

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кулаков В.И., Ю.И. Барашичев. Новорожденные высокого риска. Новые диагностические и лечебные технологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 546 с.
2. Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в

свете концепции «доказательной медицины». // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2008. — Т. 76. №1. — С. 5-8.

3. Радзинский В.Е., Костин И.Н., Златовратская Т.В. и др. Доношенные дети, подвергшиеся реанимации, анализ акушерской тактики. // Акуш и гинек. — 2007. — № 3. — С. 42-47.

**Информация об авторах:** 664079, Иркутск, м-н Юбилейный 100, ИГИУВ, кафедра акушерства и гинекологии, тел. (3952) 461133, e-mail: vidun@mail.ru

Крамарский Владимир Александрович — проректор по учебной работе, д.м.н., профессор;  
Дудакова Виктория Николаевна — ассистент, к.м.н., Сверкунова Наталья Леонидовна — к.м.н., ассистент кафедры

© БОБРОВ А.С., ПАВЛОВА О.Н. — 2011  
УДК 616.89-008.441.1:616.895.8

### ФОБИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИКЕ ШИЗОФРЕНИИ С ПРИСТУПООБРАЗНЫМ ТИПОМ ТЕЧЕНИЯ

Александр Сергеевич Бобров<sup>1</sup>, Оксана Николаевна Павлова<sup>2</sup>

(<sup>1</sup>Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра психиатрии, зав. — д.м.н., проф. А.С. Бобров; <sup>2</sup>ОГУЗ Иркутский психоневрологический диспансер, гл. врач — В.И. Москалев)

**Резюме.** В зависимости от типологии аффекта среди больных приступообразной шизофренией выделены монополярная депрессия, биполярное аффективное расстройство и смешанное аффективное расстройство с одно-, мало- и многоприступным течением. Отмечен значительный полиморфизм фобических расстройств в виде: генерализованного варианта социальной фобии, антропофобии, специфической фобии, ипохондрических фобий, дисморфофобии, мизофобии и агорафобии с/без панических атак. Значительно отягощает клинику неманифестной приступообразной шизофрении, наряду с фобическими расстройствами, наличие в ее структуре бесфабульной тревоги, субдиагностических проявлений генерализованного тревожного расстройства, обсессивно-компульсивных расстройств и патологических телесных ощущений (алгии, сенестоалгии, сенестопатии).

**Ключевые слова:** шизофрения, течение, фобии.

### PHOBIC DISORDERS IN THE COURSE OF ATTACK-LIKE SCHIZOPHRENIA

A.S. Bobrov<sup>1</sup>, O.N. Pavlova<sup>2</sup>

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education, Irkutsk Psychoneurology Health Centre)

**Summary.** Depending on the type of affect in patients with attack-like schizophrenia monopolar depression, bipolar affective disorder and mixed affective disorder with single-, few- and many attacks course were determined. We observed significant polymorphism of phobic disorders, such as generalized variant of social phobia, anthropophobia, specific phobia, hypochondrical phobias, dysmorphophobia, mysophobia and agoraphobia with/without panic attacks. Side by side with phobic disorders the presence of non plot anxiety, subdiagnostic clinical displays of generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorders and pathological body sensations (algia, senestotalgia, senestopathia) considerably complicates the severity of attack-like schizophrenia.

**Key words:** schizophrenia, course, phobia.

Существенным продвижением в изучении клиники неманифестной шизофрении с наличием симптомов вялотекущего процесса и отсутствием стойких и выраженных галлюцинаций и/или бреда следует считать расширение систематики типов течения приступообразно-прогредиентной шизофрении за счет выделения ее варианта, близкого к вялотекущей [6].

В свою очередь в рамках вялотекущей псевдоневротической шизофрении оказывается возможным выделение 2-х вариантов с доминированием обсессивно-фобических расстройств [3]. В обоих случаях с наличием панических расстройств, агорафобии с последующим формированием панфобии, страха за жизнь (танатофобии) и трансформацией генерализованной тревоги в эндогенную (флоттирующую) тревогу с отчетливыми витальными чертами. Существенные различия касаются лишь отдаленной динамики упомянутых клинических вариантов. В клинике 3-го варианта вялотекущей шизофрении, но с прогредиентным типом течения, отмечено наличие обсессивно-компульсивных расстройств с иррациональным страхом возможной угрозы извне (страх возможного контакта с разнообразными патогенными внешними агентами) и формированием сложных защитных ритуалов и, в конечном итоге, особой

системы представлений, подчиняющих себе всю жизнь пациента с активным вовлечением близких родственников в систему ритуалов. Приводится характеристика 3-х клинических вариантов течения шизофрении с множественными тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами [4].

