

УДК 616.895.8-07

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ИНИЦИАЛЬНОГО ПЕРИОДА ПОДТИПА ШИЗОФРЕНИИ С ВЕДУЩИМ НЕГАТИВНЫМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ

¹ Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, г. Томск

² Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

Бохан Н.А.^{1,2}, Семке А.В.^{1,2}, Корнетова Е.Г.^{1,2}, Корнетов А.Н.², Гончарова А.А.¹, Мальцева Ю.Л.¹

Проведена систематизация проявлений инициального периода простой шизофрении как подтипа с ведущим негативным симптомокомплексом с определением клиничко-динамических механизмов формирования каждого клинического паттерна с учетом его продолжительности. Цель исследования – выделение клиничко-динамических механизмов инициального периода подтипа шизофрении с ведущим негативным симптомокомплексом. Материал и методы: обследовано 168 пациентов с простой шизофренией, из них мужчин 128 (76,2%), женщин – 40 (23,8%). Средний возраст пациентов выборки 28,1±1,4 года. Применялось структурированное диагностическое интервью, проводился сбор анамнестических сведений о преморбиде, инициальном периоде и манифестации заболевания. Стандартизация проводилась с помощью оценочного перечня и глоссария симптомов для психических расстройств для ICD-10. Статистическая обработка проводилась с применением критерия Манна-Уитни, коэффициента корреляции Спирмена и критерия Фишера. Результаты. Инициальный период с доминированием псевдоневротических расстройств отмечен у 73 пациентов (43,5%), у женщин он встречался значимо чаще ($p < 0,05$). Поведенческие нарушения преобладали у 70 пациентов (41,7%). Продром по типу собственно «симплекс»-синдрома наблюдался у 25 больных (14,8%). У большинства пациентов – 75,6% преобладал постепенный инициальный период. Подострый и острый продром – у 17,3% и 7,1% соответственно. Статистически значимых различий в частоте встречаемости его типов по длительности в зависимости от пола выявлено не было. Обсуждение. Выделены клиничко-динамические механизмы продромальной стадии расстройства, различавшиеся по преобладанию тех или иных клинических проявлений, а также ее длительности. Заключение: при простой шизофрении в большинстве случаев (75,6%) инициальный период протекал с постепенным нарастанием псевдоневротических и поведенческих нарушений, а также проявлений «симплекс»-синдрома. Эта тенденция характерна для обоих полов, но у женщин статистически значимо чаще ($p < 0,05$) встречались псевдоневротические нарушения (57,5%). Переход инициального периода в дебют простой шизофрении проходил плавно.

Ключевые слова: шизофрения, симптомокомплекс, диагностика.

The systematization of the manifestations of the initial period of simple schizophrenia as a subtype with a leading negative symptomocomplex with the determination of the clinical-dynamical mechanisms of the formation of each clinical pattern, taking into account its duration, was carried out. Aim was systematization of clinical-dynamic mechanisms of the initial period of the schizophrenia subtype with a leading negative symptomocomplex. Material and methods: 168 patients with simple schizophrenia were examined, men were 128 (76.2%), women 40 (23.8%). The average age of the sample was 28.1±1.4 years. A structured diagnostic interview was used, anamnestic information was collected on premorbid, the initial period, and the manifestation of the disease. Standardization was carried out using the ICD symptom checklist and the ICD-10 symptom glossary for mental disorders. Statistical processing was carried out using the Mann-Whitney criterion, the Spearman correlation coefficient, and the Fisher criterion. Results: the initial period with prevalence of pseudo-neurotic disorders was noted in 73 patients (43.5%), in women it was significantly more frequent ($p < 0.05$). Behavioral disturbances prevailed in 70 patients (41.7%). Prodrome by the type of the "simplex"-syndrome proper was observed in 25 patients (14.8%). In most patients (75.6%), a gradual initial period prevailed. Subacute and acute prodrome was in 17.3% and 7.1%, respectively. There were no statistically significant differences in the frequency of occurrence of its types in terms of duration depending on sex. Discussion: clinical-dynamical mechanisms of the prodromal stage of the disorder were distinguished, differing in the prevalence of certain clinical manifestations, as well as in its duration. Conclusion: in simple schizophrenia, in most cases (75.6%), the initial period occurred with a gradual increase in pseudo-neurotic and behavioral disturbances, as well as manifestations of the "simplex"-syndrome. This trend is typical for both sexes, but in women statistically significantly more frequent ($p < 0.05$) met pseudo-neurotic disturbances (57.5%). The transition of the initial period to the debut of simple schizophrenia proceeded smoothly.

