

Клинико-психопатологическая структура и типология исходов манифестных прогрессивных форм шизофрении

А.Г. Мкртчян

*Кафедра психиатрии ЕГМУ им. М. Гераци
0025, Ереван, ул. Корюна, 2*

Ключевые слова: шизофрения, прогрессивность, резидуальное состояние, шизофренический исход, выздоровление

Вопросами исходов при шизофрении занималось много исследователей [1, 2, 6-9, 11, 12, 14, 18-21]. Исследовались конечные, резидуальные состояния при шизофрении в целом и при отдельных ее формах. В основу выделения исходов исследователями брались особенности клинической картины, охватывающие как позитивные психопатологические расстройства, так и признаки психического дефекта. Под понятием «конечное состояние» многими исследователями [3, 18, 20] подразумевались собственно «дефектные» стадии болезни, которые описывались при изучении больных на сравнительно ранних этапах шизофрении, где патологический процесс еще продолжался. Е. Краепелин [20] и многие его последователи под термином «конечное состояние» подразумевали клинические картины хронифицированного психоза преимущественно в первые 5-10 лет течения болезни. В дальнейшем данные других исследований показали, что и на отдаленных стадиях шизофрении могут сохраняться признаки активности процесса и при этом может сохраняться также возможность динамических изменений [4, 5, 10, 11, 13-17]. Различными остаются и подходы к дифференциации конечных шизофренических состояний. По-разному интерпретируются и вопросы об их сущности. Остаются непонятными дефект ли это или процесс, или то и другое вместе, вопросы о связанных с этим возможностях их обратного развития и редукции, а также соотношение в них продуктивных и негативных психопатологических расстройств.

Целью исследования явилось определение типологии и изучение частоты формирования разных типов исхода неблагоприятно протекаю-

ших манифестных прогредиентных форм шизофрении на отдаленных этапах шизофренического процесса, с исследованием психопатологической структуры резидуальных состояний, степени выраженности и соотношения в них позитивных и негативных расстройств.

Настоящее сообщение является частью более широкого исследования закономерностей динамики и исхода манифестных прогредиентных форм шизофрении на современном этапе.

Материал и методы

Было исследовано 243 хронически больных шизофренией, находившихся в Севанской психиатрической больнице, которая, являясь лечебным учреждением, в основном осуществляет уход за хронически больными. Из них 122 (50,2%) – мужчины и 121 (49,8%) – женщины. Критериями включения в материал исследования являлись: манифестные прогредиентные формы шизофрении, обнаруживающие стойкие признаки неблагоприятного течения процесса; сформировавшееся стойкое резидуальное состояние с длительностью не менее 1 года до момента обследования, соответствующее критериям резидуальной шизофрении по МКБ-10 (F20.5). Критериями исключения стали: неблагоприятно протекающие неманифестные формы шизофрении; малопрогредиентные формы шизофрении.

Методы исследования – клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и психометрический.

Для клинического исследования нами была разработана анкета, включающая социально-демографические, анамнестические и клинические параметры, отражающие в том числе актуальное психическое состояние, а также социально-трудовую и культурно-реабилитационную вовлеченность больных. Данные дополнялись сведениями, полученными от медицинского персонала, врачей и некоторых посещавших больных родственников.

Для оценки выявленных в ходе клинико-психопатологического обследования качественных признаков позитивных и негативных психопатологических расстройств в количественном отношении вся группа больных исследовалась также психометрическим методом. Использовалась шкала позитивных и негативных синдромов шизофрении (PANSS).

Больные исследовались в два этапа. На первом этапе все больные обследовались клинически – клинико-психопатологическим и психометрическим методами. На втором, клинико-катамнестическом

этапе исследования, осуществлялась ретроспективная реконструкция всей предшествующей истории болезни каждого больного. Для восстановления всей истории болезни использовались архивные материалы психиатрических клиник. Статистическая обработка материала осуществлялась программой «Биостат».