**Цель работы:** изучение частоты и содержания фобических расстройств в структуре депрессии неманифестной шизофрении с приступообразным типом течения.

### Материалы и методы

Изучена группа больных шизофренией в количестве 53 человек (мужчин — 32 (60,4%), женщин — 21 (39,6%)) с полиморфной клинической картиной и наличием диагностических рубрик по МКБ-10: депрессивный эпизод (F32), социальная и специфическая фобия (F40.1, F40.2), генерализованное тревожное расстройство (F41.1), обсессивно-компульсивное расстройство (F42), соматоформные расстройства (F45.0, F45.3) с патологическими телесными ощущениями (алгии, сенестоалгии, сенестопатии), агорафобия с/без панического расстройства (F40.00, F40.01). Диагноз шизофрении верифицирован значительной представленностью негативной симпто-

матики в виде: социальной отгороженности, отсутствия потребности в общении (некоммуникабельность, бездеятельность), значительного снижения социальной адаптации (прекратили учебу или работу — 75,5%, признаны инвалидами — 43,4%). Подтверждением диагноза шизофрении является также типичные для этого заболевания социодемографические показатели: не состояли в браке 66,0%, были разведены — 17%, имели официальные брачные отношения 9,4%, состояли в гражданских отношениях 7,6%.

Все больные подписывали форму добровольного информированного согласия на участие в данном исследовании. При этом соблюдались все требования Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации.

Отсутствие в клинической картине на протяжении изученного активного этапа течения болезни стойких и выраженных галлюцинаций и/или бреда дает основание для квалификации изученной группы больных в качестве неманифестной шизофрении. Исключались из исследования больные вялотекущей шизофренией с устойчивыми «осевыми» обсессивно-фобическими, деперсонализационными, истероформными, органо-невротическими и когнитивно-патическими проявлениями без тенденции к смене и трансформации синдромального регистра в течении заболевания; органическим заболеванием ЦНС с расстройством настроения, а также больные с синдромом зависимости, сформировавшимся до активных проявлений неманифестной приступообразной шизофрении.

Возраст активного проявления заболевания приходится на пубертатный — 37,7%, юношеский — 35,9% и зрелый возраст — 26,4% случаев. Частота госпитализаций — от 2 до 10 раз выявлена в 83,1% случаев, амбулаторно наблюдались — 16,9% больных. В зависимости от типологии аффекта выделены 3-и группы больных: 1-я группа — монополярная депрессия (n=27, 50,9%|53) в большинстве случаев с единичным депрессивным эпизодом (66,7%|27), реже малоприступным (29,6%|27) и в единичном наблюдении многоприступным (3,7%|27) течением. 2-я группа — биполярное аффективное расстройство (n=18, 33,9%|53) с малоприступным (n=8, 44,4%|18) и многоприступным (n=10, 55,6%|18) течением. 3-я группа — с изначально смешанной аффективной симптоматикой (n=8, 15,1%|53) и одноприступным, мало- и многоприступным типом течения. К смешанному аффективному расстройством отнесена депрессия с отдельными проявлениями маниакальной симптоматики.

Средний возраст начала активного этапа заболевания среди 3-х клинических групп был равен: 1-я группа — 23,8±2,0, 2-я — 16,7±1,1, 3-я — 23,1±4,0 лет; средняя длительность заболевания от активного его проявления составила: в 1-й клинической группе 9,4±1,1, во 2-й — 10,2±1,2, в 3-й — 9,0±2,1 лет; средняя длительность актуального депрессивного приступа в случае монополярного типа течения (1-я группа) была 7,7±0,9, биполярной депрессии — 3,7±0,7, смешанного аффективного состояния — 6,8±2,2 лет.

Для выявления статистически значимых различий между исследуемыми клиническими группами использовались — критерий Стьюдента (количественные, бинарные нормально распределенные данные); критерий Манна-Уитни (количественные ненормально распределенные и порядковые данные); критерий  $\chi^2$  (бинарные ненормально распределенные, порядковые и номинальные данные); критерий Фишера (в случае, если  $n < 4$ ) [5].