Key words: schizophrenia, symptom complex, diagnostics.

В последние десятилетия клиническая картина шизофрении рассматривается преимущественно в дихотомической модели, в которой противоположные полюса занимают позитивный и негативный симптомокомплексы, представленные, соответственно, бредом и галлюцинациями с одной стороны и эмоциональным безразличием и безволием (абулией) – с другой [1-2]. В классическом делении шизофрении на подтипы лишь два из них полностью проявляются клинической картиной, ведущее место в которой занимают негативные симптомы, – простая и резидуальная. Резидуальная шизофрения является исходом параноидной, гебефренической, кататонической и дезорганизованной шизофрении и обычно, фиксируется после нескольких эпизодов обострения перечисленных подтипов. В фокусе внимания данной работы находится простая шизофрения как единственный из подтипов негативного полюса, имеющих инициальный (продромальный) период.

В концепте ICD-10 [3] простая шизофрения рассматривается как нечастое, трудно диагностируемое расстройство. К основным его признакам отнесены прогрессирующее развитие странностей в поведении и неспособность соответствовать требованиям общества. Характерны уплощение аффекта, утрата побуждений без предшествующих выраженных психотических симптомов. Расстройство имеет не столь отчетливый психотический характер, как другие подтипы шизофрении. В целом, отдельные подтипы в последние годы выступают в качестве объектов изучения все реже в силу постепенной смены категориальной парадигмы в психиатрии на размерную [4], а простая форма практически выпала из исследовательского пространства из-за сужения диагностических границ шизофрении в последних систематиках DSM [5-8], базирующихся в данном разделе на симптомах первого ранга, описанных К. Schneider [9]. В то же время исследования последних лет показывают важность научного поиска в этом направлении [10-11], тем более что в DSM-5 [8] все же имеется указание на необходимость дальнейшего изучения простой шизофрении, которая в данной систематике названа «размытый синдром психоза».

Инициальный период шизофрении, как правило, остается вне поля зрения психиатров в силу низкой обращаемости за специализированной помощью на данном этапе, хотя даже при обращении возникает проблема, обусловленная сложностями диагностики, что ведет к затруднениям в выборе терапии. Адекватное лечение более эффективно, если начинается еще до манифестации шизофренического процесса. Вместе с тем необходимо уточнение диагностических критериев и классификации иници-

ального периода шизофрении, особенно при затяжных его вариантах [12].

Доманифестный этап проявляется субклиническими изменениями, которые затрагивают адаптационные возможности и проявляются большим числом прогулов или прекращением учебы, стойким изменением интересов, длительной социальной пассивностью, отгороженностью и изоляцией, продолжительным изменением во внешнем виде и поведении [13]. Среди поведенческих феноменов продрома особое место занимает суицидальный [14-15]. Хотя следует подчеркнуть, что иногда происходящая в инициальный период суицидальная попытка является следствием реальной психотравмирующей ситуации и не должна рассматриваться проявлением шизофренического процесса [16], поскольку линейный детерминизм способствует ошибочной квалификации психического статуса [17]. С другой стороны, суицидальный акт, осуществленный при отсутствии психотравмирующей ситуации, расстройств настроения, может квалифицироваться в рамках поведенческих расстройств [18] или как диссоциации эмоциональных проявлений при шизофрении [19]. Наиболее полной попытка систематизации продромальной стадии простой шизофрении предпринята Е.Д. Косенко [20], который разделил его в зависимости от доминирующих симптомов на психопатоподобный, апато-абулический, неврозоподобный и болезненное заострение преморбидных патологических черт характера, с выраженными аффективными нарушениями, с явлениями философической интоксикации.

В соответствии с вышесказанным нами проведена систематизация проявлений инициального периода простой шизофрении как подтипа с ведущим негативным симптомокомплексом с определением клинико-динамических механизмов формирования каждого клинического паттерна с учетом его продолжительности.

Цель исследования – выделение клинико-динамических механизмов инициального периода подтипа шизофрении с ведущим негативным симптомокомплексом.