Результаты и обсуждение

Возраст исследованных больных ($n=243$) на момент катамнеза составлял от 25 до 75 лет, в среднем $47,9 \pm 9,5$. Возраст начала болезненного процесса от 15 до 50 лет, в среднем $23,9 \pm 6,4$. Длительность болезни на момент обследования от 7 до 55 лет, в среднем $23,9 \pm 8,5$. Возраст имеющегося инициального этапа составлял от 15 до 50 лет, в среднем $23,8 \pm 6,5$. Возраст проявления манифестного психоза составлял от 15 до 50 лет, в среднем $25,0 \pm 6,6$. Возраст появления негативных расстройств составлял от 15 до 54 лет, в среднем $30,6 \pm 7,8$. Время появления негативных расстройств от начала болезни от 1 до 15 лет, в среднем $6,1 \pm 3,9$. Возраст начала стабилизации процесса от 20 до 67 лет, в среднем $40,4 \pm 8,5$. Время стабилизации процесса от начала болезни от 2 до 35 лет, в среднем $16,2 \pm 7,1$. Длительность дефектной стадии болезни на момент исследования составляла от 2 до 42 лет, в среднем $17,2 \pm 8,3$. Длительность стабилизированной стадии болезни на момент исследования составляла от 1 до 32 лет, в среднем $7,6 \pm 5,7$. Количество перенесенных госпитализаций от 1 до 26, в среднем $7,3 \pm 4,6$. Длительность последнего пребывания в стационаре от 1 года до 36 лет, в среднем $6,6 \pm 5,6$.

В ходе исследования было обнаружено, что при неблагоприятно протекающих манифестных прогрессивных формах шизофрении могут формироваться как различные типы исходных резидуальных состояний, так и исход в клиническое выздоровление. Частота формирования психотических резидуальных состояний составляла $9,5\% \pm 1,9$, резидуальных состояний с редуцированными позитивными расстройствами $35,8\% \pm 3,1$, дефицитарных резидуальных состояний – $42,0\% \pm 3,2$, а исхода в клиническое выздоровление – $12,8\% \pm 2,1$.

Психотические резидуальные состояния ($9,5\% \pm 1,9$) определялись картинами, характерными для стадии стабилизации шизофренического процесса, однако признаков редукции процесса впоследствии не прослеживалось. На первый план здесь выступали различные продуктивные расстройства, которые в течение всего отрезка болезни

проделали максимально возможную в каждом конкретном случае прогрессивную динамику. Анализ психопатологической структуры на синдромальном уровне дал возможность квалифицировать эту группу больных как с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами, которые даже на самых отдаленных этапах болезненного процесса сохраняли значительную активность. В галлюцинаторных и бредовых расстройствах отражались и через них преломлялись как многие события окружающего мира, так и переживания собственной личности и физического состояния. Однако такая переработка фактов и событий носила не активный характер, как при ранних стадиях болезненного процесса, а пассивный, неэмоциональный, автоматический характер.

В зависимости от преобладания тех или иных психопатологических синдромов среди больных с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами была выделена группа больных с галлюцинаторными (30,4% случаев от всех психотических состояний), галлюцинаторно-параноидными (13%), галлюцинаторно-парафреническими (13%), параноидными (26,1%) и парафреническими (17,5%) резидуальными состояниями.

Резидуальные состояния с галлюцинаторными расстройствами были представлены хроническим вербальным галлюцинозом, который характеризовался сочетанием псевдогаллюцинаций с истинными галлюцинациями, с отчетливым преобладанием последних. Помимо вербального галлюциноза у больных наблюдались в менее отчетливой форме зрительные, висцеральные, тактильные и обонятельные галлюцинации, которые в значительной степени были связаны с вербальным галлюцинозом, образуя тем самым комбинированные сенсорно-перцептивные расстройства.

