
10. Бунак В.В. // Антропол. журн. - М., 1937. - Вып. 3. - С. 16-40.
11. Бунак В.В. Антропометрия. Практический курс. - М.: Учпедгиз, 1941. - 367 с.
12. Бухановский А.О. // Морфологические особенности сердечно-сосудистой и нервной систем в норме и патологии. - Ростов-на-Дону, 1978. - Том 42, Вып. 3. - С. 60-62.
13. Вайндрух Ф.А., Назаров К.Н. // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1973. - Том 73, Вып. 1. - С. 140-148.
14. Вайндрух Ф.А., Назаров К.Н. // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1973. - Том 73, Вып. 5. - С. 767-774.
15. Вайндрух Ф.А., Смирнова Н.С. // Журн. Вопр. антропологии. - 1972. - Вып. 42. - С. 137-156.
16. Воловик В.М., Шейнина Н.С. // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1983. - Том 83, Вып. 8. - С. 1205-1209.
17. Галимов И.Х. // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1979. - Том 79, Вып. 7. - С. 922-929.
18. Ганнушкин П.Б. Постановка вопроса о шизофренической конституции. - М., 1914.
19. Давыдовский И.В. Общая патология человека. - М.: Медицина, 1969. - 611 с.
20. Доршт А.Я., Башкова Э.М. // Мед. мысль. - 1927. - Том 4, N 2. - С. 24-31.
21. Каменева Е.Н. // Шизофрения. Матер. науч. конф. - М., 1977. - 90-96.
22. Корнетов Н.А. // Клиника и патогенез психических заболеваний. - Кишинев, 1978. - С. 60-65.
23. Корнетов Н.А. // Журн. здравоохранения. - Кишинев, 1979. - N 79. - С. 120-123.
24. Корнетов Н.А. Клиника и течение параноидной шизофрении в зависимости от конституционально-морфологических факторов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 1980. - 16 с.
25. Корнетов Н.А. // Генетические и эволюционные проблемы психиатрии. - Новосибирск: Наука, 1985. - С. 111-140.
26. Корнетов Н.А. // Акт. вопр. психиатрии: Матер. III науч. отчетной сессии НИИ ПЗ ТНЦ АМН СССР. - Томск, 1987. - Вып. 3. - С. 114-115.
27. Корнетов Н.А. Глоссарий стандартизированного описания регионарных морфологических дисплазий для клинических исследований в психиатрии и неврологии: Метод. рекомендации. НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. - Томск, 1996. - 73 с.
28. Корсаков С.С. Курс психиатрии. Изд. 2-е. - М., 1901.
29. Лукашева И.Д., Трофимова Э.А. // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1975. - Том 75, Вып. 1. - С. 73-78.
30. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. - М.: Медгиз, 1963. - 198 с.
31. Михлин В.М. // Вопр. клиники и лечения психических заболеваний. - Кишинев, 1969. - С. 73-75.
32. Назаров А.В. Клиника непрерывнотекущей [«ядерной»] шизофрении в зависимости от конституционально-морфологических факторов: Дис. ... канд. мед. наук. - Симферополь, 1988.
33. Назаров К.Н. // VI Всесоюзн. съезд невропатол. и психиатров. - М., 1975. - Том 3. - С. 420-423.
34. Осипов В.П. Курс общего учения о душевных болезнях. - Берлин: Госиздат, 1923. - 738 с.
35. Перельман А.А. Шизофрения. Клиника, этиология, патогенез и лечение. - Томск, 1944. - 77 с.
36. Рыбаков Ф.Е. Душевные болезни. - М., 1916. - 487 с.
37. Самохвалов В.П. // Современная антропология медицины и народному хозяйству. - Тарту: Изд-во Тарт. ГУ, 1988. - С. 50-51.
38. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. - Симферополь: НПФ «Движение», 1993. - 286 с.
39. Старикова К.П. // Мед. обзор. Нижнего Поволжья. - Астрахань, 1928. - Вып. 5-6. - С. 7-11.
40. Строевский В.А. Клиника злокачественной шизофрении у мужчин с диспластической конституцией: Дис. ... канд. мед. наук. - Симферополь, 1988.
41. Суханов С.А. Семiotика и диагностика душевных болезней. Ч. 1. - М., 1904.
42. Ходос Х.Г. Малые аномалии развития и их клиническое значение. - Иркутск, 1984. - 88 с.
43. Ходос Х.Г. // V Всеросс. съезд невропатол. и психиатров. - М., 1985. - Том 1. - С. 295-297.
44. Целибева Б.А. // Матер. симпозиума «Проблемы личности». - М., 1970. - С. 36-44.
45. Чиж В.Ф. Учебник психиатрии. - Петербург-Киев, 1911. - 346 с.