Материал и методы

Выборка включила 168 пациентов с простой шизофренией, верифицированной в соответствии с критериями для данного подтипа ICD-10 [3], и находившихся на момент исследования на диспансерном наблюдении в городе Томске. Среди всех обследованных мужчин оказалось 128 (76,2%), женщин – 40 (23,8%), средний возраст выборки составил 28,1±1,4 года. Исследование было проведено с соблюдением протокола, утвержденного локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Дизайн исследования

Данная работа представляет собой наблюдательное когортное ретроспективное исследование, предметом которого являются клинико-динамические механизмы инициального периода простой шизофрении, манифестирующей хроническими негативными нарушениями. С учетом раннего возраста начала шизофрении, выраженных проявлений снижения адаптационного потенциала в продромальную стадию и ее длительности, исследование строилось через клинико-типологическую [21], статико-динамическую оценку [22], принятую для подобных выборок. Обследование проводилось с помощью структурированного диагностического психиатрического интервью, осуществлялся сбор анамнестических сведений о преморбиде, инициальном периоде и манифестации заболевания. Для стандартизации клинических данных использовались оценочный перечень [23] и глоссарий симптомов для психических расстройств [24] для ICD-10.

Обработка данных проводилась при помощи пакета Statistica 8.0. Для оценки достоверности различий количественных показателей применяли критерий Манна-Уитни. Для оценки линейной зависимости количественных данных рассчитывался коэффициент корреляции Спирмена. Для сопоставления независимых выборок по частоте встречаемости вариантов инициального периода применялся критерий Фишера. За достоверные были приняты полученные в ходе анализа связи при значениях коэффициента корреляции $r=0,5-1,0$ при значимости уровня различий $p<0,05$.

Результаты и обсуждение

На основании группировки клинических проявлений их полиморфизм объединен нами в три группы симптомокомплексов инициального периода простой шизофрении: с доминированием псевдоневрологических нарушений, преобладанием поведенческих нарушений и проявления «симплекс»-синдрома (табл. 1).

Таблица 1

Клиническая характеристика инициального периода простой шизофрении

| Инициальный период | Пол | | | | | |
|------------------------------------|---------|-------|---------|-------|----------|-------|
| | Мужчины | | Женщины | | Оба пола | |
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| 1. Псевдоневрологические нарушения | 50 | 39,1 | 23* | 57,5 | 73 | 43,5 |
| 2. Поведенческие нарушения | 54 | 42,2 | 16 | 40,0 | 70 | 41,7 |
| 3. «Симплекс»-синдром | 24 | 18,7 | 1 | 2,5 | 25 | 14,8 |
| Всего | 128 | 100,0 | 40 | 100,0 | 168 | 100,0 |

Примечание: * обозначены данные с уровнем значимости $p<0,05$

Инициальный период с доминированием псевдоневрологических расстройств был отмечен у 73 пациентов (43,5%). Причем у женщин он встречался значительно чаще ($p<0,05$). Клинически он выражался в жалобах на слабость, вялость, чувство разбитости. Появлялась рассеянность, нарушение сосредоточения, возникали «разбегающиеся» мысли, «пустота» в голове, «бедность мыслей», «отсутствие» памяти. Наряду с этим имели место раздражительность, зябкость конечностей, гиперакузия. Все это способствовало снижению активности, возникновению субклинической ипохондрии с фиксацией на различных телесных ощущениях, которые носили самый разнообразный характер. Возникали локальные или генерализованные аморфные, тягостные, трудно квалифицируемые ощущения, иногда имитирующие соматические или неврологические заболевания. Появлялось чувство измененности своего «я», ощущение надвигающейся катастрофы, преходящие явления ауто- и аллопсихической дереализации, отчуждение телесных ощущений, чувство без-

жизненности окружающего. Развивалась хроническая гипогедония. Псевдоневрологическая симптоматика могла возникать и в виде соматической сенсации, под «вуалью» физического неблагополучия. Такие больные жаловались на боли в области сердца, расстройства деятельности желудочно-кишечного тракта. Объективно отмечались вегетативно-сосудистые нарушения, носовые кровотечения, кардиалгии, псевдоневрологические приступы, напоминавшие панические атаки, но не удовлетворявшие критериям диагноза панического расстройства по выраженности, количеству и временному фактору. За фасадом различных вариантов псевдоневрологических нарушений иногда появлялись транзиторные «наплывы» мыслей, их «звучание», вычурные сенестопатии, потеря чувства непрерывности и интегрированности психического процесса. В целом симптомокомплекс складывался из сочетания гиперстенических расстройств и психической истощаемости.