Резидуальные состояния с параноидными расстройствами характеризовались отсутствием признаков парафренизации состояний и представляли собой в некоторых случаях результат редуцирования ранее наблюдавшихся парафренических расстройств, а в некоторых – задержку дальнейшей генерализации и застывание параноидных расстройств на отдаленных этапах процесса. Здесь не наблюдались галлюцинаторные расстройства или явления психического автоматизма. Они на этой стадии болезни были полностью редуцированы. Отмечались бредовые идеи отношения, преследования, осуждения, обвинения, отравления, колдовства, психического, физического, телепатического воздействия.

Резидуальные состояния с галлюцинаторно-парафреническими расстройствами отражали максимальную генерализацию галлюцинаторно-

параноидных расстройств, сформировавшихся в ходе длительного прогрессивного развития шизофренического процесса. Наблюдались вербальные, зрительные, висцеральные, тактильные и обонятельные сенсорно-перцептивные расстройства в сочетании с интерпретативным, фантастическим, галлюцинаторным и конфабуляторным бредовыми идеями, а также явлениями психического автоматизма. Наблюдалась «персонификация» галлюцинаторных голосов, общающихся с больными. Явления психического автоматизма были представлены как идеаторным и кинестетическим, так и сенестопатическим автоматизмом.

Резидуальные состояния с галлюцинаторно-параноидными расстройствами отражали клиническую картину болезни, которая сложилась на ранних этапах стадии стабилизации процесса, т.е. максимально достигнутый в этих случаях уровень развития галлюцинаторно-параноидного синдрома. В этих случаях резидуальные состояния отличались отсутствием признаков парафренизации состояний и не представляли собой результат частичного редуцирования ранее наблюдавшихся парафренных расстройств. При них наблюдались стойкие признаки вербального галлюциноза, явления психического автоматизма, а также бредовые идеи отношения, преследования, осуждения, обвинения, воздействия.

Резидуальные состояния с парафренными расстройствами характеризовались наличием интерпретативных, фантастических и конфабуляторных бредовых идей и отсутствием галлюцинаторных расстройств и явлений психического автоматизма, которые были полностью редуцированы на отдаленных стадиях болезни. Больные высказывали бредовые идеи знатного происхождения, обогащения, богатства, иного происхождения, изобретательства, открытия, высокого происхождения, величия, могущества, благожелательного воздействия, мессианства, воздействия, овладения, метаморфозы, перерождения, инсценировки, интерметаморфозы, колдовства и идеи любовно-эротического содержания.

Резидуальные состояния с редуцированными продуктивными расстройствами (35,8%±3,1) занимали промежуточное положение между психотическими и дефицитарными резидуальными состояниями и были следствием приостановки регрессивной динамики продуктивных психопатологических расстройств на стадии редукции болезненного процесса на неопределенно долгое время.

В зависимости от клинической характеристики редуцированных продуктивных расстройств были выделены три группы больных с

редуцированными резидуальными состояниями. Первую группу составляли больные с редуцированными речевыми расстройствами (18,4% от всех редуцированных расстройств), во вторую группу вошли больные с редуцированными галлюцинаторными и бредовыми расстройствами (34,5%), третью группу составил 41 больной с редуцированными формальными расстройствами мышления (47,1%).

Редуцированные речевые расстройства характеризовались тем, что расстройства речи у больных достигали такой степени, что вербальный контакт с ними оказывался или крайне ограниченным или вообще невозможным. В зависимости от преобладания того или иного вида расстройства речи были выделены больные с негативистической речью, с мутизмом и с бессвязной речью. Резидуальные состояния с негативистической речью проявлялись тем, что больные будучи в целом пассивно-подчиняемыми были трудно доступны продуктивному контакту. Во время беседы обнаруживали сдержанность, молчаливость, замкнутость, раздраженность, в некоторых случаях саркастичность и враждебность. Больные держали определенную дистанцию с собеседником, пытались уклониться от беседы или занимали оборонительную позицию. Больные с мутизмом вообще не отвечали на задаваемые им какие-либо вопросы. Однако у них обнаруживалось явное стремление к контакту, больные легко и охотно вступали в контакт, делали усилие, чтобы заговорить, но общались только жестами и письменной речью. В ответ на просьбу написать ответы на все задаваемые им вопросы больные правильно, по существу излагали свои мысли, четко выполняли инструкции. У больных с речевой бессвязностью наблюдались как шизофазическая, так и кататоническая бессвязность.