### Результаты и обсуждение

В соответствии с критериями МКБ-10 (F32) тяжесть депрессии среди всей изученной группы больных (n=53) составила: легкая степень депрессивного эпизода (ДЭ) — у 4 (7,5%|53), умеренная — у 9 (16,9%|53), тяжелая — у 12 (22,6%|53), в единичных наблюдениях — у

Таблица 1

Сравнительная частота (в %) фобических расстройств в клинике неманифестной приступообразной шизофрении

| Признаки                                          | Клинические группы |      |             |      |            |      | Итого<br>(n=53) |      |
|---------------------------------------------------|--------------------|------|-------------|------|------------|------|-----------------|------|
|                                                   | 1<br>(n=27)        |      | 2<br>(n=18) |      | 3<br>(n=8) |      |                 |      |
|                                                   | абс.               | %    | абс.        | %    | абс.       | %    | абс.            | %    |
| Социальная фобия<br>(генерализованный<br>вариант) | 11                 | 40,7 | 8           | 44,4 | 2          | 25,0 | 21              | 39,6 |
| Антропофобия                                      | 10*                | 37,0 | 6*          | 33,3 | 2          | 25,0 | 18              | 33,9 |
| Специфическая<br>фобия                            | 2                  | 7,4  | 10          | 55,6 | 2          | 25,0 | 14              | 26,4 |
| Дисморфофобия                                     | 2                  | 7,4  | 3           | 16,7 |            | -    | 5               | 9,4  |
| Ипохондрическая<br>фобия                          | 4                  | 14,8 | 4           | 22,2 | 4          | 50,0 | 12              | 22,6 |
| Мизофобия                                         | 3                  | 11,1 | 2           | 11,1 |            | -    | 5               | 9,4  |
| Агорафобия                                        | 2                  | 7,4  | 2           | 11,1 | 3          | 37,5 | 7               | 13,2 |

\* — при  $p < 0,001$ .

3 (5,7%|53) выявлены субдиагностические проявления депрессии. Примечательным является значительная частота промежуточной степени тяжести ДЭ — 24 (45,3%|53) наблюдения. Основанием для диагностики промежуточной степени тяжести ДЭ среди данного контингента больных были наличие трех типичных депрессивных симптомов и лишь от 1 до 3-х дополнительных симптомов из перечня «а-ж» (F32).

Сравнительная частота и содержание фобических расстройств в зависимости от клинического варианта неманифестной шизофрении с приступообразным типом течения приведена в таблице 1.

В клинике депрессии неманифестной приступообразной шизофрении выявлена значительная представленность различных проявлений фобических расстройств. Приведем их типологию в порядке убывающей частоты: близкими по частоте оказались социальная фобия (генерализованный ее вариант) и антропофобия — соответственно 39,6%|53 и 33,9%|53; специфическая фобия — 26,4%|53, ипохондрическая фобия — 22,6%|53; агорафобия с/без панического расстройства — 13,2%|53, дисморфофобия и мизофобия соответственно по 9,4%|53 наблюдений. Отмечены высоко достоверные различия в большей частоте антропофобии в структуре монополярной депрессии (1-я клиническая группа) по сравнению с биполярной депрессией (2-я клиническая группа).

Во всех случаях социальная фобия среди обследованного нами контингента больных была представлена генерализованным ее вариантом, при этом у большей половины больных генерализованная социальная фобия выявлялась в сочетании с сенситивными идеями отношения. К генерализованной социальной фобии отнесены: «трудность общения с людьми», особенно с незнакомыми людьми. Как и в наблюдениях Д.В. Ястребова [7], в любых обстоятельствах появления на людях у больных возникает /усиливается чувство внутреннего напряжения («тело как сжимается», «чувствую себя как в клещах»). Сенситивные идеи отношения, коморбидные генерализованной социальной фобией складываются из-за опасений, что окружающие осуждают больных, смеются над ними за их спиною. Генерализованная социальная фобия сопровождается чувством тревоги; имеет место проявление вегетативной гиперактивности. Больные испытывают желание скорее покинуть собеседника. В итоге больной подчеркивает, «если не общаюсь с людьми, то чувствую себя легче — нет тяжести внутри».