Поведенческие нарушения преобладали у 70 пациентов (41,7%). Они проявлялись рас-

торможенностью, отказом от общепринятых форм поведения, оппозиционным отношением к ближайшему окружению, безмотивными вспышками ярости, утрюмостью, бездеятельностью. Больные становились отчужденными, малодоступными, с открытой ненавистью относились к родственникам, становились холодными и черствыми. Так как дебют заболевания в большинстве случаев наблюдался в подростково-юношеский период, родители часто рассматривали такое поведение в рамках «переходного» возраста или как дефект воспитания. В поведении отмечались выраженная асоциальность, тяготение к криминогенным группам. Иногда на первый план выступала расторможенность, повышенная возбудимость, суетливость. В силу эмоциональной холодности внешние аффективные разряды, поступки, действия были особенно нелепыми и brutальными. Многие больные были склонны к дромоманиям, не имеющих определенного ареала. Они были малопонятны и необъяснимы для окружающих. Слабость волевых задержек приводила к общественно опасным действиям. Смутное чувство измененности, «душевного» дискомфорта и разлада психической деятельности определяло возникновение влечения к алкоголю. В опьянении еще более проявлялись поведенческие девиации и эмоционально-волевые нарушения.

Инициальный период, протекавший по типу собственно «симплекс»-синдрома, наблюдался у 25 больных (14,8%). Для них характерным

являлось снижение психической продуктивности, появление оппозиционного отношения к близким, обостренная чувствительность или вялость, лень, утрюмость, замкнутость, отчужденность. Больные ощущали собственную «измененность», которая проявлялась неразвернутыми идеями отношения и чувством «катастрофы». Мышление становилось расплывчатым, нечетким. Появлялись более или менее выраженные явления метафизической интоксикации. На фоне подавленного настроения периодически возникали «наплывы», «задержки», «обрывы» мыслей. Отмечалась непродуктивная склонность к анализу своих поступков, отвлеченных проблем. Красной нитью через всю инициальную «симплекс»-симптоматику проходила нарастающая утрата аллопсихического эмоционального резонанса с аутопсихической ориентацией и деструкцией межличностных отношений. Больные худели, замыкались, бросали учебу, работу. Развитие этих нарушений, как правило, было постепенным.

Механизм формирования симптомокомплексов от первых признаков продрома до манифестации также определяется продолжительностью инициального периода. Его длительность нами оценивалась до трех месяцев как острое начало заболевания, от трех месяцев до одного года как подострое и свыше одного года как постепенное. У большинства обследованных пациентов – 75,6% преобладал постепенный инициальный период (табл. 2).

Таблица 2

Длительность инициального периода простой шизофрении

| Длительность инициального периода | Пол | | | | | |
|-----------------------------------|---------|-------|---------|-------|----------|-------|
| | Мужчины | | Женщины | | Оба пола | |
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| 1. Острый | 10 | 7,8 | 2 | 5 | 12 | 7,1 |
| 2. Подострый | 20 | 15,6 | 9 | 22,5 | 29 | 17,3 |
| 3. Постепенный | 98 | 76,6 | 29 | 72,5 | 127 | 75,6 |
| Всего | 128 | 100,0 | 40 | 100,0 | 168 | 100,0 |

Подострый и острый продром встречались значительно реже – 17,3% и 7,1% соответственно. Статистически значимых различий в частоте встречаемости его типов по длительности в зависимости от пола выявлено не было.

В отличие от подтипов шизофрении, характеризующихся эпизодическим течением, особенно с преобладающим позитивным симптомокомплексом, при простой форме, с ее «стертым» началом и хроническим характером, выделение инициального периода является достаточно трудной задачей. В представленном исследовании выделены клинико-динамические механизмы продромальной стадии расстройства, различавшиеся по преобладанию

тех или иных клинических проявлений, а также ее длительности.

«Симплекс»-синдром, являясь основанием для диагностики простой шизофрении после манифестации процесса, в продроме встречался всего в 14,8% случаев. Наличие на первом плане псевдоневротических и поведенческих нарушений у большинства обследованных свидетельствует в пользу того, что чаще при данном подтипе в инициальный период появляются неспецифические психопатологические предвестники болезни, которые крайне усложняют диагностику. Полученные данные открывают перспективы дальнейших исследований прежде всего с позиции клинической динамики

ки от продромальной стадии до завершения первого года болезни для понимания механизмов синдрообразования.