Резидуальные состояния с редуцированными галлюцинаторными и бредовыми расстройствами характеризовались наличием галлюцинаторных и разнообразных бредовых расстройств. В зависимости от преобладания того или иного вида психопатологических расстройств было выделено 3 варианта резидуальных состояний с редуцированными галлюцинаторными и бредовыми расстройствами: 1) с редуцированными галлюцинаторными расстройствами; 2) с редуцированными бредовыми расстройствами; 3) с редуцированными галлюцинаторно-бредовыми расстройствами. Общими для этих расстройств оказались стойкость, однообразие и бедность по своим проявлениям вербальных галлюцинаций, монотематичность, однообразность, отрывочность бредовых расстройств.

Резидуальные состояния с редуцированными расстройствами формальных свойств мышления (47,1%) проявлялись разнообразными и разными по степени выраженности нарушениями последовательности и логичности мыслительных процессов. В целом из нарушений формальных свойств мышления наблюдались нецеленаправленность мышления, его непоследовательность, разноплановость, спонтанность, аморфность мышления, хаотичность, непродуктивность мышления, соскальзывание с одной темы на другую, символическое мышление, резонерство, аутистичность мышления, паралогичность, абстрактность и неопределенность суждений и умозаключений, в редких случаях умеренная разорванность мышления, не доходящая однако до степени бессвязности. Следует отметить, что больные с умеренно выраженной разорванностью мышления обнаруживали при беседе смущение, робкость, они тяготились своей несостоятельностью выразить свои мысли, терялись.

Дефицитарный тип резидуального состояния ($42,0\% \pm 3,2$) отражал максимально реализованную регрессионную динамику продуктивных психопатологических расстройств. На отдаленной, давно стабилизированной стадии шизофренического процесса у этой группы больных происходило постепенное полное обратное развитие продуктивных психопатологических расстройств при наличии разного характера и разной степени выраженности психического дефекта.

При рассмотрении группы больных с дефицитарным типом резидуального состояния по характеру дефекта обнаружилось, что в 39,2% случаев наблюдался психопатоподобный дефект (дефект шизоидной структуры), в 54,9 % случаев – псевдоорганический, а в 5,9% случаев – сочетанный.

Исходя из предложенной В.Ю. Воробьевым [2] типологии психического дефекта, среди обследованных нами больных были выделены и дифференцированы 4 изолированных типа дефекта и 2 интегративных типа, отражающих сочетание отдельных типов дефекта.

Дефект типа фершробен (эволюционирующая шизоидия по Н. Еу) был обнаружен в 1,1% случаев от всех дефицитарных резидуальных состояний, дефект по типу дефицитарной шизоидии в 38,2% случаев, дефект по типу снижения уровня личности (простой дефицит) был обнаружен в 29,4% случаев, дефект по типу псевдобрадифрении (астенический дефект, аутохтонная астения, редукция энергетического потенциала) в 25,5% случаев. В соответствии с интегративными вариантами дефекта среди больных с дефицитарным типом резидуального состояния в 2,9% случаев наблюдался дефект по типу

деформации структуры личности (сочетание дефекта типа фершробен с дефектом по типу снижения уровня личности), а в 2,9% случаев наблюдался дефект по типу падения психической активности (сочетание дефекта по типу дефицитарной шизоидии с дефектом по типу псевдобрадифренией).