К антропофобии (от греч. *anthropos* и *phobos* — страх) отнесены — «страх находиться в обществе, быть среди людей» (в отличие от генерализованной социальной фобии) с конкретной фабулой тревожных опасений: могут «обидеть», «наругать, ударить», «при

общении будет только негатив». В случае вынужденного общения возникает страх — ощущение дискомфорта — «Как не в своей тарелке, жутковато, какой-то негатив исходит от окружающих». К особенностям антропофобии относится тревога «вперед» или страх выхода на улицу — «Если собираюсь выходить из дома, наступает каторга — страх, паника идти одному, ощущение напряжения в теле, учащенное сердцебиение, чувство нехватки воздуха». Имеют место значительные ограничения в поведении — больные выходят из дома только в сопровождении кого-нибудь из близких. При встрече с незнакомыми людьми возникает чувство страха, выраженные проявления вегетативной гиперактивности (ощущение нехватки воздуха, учащенное сердцебиение), желание скорее вернуться домой. Со слов одного из пациентов, «Даже в прохожем вижу нападающего — становится не по себе, стараюсь скорее пройти мимо, в случае встречи с незнакомой компанией — скорее пропустить ее вперед». Избегание общения с окружающими в случае антропофобии не исключает сенситивных идей отношения — «Люди думают обо мне негативно, подсмеиваются», а также проявлений генерализованной социальной фобии — «На улице, на транспорте возникает ощущение — на меня все смотрят» или «на меня обращают внимание, смотрят, вмешиваются в мое личное пространство, шепчутся за моей спиной».

В содержание специфической фобии включены тревога, беспокойство при пользовании общественным транспортом. В случае коморбидности «транспортной» фобии с антропофобией пребывание в общественном транспорте сопровождается выраженным двигательным беспокойством («суеда нападает»), вегетативной тревогой (потливость ладоней, диспептические явления) и более решительными мерами по прекращению движения («выхожу и иду пешком») либо больные вообще избегают пользоваться общественным транспортом. В остальных случаях специфические проявления фобии включали: страх физиологических отпавлений в общественном месте; страх общения с противоположным полом; кратковременный в течение нескольких дней страх похищения инопланетянами после просмотра телевизионной передачи с соответствующим содержанием; страх пребывания в замкнутом пространстве (в том числе избегания пользования лифтом). Следует отметить, что специфические фобии с иным, чем транспортным содержанием также выступали в сочетаниях с генерализованной социальной фобией с/без сенситивных идей отношения либо с «параллельным» наличием ипохондрических фобий. Лишь в одном наблюдении имела место изолированная специфическая фобия с фабулой ограбления, индуцированная телевизионной передачей с установлением сигнализации и ожиданием визита злоумышленников.

Ипохондрические состояния в клинике депрессий неманифестной шизофренией с приступообразным типом течения оказались неоднородными. Танатофобия формировалась при наличии церебральных сенестопатий с характером движения [1] (ощущение «пульсации внутри головы как от дыхания человека; в голове как пульсирует, сжимает, мозг переворачивается») либо страх смерти возникал в структуре панического расстройства (ПР) и в период тревожного ожидания рецидива ПР. Нозофобия, к примеру, канцерофобия, могла иметь преходящий характер, возникала в дебюте приступа и была индуцирована общением с родственником, занятым разработкой проблемы канцерогенеза. Выделена немногочисленная группа больных с ипохондрическими состояниями и выраженными ограничениями в поведении. Это могли быть сенестопатии в области гортани, близкие к висцеральным галлюцинациям («что-то мешает в горле», «какой-то предмет в горле», «как дерет глотку чем-то») и опасениями наличия «опухоли пищевода» с переходом на прием только жидкой пищи. Однако, определяющим практически все поведение этой больной является наличие мизофобии.

В другом случае, значительные ограничения в физической активности, сокращения общения в кругу семьи, частый и дробный прием пищи, исключение какой-либо сенсорной нагрузки могли быть связаны, по словам больного, с возникающим в ответ на минимальную нагрузку «сосудистого спазма в левой половине грудной клетки в виде давящей боли».