Приведенные типы продромальных периодов по длительности выделялись ранее и другими авторами [25-26]. Применительно к данному исследованию было необходимо установить, какова частота их встречаемости при простой шизофрении. Полученные результаты о преобладании постепенного инициального периода соответствуют традиционным представлениям о незаметном, постепенном начале простой шизофрении [27-31], а также дают понимание о том, что длительность продрома не зависит от пола пациентов. В дальнейшем представляется необходимым проанализировать ее связь с другими конституциональными факторами.

Следует подчеркнуть, что в рутинной клинической практике ретроспективный анализ инициального периода, развития болезни важен для прогнозирования клинических проявлений расстройства и адаптационных возможностей пациентов, что очевидно из настоящего исследования и неоднократно подчеркнуто в психиатрической литературе [20, 32-36].

Заключение

В результате исследования установлено, что при простом подтипе шизофрении, характеризующемся преобладанием негативного симптомокомплекса в клинической картине, в большинстве случаев (75,6%) инициальный период протекал с постепенным нарастанием псевдоневрологических и поведенческих нарушений, а также проявлений «симплекс»-синдрома. Эта тенденция характерна для обоих полов, но у женщин статистически значимо чаще ($p < 0,05$) встречались псевдоневрологические нарушения (57,5%). Переход инициального периода в дебют простой шизофрении проходил плавно, что в ряде случаев требовало дополнительной дифференциальной диагностики для верификации дебюта заболевания.

Список литературы

1. Andreasen NC, Flaum M, Swayze VW 2nd, Tyrrell G, Arndt S. Positive and negative symptoms in schizophrenia. A critical reappraisal. *Arch. Gen. Psych.* 1990;47(7): 615-621.
2. Harvey RC, James AC, Shields GE. A systematic review and network meta-analysis to assess the relative efficacy of antipsychotics for the treatment of positive and negative symptoms in early-onset schizophrenia. *CNS Drugs.* 2016;30(1):27-39.
3. World Health Organization ICD-10: Classification of mental and behavioural disorders – clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.

4. Ahmed AO, Strauss GP, Buchanan RW, Kirkpatrick B, Carpenter WT. Are negative symptoms dimensional or categorical? detection and validation of deficit schizophrenia with taxometric and latent variable mixture models. *Schizophr Bull.* 2015;41(4):879-91.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.) (DSM-III). Washington, DC: American psychiatric Association, 1980.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.) (DSM-III-R). Washington, DC: American psychiatric Association, 1987.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV). Washington, DC: American psychiatric Association, 1994.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing Incorporated, 2013.
9. Schneider K. Klinische psychopathology. Stuttgart: G.Th. Verlag, 1962:257.
10. Agarwal V, Maheshwari S, Agarwal V, Kalra ID. Simple schizophrenia remains a complicated diagnosis: case report and literature review. *J Nerv Ment Dis.* 2016;204(1):57-60.
11. O'Brien D, Macklin J. Late onset simple schizophrenia. *Scott Med J.* 2014;59(1):e1-3.
12. Дереча В.А., Сулов С.В. О дифференцированной диагностике инициального периода шизофрении и шизотипических расстройств. В кн.: XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». 2015:967-968.
13. Moller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. *Schizophr Bull.* 2000;26(1):217-232.
14. Данилова М.Б., Пепеляева Т.И. Диагностика и профилактика суицидального поведения больных шизофренией. М., 1987.
15. Лапицкий М.А., Ваулин С.В. Суицидальное поведение у больных эндогенными заболеваниями. В кн.: Аффективные и шизоаффективные психозы (современное состояние проблемы). Под ред. проф. Г.П. Пантелеевой и проф. М.Я. Цуцурьковской. М., 1998:49-53.
16. Данилова М.Б., Пепеляева Т.И., Цуцур В.Е. Особенности суицидального поведения больных шизофренией на инициальных этапах заболевания. Комплексные исследования в суицидологии. М., 1986:93-98.
17. Корнетов Н.А. К вопросу о систематике психических и поведенческих расстройств. В кн.: XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международ-

ным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы». 2015:590.

18. Куценко Е.Н. Клиника и дифференциальная диагностика депрессивных дебютов шизофрении в подростковом возрасте. В кн.: VII съезд невропатологов и психиатров Украинской ССР. Винница, 1984;2:179.