Таким образом, в ходе настоящего исследования было обнаружено, что интеграция шизоидных (психопатоподобных) и псевдоорганических расстройств у больных с манифестными прогрессивными формами шизофрении наблюдалась не во всех случаях, как было описано В.Ю. Воробьевым [2], а только у определенной группы больных. Заключение автора были основаны на изучении психического дефекта больных шизофренией с преобладанием на всем протяжении заболевания негативных расстройств. Фактически исключались случаи с наличием в клинике болезни каких-либо продуктивных психопатологических расстройств, и исследовались больные с неманифестной и, главным образом мало-прогрессивной шизофренией. Между тем наличие в динамике болезни многочисленных, рецидивирующих продуктивных психопатологических расстройств, а также высокая прогрессивность шизофренического процесса, по-видимому, патопластически структурируют психический дефект.

Что касается степени выраженности психического дефекта у больных с дефицитарным типом резидуального состояния, то следует отметить, что легкий дефект (суб-общий счет негативной суб-шкалы был равен 11 баллам) наблюдался у 42 больных – $17,3\% \pm 2,4$, умеренный дефект (суб-общий счет негативной суб-шкалы был равен 28 баллам) наблюдался у 39 больных – $16,0\% \pm 2,3$, а глубокий дефект (суб-общий счет негативной суб-шкалы был равен 47 баллам) у 21 больного – $8,6\% \pm 1,8$.

Отдаленный исход в клиническое выздоровление ($12,8\% \pm 2,1$) отражал полноценно реализованную регрессивную тенденцию шизофренического процесса. Здесь наблюдалось полное регрессивное течение болезни после многолетних приступов-психозов, после стремительного прогрессивного движения процесса и последующего становления резидуальной шизофрении. На отдаленной, стабилизированной стадии шизофренического процесса у больных происходило постепенное полное обратное развитие как всех продуктивных психопатологических расстройств, так и полное обратное развитие имеющегося ранее у больных разного характера и разной степени выраженности психического дефекта.

Следует сразу отметить, что группа лиц с неблагоприятно протекающими манифестными формами шизофрении с исходом в клиническое выздоровление задолго до настоящего обследования (в среднем $2 \text{ года} \pm 1,7$) и на момент катамнеза не получали каких-либо психотропных средств.

Психическое состояние этой группы лиц на момент осмотра характеризовалось внутренней упорядоченностью, согласованностью и гармонией психических процессов, с отсутствием каких-либо признаков психической болезни. Однако с учетом того обстоятельства, что лица этой группы, несмотря на полное отсутствие признаков психической болезни, по разным семейно-бытовым, семейно-социальным причинам продолжали находиться в психиатрическом стационаре, мы потеряли возможность изучать их в более естественных социальных условиях, поэтому, по нашему мнению, правомерно было оценить их состояние как клиническое выздоровление, а не как выздоровление.

Психометрическое исследование психического состояния группы лиц с исходом в клиническое выздоровление выявило следующие показатели. По шкале позитивных и негативных синдромов шизофрении (PANSS) суб-общий счет позитивной суб-шкалы был равен 7 баллам, суб-общий счет негативной суб-шкалы был равен 7 баллам, суб-общий счет суб-шкалы общей психопатологии был равен 16 баллам, сумма баллов всех суб-шкал (общий счет) была равна 30 баллам.