46. Чудновский В.С. // Казанский мед. журн. - 1974. - N 3. - С. 25-29.
47. Шуберт М.Е. // Журн. невропатол. и психиатрии. - 1924. - Том 24, Вып. 4. - С. 130-136.
48. Юдин Т.И. Психопатические конституции. - М.: Изд-во Сабашниковых, 1926. - 40 с.
49. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [4th ed.] [DSM-IV]. - Washington, DC: American psychiatric Association, 1994.

50. Bellak L., Holt R. // *Am. J. Psych.* – 1948. – Vol. 104. – P. 713-722.
51. Betz B. // *Hum. Biol.* – 1942. – Vol. 14. – P. 21-47.
52. Bleuler M. // *Einleitung. Arch. Psych. Nervenkr.* – 1948. – Bd. 118. – S. 217-283.
53. Cantor S., Pearce J., Pezzot-Pearce T., Evans J. // *Schizophr. Bull.* – 1981. – Vol. 7, N 1. – P. 1-12.
54. Dalma G. // *Ztschr. f. d. g. Neurolog. Psych.* – 1925. – Bd. 36. – S. 782-790.
55. Diem O. // *Arch. f. Pszch.* – 1903. – Bd. 37, H. 1. – S. 111-187.
56. Esquirol J. *Des melodies mentales.* – Paris, 1838.
57. Galderisi S., Bucci P., Mucci A., D'Amato A.C., Conforti R., Maj M. // *Psych. Res.* – 1999. – Vol. 91, N 11 [Suppl. 3]. – P. 175-184.
58. Green M.F., Satz P., Soper H.V., Kharabi F. // *Am. J. Psych.* – 1987. – Vol. 144. – P. 666-667.
59. Green M.F., Satz P., Gaier D.J., Ganzell S., Kharabi F. // *Schizophr. Bull.* – 1989. – Vol. 15, N 1. – P. 91-99.
60. Gualtieri C.T., Adams A., Shen C.D., Loisel D. // *Am. J. Psych.* – 1982. – Vol. 139. – P. 640-643.
61. Guy J.D., Majorski L.V., Wallace C.J., Guy M.P. // *Schizophr. Bull.* – 1983. – Vol. 9. – P. 571-582.
62. Kolle K. // *Arch. f. Psych.* – 1926. – Bd. 78. – S. 93-164.
63. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.* Bd. 3, t. 2, 8 Aufl. – Leipzig, 1913.
64. Kretschmer E. *Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten.* – Berlin: Springer-Verlag, 1921.
65. Langfeldt G. *The prognosis in the factors influencing the course of the disease.* – Copenhagen, 1937.
66. Langfeldt G. *The prognosis in schizophrenia.* – Copenhagen, 1956.
67. Lewine R.R., Gulley L.R., Risch S.C., Jewart R., Houpt J.L. // *Schizophr. Bull.* – 1990. – Vol. 16, N 2. – P. 195-203.
68. Maj M., Galderisi S., Conforti R., Colucci D'Amato A. // *Schizophr. Res.* – 1995. – Vol. 14, N 3. – P. 265-266.
69. Makarov W.E. // *Arch. f. Psych.* – 1925. – Bd. 75. – S. 256-270.
70. Mauz F. *Die Prognostik der endogenen Psychosen.* – Leipzig, 1930.
71. Mazurowska N. // *Psych. Pol.* – 1975. – Vol. 9, N 1. – P. 9-20.
72. Mollenhoff F. // *Arch. f. Psych.* – 1924. – Bd. 71. – S. 1.
73. Nopoulos P., Flaum M., Arndt S., Andreasen N. // *Psychol. Med.* – 1988. – Vol. 28, N 3. – P. 655-663.
74. Petrilowitsch N. // *Psych., Neurol., Med., Psychol.* – 1972. – Bd. 15. – S. 80-85.
75. Roberts T.K.A. // *Psych. J. of Univ. of Ottawa.* – 1983. – Vol. 2. – P. 67-80.
76. Schneider K. *Klinische psychopathology.* – Stuttgart: G.Th. Verlag, 1962. – 257 s.
77. Verchese A., Large P., Chui E. // *Brit. J. Psych.* – 1978. – Vol. 132. – P. 12-15.
78. Weissenfeld F. // *Ztschr. f. d. g. Neurol. Psych.* – 1925. – Bd. 96. – S. 1-3.
79. World Health Organization ICD-10: *Classification of Mental and Behavioural Disorders – Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* – Geneva: WHO, 1992.
80. Zapletak M., Tuma I. // *Cs. Psych.* – 1983. – Vol. 3. – P. 158-163.
81. Zerssen V. // *Nervenarzt.* – 1966. – Bd. 37. – S. 52-61.

Поступила в редакцию 21.06.2000г.