19. Ментешашвили И.Т., Местиашвили М.Г. О некоторых клинико-психопатологических особенностях начальных проявлений шизофрении подросткового возраста. Проблемы психоневрологии. М., 1969:195-197.

20. Косенко Е.Д. Некоторые вопросы диагностики простой формы шизофрении. Ежегодник научных работ Алмаатинского ин-та усовершенствования врачей. Алма-Ата, 1967;3:247-252.

21. Елисеев А.В. Расстройства психического развития в детско-подростковом возрасте (клинико-динамические и социально-психологические механизмы формирования): Дис. ... докт. мед. наук. Томск.; 2006.

22. Шмуклер А.Б. Шизофрения. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2017:176.

23. Janca A., Üstün T.B., van Drimmelen J., Dittmann V., Isaac M. The ICD symptom checklist: A companion to the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: WHO, 1993.

24. Isaac M., Janca A., Sartorius N. The ICD-10 symptom glossary for mental disorders. Geneva: WHO, 1994.

25. Осипов В.П. Границы шизофрении, ее мягкие формы и их легкомысленное распознавание. Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. 1935;4(7):1-30.

26. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Корнетов Н.А. Клинико-генетико-антропометрические данные и факторы экзогенной ритмики при шизофрении. Киев: Здоров'я, 1984:152.

27. Diem O. Die einfach demente Form der Dementia praecox (Dementia simplex). *Arch f Pszch.* 1903;37(1):111-187.

28. Молохов А.Н. К учению о формах шизофрении. Журнал невропатологии и психиатрии. 1960;60(9):1159-1162.

29. Кербинов О.В. Шизофрения как нозологическая проблема. Шизофрения. Вопросы нозологии, патогенеза, клиники и анатомии. М., 1962:5-18.

30. Косенко Е.Д. Клиника и течение простой формы шизофрении. Вопросы психиатрии. Алма-Ата, 1968;1:73-78.

31. Нисс А.И. Об одном из вариантов простой формы шизофрении в свете психофармакотерапии. Журнал невропатологии и психиатрии. 1976;76(1):114-121.

32. Молохов А.Н. Формы шизофрении и их лечение. Кишинев, 1948.

33. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.: Медгиз, 1963:198.

34. Мелехов Д.Е. К проблеме резидуальных и дефектных состояний при шизофрении (в связи с задачами клинического и социально-трудового прогноза): Обзор. Журнал невропатологии и психиатрии. 1981;81(1):128-138.

35. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. М.: Медицина, 1971:128.

36. Hafner H., van der Heiden W. The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: the ABC and WHO studies. *Eur. Arch. Psych. Clin. Neurosci.* 1999;249(4):14-26.

Контактные данные

Автор, ответственный за переписку: Корнетова Елена Георгиевна, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья, «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», консультант-психиатр клиник ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск. 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Тел.: (3822) 513306. E-mail: kornetova@sibmail.com

Информация об авторах

Бохан Николай Александрович, академик РАН, Заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор, руководитель отделения аддиктивных состояний, директор Научно-исследовательского института психического здоровья ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Тел.: (3822) 513306.

E-mail: bna909@gmail.com

Семке Аркадий Валентинович, д.м.н., профессор, заместитель директора по научной и лечебной работе НИИ психического здоровья, «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», заведующий отделением эндогенных расстройств НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, Профессор кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4. Тел.: (3822) 513306.

E-mail: asemke@mail.ru

Корнетов Александр Николаевич, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой фундаментальной психологии и поведенческой медицины ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4.

Тел.: (3822) 513306.

E-mail: kornetov@mail.tomsknet.ru

Гончарова Анастасия Александровна, аспирант
отделения эндогенных расстройств Научно-ис-
следовательского института психического здо-
ровья, «Томский национальный исследователь-
ский медицинский центр Российской академии
наук», г. Томск.

634009, г. Томск, пер. Кооперативный, 5.

Тел.: (3822) 513306.

E-mail: goncharanastasya@gmail.com

Мальцева Юлия Леонидовна, заведующая
вторым клиническим психиатрическим отде-
лением клиники Научно-исследовательского
института психического здоровья, «Томский на-
циональный исследовательский медицинский
центр Российской академии наук», г. Томск.

634009, г. Томск, пер. Кооперативный, 5.

Тел.: (3822) 513306.

E-mail: center@tnimc.ru