Таким образом, в ходе исследования было обнаружено, что при неблагоприятно протекающих манифестных прогрессивных формах шизофрении могут формироваться различные типы исходов. В $9,5\% \pm 1,9$ случаев формировались психотические резидуальные состояния, в $35,8\% \pm 3,1$ случаев – резидуальные состояния с редуцированными позитивными расстройствами, в $42,0\% \pm 3,2$ случаев – дефицитарные резидуальные состояния, а в $12,8\% \pm 2,1$ случаев – клиническое выздоровление. Психотические резидуальные состояния определялись картинами, характерными для стадии стабилизации шизофренического процесса, однако признаков редукции процесса впоследствии не прослеживалось. Резидуальные состояния с редуцированными продуктивными расстройствами были следствием приостановки регрессивной динамики продуктивных психопатологических расстройств на стадии редукции болезненного процесса на неопределенно долгое время. Дефицитарные резидуальные состояния отражали максимально реализованную регрессивную динамику продуктивных психопатологических расстройств. Отдаленный исход в

клиническое выздоровление отражал полноценно реализованную регрессионную тенденцию самого шизофренического процесса.

Поступила 25.01.12

**Շիզոֆրենիայի մանիֆեստային պրոգրեդիենտ ձևերի ելքերի
կլինիկա-հոգեախտաբանական կառուցվածքը և
տիպաբանությունը**

Ա.Գ. Մկրտչյան

Կլինիկա-հոգեախտաբանական, կլինիկա-կատամնեստիկ և փսիխոմետրիկ մեթոդներով հետազոտվել են շիզոֆրենիայի մանիֆեստային պրոգրեդիենտ ձևերով տառապող 243 հոսպիտալացված քրոնիկական հիվանդ՝ հիվանդության հեռավոր շրջաններում: Ելքային վիճակների տիպերի տարբերակման ընթացքում պարզվեց, որ ռեզիդուալ վիճակների փսիխոտիկ տիպը հանդիպում է 9,5%, ռեզուկցված պոզիտիվ խանգարումներով տիպը՝ 35,8, դեֆիցիտար տիպը՝ 42,0, իսկ ելքային վիճակները՝ կլինիկական առողջացմամբ՝ 12,8% դեպքերում: Ռեզիդուալ վիճակների փսիխոտիկ տիպի ժամանակ նկարագրվում են հալյուցինատոր, հալյուցինատոր-պարանոիդ, հալյուցինատոր-պարաֆրեն, պարանոիդ և պարաֆրեն խանգարումներ: Ռեզուկցված պրոգրեդիենտ խանգարումներով ռեզիդուալ տիպի դեպքում նկատվում են ռեզուկցված խոսքային խանգարումներ, ռեզուկցված ցնորքային և զառանցանքային, ինչպես նաև մտածողության ռեզուկցված ֆորմալ խանգարումներ: Ռեզիդուալ վիճակների դեֆիցիտար տիպի ժամանակ նկատվում են փսիխոպարանոման (շիզոֆրենիկ կառուցվածքի դեֆեկտ), պսևդոթանական և համակցված դեֆեկտի տարբեր դրսևորումներ: Կլինիկական առողջացմամբ հեռավոր ելքը արտացոլում է հիվանդության հեռավոր փուլերում շիզոֆրենիկ պրոցեսի ամբողջական ռեալիզացված ռեգրեդիենտ միտումը:

**Clinical psychopathological structure and typology of the outcomes of
manifested progredient forms of schizophrenia**

A.G. Mkrtchyan

The study applied clinical-psychopathological, clinical-cathamnestic and psychometric testing approaches to examine 243 institutionalized chronic patients with manifested progredient forms of schizophrenia in residual phase of the disease.

While differentiating the forms of the outcomes, the study found psychotic form of residual condition in 9.5%, the form with reduced positive symptoms in 35.8%, deficit form in 42.0% and outcome in the form of clinical recovery in 12.8% of the investigated cases.

Hallucinatory, hallucinatory paranoid, hallucinatory paraphrenic, paranoid and paraphrenic disorders were observed among the cases with psychotic form of residual condition. Reduced speech disorders, hallucinations and delusions as well as reduced formal disorder of the thoughts were observed among the cases with residual condition in the form of reduced positive disorders. The study observed different types of deficit similar to psychopathy (deficit of schizoid structure), pseudo-organic and combined deficits among the patients with deficit form of residual condition. The form of clinical recovery of residual phase was presented with the fully expressed regredient course of the schizophrenia in the residual phase of the disease.