В единичном наблюдении выявлены овладевающие ипохондрические представления о наличии венерического заболевания. Особенностью данного наблюдения является объективная диагностика хламидиоза во время медицинского обследования в школе, совпавшая с активным проявлением психоза в 15-летнем возрасте. Ограничение в поведении включало ежедневное соблюдение обычных гигиенических процедур, поиск повторных консультаций дерматолога, несмотря на отрицательные лабораторные результаты после проведенного лечения, избегание сексуальных контактов. В структуре рецидивирующей депрессии, сменявшей гипоманию, на фоне впервые возникших сенестопатий («жжение, покалывание — нестерпимые жгучие ощущения») с мочеполювой локализацией у этого больного вновь рецидивируют тревожные ипохондрические опасения о наличии венерического заболевания (хламидиоз), сопряженные с сенситивными идеями отношения — «Люди догадываются о моем заболевании, я вновь болен хламидиозом, бледен, худ».

Обособленную группу составили больные с «ограниченной ипохондрией» (*circumscripta* ипохондрия) ( $n=3$ ). Одной из отличительных особенностей наших наблюдений является возможная на достаточно длительном активном этапе течения заболевания смена первоначальной локализации идиопатических телесных сенсаций. Эта категория ипохондрии диагностирована в случае течения неманифестной шизофрении с монополярной депрессией либо со смешанным аффективным расстройством в структуре приступа и активного начала заболевания в зрелом возрасте.

Психологически понятная озабоченность своим психическим и физическим состоянием («постоянно крутятся мысли о своем здоровье, будущем близких в семье») нами вынесены за рамки проявлений ипохондрического регистра. У всех этих больных манифест заболевания попадал на зрелый возраст.

Частота дисморфофобий среди общей совокупности фобических расстройств в изученной нами группе больных оказалась незначительной. При этом наличие дисморфофобий отмечено лишь в 1-й и 2-й клинических группах. Приведем их наиболее общие характеристики. Из 5-ти наблюдений в 4-х это были лица женского пола, манифест заболевания во всех случаях приходился на пубертатный либо юношеский возраст. Дисморфофобия могла возникать на 4-7 году хронифицированного приступа в виде недовольства своей внешностью («большой нос, некрасивая фигура») с последующей ее дезактуализацией и «замещением» генерализованной социальной фобией, ассоциированной с сенситивными идеями отношения. В ином случае при наличии стойких с самого начала активного проявления психоза генерализованной социальной фобии, сенситивных идей отношения лишь в последующем течения заболевания возникает расширение фобических образований за счет присоединения дисморфофобии и одновременно дальнейшим усложнением клинической картины за счет, к примеру, компульсивного поведения (ритуалы с целью отведения беды от близких).

Дисморфофобия с выраженным ограничением поведения выявлена лишь в 2-х наблюдениях. Больные предпочитали длинный фасон одежды, следовали сокращению пищевого режима либо предпочитали вегетарианскую диету, вызывали рвоту после «переедания», были одержимы, со слов родственников «как себя совершенствовать», заняты активным поиском информации в Интернете, «как похудеть». В изученной нами группе больных неманифестной приступообразной ши-



зофрении дисморфофобическое расстройство в ряде случаев до степени овладевающих представлений было лишено обманов телесного восприятия (сенестопатий) с локализацией в якобы уродливой части тела, несвойственно больным и бредовое поведение в виде домогательства пластических операций либо самостоятельное целенаправленное стремление к исправлению мнимого физического недостатка — всего того, что присуще дисморфофобическому бреду. Примечательным является в наших наблюдениях наличие дисморфофобии в структуре депрессии и полная ее редукция при смене состояния на гипоманию и вновь рецидив дисморфофобии с депрессивным приступом в случае течения неманифестной шизофрении с биполярными аффективными расстройствами.

Частота фобических расстройств с фабулой угрозы заражения или совершившегося загрязнения [2] на материале настоящих наблюдений также оказалась немногочисленной. Это был страх заражения ВИЧ-инфекцией, туберкулезом; заражения от насекомых (тараканы, пчелы, шмели, мухи), при этом, типичными являются отсутствие четкой концепции проникновения в организм «заразы»; больной не обращается за медицинской помощью и не предпринимает попыток к обследованию. Наряду с этим, имеют место выраженные ритуалы борьбы с мнимой угрозой. Так, при выходе на улицу больной берет с собой несколько носовых платков и прикрывает ими рот; при посещении квартиры родителей знакомыми уходит в другую комнату, после ухода визитеров просит несколько раз проветрить помещение. В случае страха заражения от насекомых в квартире ставятся москитные сетки на окнах, запрещается проветривание комнат, перед выходом на улицу больной постоянно пользуется репеллентами. В случае «боязни грязи», «заражения микробами» или ощущения «грязи на руках» больные отдельно содержат свои личные вещи (без протеста их стирки с общим бельем близких); избегает прикасаться к немытой посуде («на посуде много микробов»); протирают клавиатуру личного компьютера, если кто-то им воспользовался; протестуют против посещения участкового психиатра («принесет инфекцию»); заставляют близких по несколько раз в день мыть пол в квартире после их возвращения с улицы; сами многократно в течение дня моют руки до мацерации кожи.