Литература

1. *Амбрумова А.Г.* Течение шизофрении по данным отдаленного катамнеза. М., 1962.
2. *Воробьев В.Ю.* Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств). Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1988.
3. *Вроно М.С.* Конечные состояния шизофрении с речевой бессвязностью. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1956.
4. *Ганноха Ю.Н.* О шизофреническом дефекте и его динамике. Цит. по Юдину. Шизофрения как первичный дефект-психоз. Труды ЦИП МЗ РСФСР. М., 1941, т. 2, с. 48-56.
5. *Дворин Д.В.* Клиника непрерывно протекающей параноидной шизофрении в свете отдаленных катамнезов в старости. Дис.... канд. мед. наук, М., 1978.
6. *Дружинина Т.А., Концевой В.А., Медведев А.В., Молчанова Е.К.* Значение метода длительного катамнеза для понимания некоторых аспектов проблемы эндогенных психозов. Седьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров. Тез. докл. 26-30 мая 1981, т. 1, М., 1981, с. 41-43.
7. *Жариков Н.М.* Клиника ремиссий шизофрении в отдаленном периоде заболевания. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1961.
8. *Зеневич Г.В.* Ремиссии при шизофрении. Л., 1964.
9. *Левит В.Г.* Материалы к катамнезу простой формы шизофрении. Журн. невропатол. и психиатр., 1965, 1, с. 88-89.
10. *Левит В.Г.* О конечных состояниях при простой шизофрении. Журн. невропатол. и психиатр., 1969, 12, с. 1848-1852.

11. *Медведев А.В.* О состоянии глубокого дефекта на отдаленных стадиях неблагоприятно протекающей шизофрении. Журн. невропатол. и психиатр., 1984, 5, с. 712-719.
12. *Мелехов Д.Е.* Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М., 1963.
13. *Морозов В.С., Тарасов Ю.К.* Некоторые типы спонтанных ремиссий при шизофрении. Журн. невропатол. и психиатр., 1951, т. 20, 4, с. 44.
14. *Новиков В.Н.* О некоторых вариантах стабилизации процесса на отдаленных этапах злокачественной шизофрении. Журн. невропатол. и психиатр., 1981, 5, с. 720-725.
15. *Фаворина В.Н.* К вопросу о поздних ремиссиях при шизофрении. Сообщ. V. Журн. невропатол. и психиатр., 1965, 1, с. 81-87.
16. *Цуцульковская М.Я., Абрамова Л.И.* Разновидности течения и критерии прогноза при параноидной шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте по данным отдаленного катамнеза. Журн. невропатол. и психиатр., 1981, 1., с. 89-98.
17. *Цуцульковская М.Я., Абрамова Л.И., Шахматова И.В., Шапиро Ю.А., Элиава В.Н.* Конечные состояния юношеской злокачественной шизофрении (клинико-патогенетические корреляции). Журн. невропатол. и психиатр., 1982, 7, с. 117-126.
18. *Штернберг Э.Я., Дружинина Т.А., Концевой В.А., Молчанова Е. К.* Закономерности клинических проявлений и течения шизофрении в свете отдаленных катамнезов в старости. В кн.: Мат. 6-го Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1975, т. 3, с. 144-148.
19. *Эдельштейн А.О.* Исходные состояния шизофрении. М., 1938.
20. *Kraepelin E.* Psychiatrie, 1913, Bd. 3, S. 871.
21. *Leonhard K.* Die defektschizophrenen Krankheitsbilder. Leipzig, 1936.
22. *Mayer-Gross W.* Über die Stellungnahme zur abgelaufenen akuten Psychoche. Z. Neur. Psych., 1920, 60, S. 231-253.
23. *Schneider C.* Die Psychologie der Schizophrenen. 1930, S. 301.