Наличие агорафобии среди всей совокупности фо-

бических расстройств в 3-х клинических группах выявлено в 7 наблюдениях (13,2% [53]). Из них в 5 случаях — начало активного проявления болезни приходилось на зрелый возраст. В содержание агорафобии включены как страх оставаться одному в квартире, так и страх самостоятельного передвижения вне дома. Примечательным является факт формирования агорафобии у больных с паническим расстройством лишь в 2-х из 7 наблюдений. В остальных — агорафобия формировалась у больных с наличием: сенестезий (головокружение, ощущение «как земля из под ног уходит», «как будто падаю в обморок»); как бы несостоявшейся по фабуле антропофобии — «Не могу объяснить боязнь — страх самостоятельного передвижения вне дома. Если выхожу один, то волнами окутывает тревога, начинает учащенно биться сердце»; «транспортной» фобии («страх смерти, если куда-то поеду»).

В клинике депрессии неманифестной приступообразной шизофрении фобические расстройства в виде моносимптома были представлены в 24,6% наблюдений. Среди моносимптомов выделены антропофобия (n=4), генерализованная социальная фобия (n=3), агорафобия без панических расстройств (n=3), дисморфофобия в качестве моносимптома из круга фобических расстройств имела место у 2-х больных, ипохондрическая фобия и специальная (ограниченная фобия) по одному случаю. Для большинства больных (73,6%) оказалось характерным сочетанное проявление из 2-х, значительно реже 3-4 типов фобических расстройств.

Таким образом, в клинике приступообразной шизофрении в структуре приступа монополярной депрессии, биполярной депрессии или смешанного аффективного расстройства выявляется значительный полиморфизм фобических расстройств. У большинства больных (73,5%) фобические расстройства представлены генерализованным вариантом социальной фобии и антропофобией, нередко в сочетании друг с другом, реже специфической и ипохондрической фобиями, агорафобией, в единичных наблюдениях — дисморфофобией и мизофобией. Отмечена возможность смены содержания либо нарастание полиморфизма фобических расстройств по мере течения активного этапа заболевания. Большим среди изученного контингента больных оказалось количество лиц мужского пола (60,4%). Активные проявления заболевания у большинства (73,6%) приходились на пубертатный и юношеский возраст.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гутенева Т.С. Клинико-психопатологические особенности сенестопатических расстройств при шизофрении: дисс... канд. мед. наук. — М., 1981. — 177 с.
2. Ефремова М.Д. Обсессивно-фобические расстройства с явлениями мизофобии при вялотекущей шизофрении. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — М., 2001. — №2. — С.12-17.
3. Колюцкая Е.В. Типология обсессивно-фобических расстройств при шизофрении. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — М., 2002. — №2. — С.27-32.
4. Павличенко А.В. Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства при шизофрении. // Соц. и клин. психиатрия. — М., 2007. — №2. — С.33-42.
5. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — М.: МедиаСфера, 2002. — 312с.
6. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. / Под ред. А.С. Тиганова. — Т.1. Приступообразно-прогредиентная шизофрения, близкая к вялотекущей. — М., 1999. — 435 с.
7. Ястребов Д.В. Протекающая с сенситивными идеями отношения социальная фобия при эндогенных заболеваниях. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — М., 1999. — №12. — С. 24-29.

**Информация об авторах:** 664079, г.Иркутск, м-р Юбилейный, 100, ИГИУВ, кафедра психиатрии, тел/факс: (3952) 46-45-68, e-mail:bobrov\_irkutsk@rambler.ru  
Бобров Александр Сергеевич — заведующий кафедрой, д.м.н., профессор,  
Павлова Оксана Николаевна — заочный аспирант.