



ԽԱՉԱՏՈՒՐ ԱԲՈՎՅԱՆԻ ԱՆՎԱՆ ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ  
ՄԱՆԿԱՎԱՐԺԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ



# ՌԵՖԵՐԱՏ

Ֆակուլտետ՝ ԿՀՄ

Կուրս՝ 2-րդ / հեռակա

Մասնագիտություն՝ Հոգեբանություն

Թեմա՝ Շիզոֆրենիա

Առարկա՝ Բժշկական հոգեբանություն

Կատարող՝ Նալբանդյան Լիանա

Դասախոս՝ Ս. Առաքելյան

ԵՐԵՎԱՆ 2022

## Բովանդակություն

---

Ներածություն	3
Շիզոֆրենիա	4
Ախտաբանություն	5
Պատճառագիտությունն ու ախտաձագումը	11
Բուժումը	11
Եզրակացություն	13
Գրականության ցանկ	14

## Ներածություն

---

Շիզոֆրենիայի խնդիրը վերջին հարյուր տարվա ընթացքում մնում է արդիական և նշանակալի: Դեռևս հարցեր կան շիզոֆրենիայի էթիոլոգիական ասպեկտների, շիզոֆրենիայի տարբեր կլինիկական ձևերի պաթոգենետիկ առանձնահատկությունների վերաբերյալ, և մեծ ուշադրություն է դարձվում այս հիվանդության բուժման նոր մոտեցումների մշակմանը: Նոր դեղամիջոցների արդյունավետությունն ուսումնասիրվում է հիվանդների կյանքի որակի բարելավման հեռանկարի, շիզոֆրենիայի դեպքում արդյունավետ և բացասական խանգարումների բուժման հնարավորության համատեքստում: Այս ֆոնի վրա, թվում է, թե կարևոր է ուշադրություն դարձնել նոր, ժամանակակից մոտեցումներին՝ գնահատելու այնպիսի կարևոր հայեցակարգը, ինչպիսին է ռեմիսիան շիզոֆրենիայում: Շիզոֆրենիայի կլինիկական ընթացքի վերաբերյալ տեսակետների վերանայումը, թերապիայի մեթոդների կատարելագործումը, դեղերի նոր սերունդների ներդրումը հանգեցրել են շիզոֆրենիայի վերականգնման և ռեմիսիայի որոշման հնարավոր պարամետրերի դիտարկման անհրաժեշտությանը:

Շիզոֆրենիան (հուն. schisis–ճեղքում, մասնատում, և phren–խելք, բանականություն, հոգեկան ճեղքվածություն, անձի երկատվածություն) խրոնիկական հիվանդություն է, որը ունի նույնպիսի կամ հրաժուն (պրոգրեդիենտ) ընթացք և դրսևորվում է անձի հետզհետե զարգացող փոփոխություններով՝ էներգետիկ պոտենցիալի անկումով, հույզերի աղքատացումով, խորացող ինքնամփոփությամբ (աուտիզմ), ինչպես նաև բազմազան հոգեախտաբանական խանգարումներով: Անձի վերոհիշյալ փոփոխություններն էլ հենց ընկած են շիզոֆրենիայի դեֆեկտի (արատ) հիմքում, որի ծանրության աստիճանը պայմանավորված է այդ փոփոխությունների խորությամբ՝ հոգեկան գործունեության հազիվ նկատելի խանգարումներից մինչև խոր կազմալուծում:

Շիզոֆրենիան համարվում է էնդոգեն հիվանդություն, քանի որ նրա պատճառագիտության և ախտածագման մեջ վճռական դեր են խաղում ներքին մեխանիզմները:

Այն սկսվում է գերազանցապես երիտասարդ տարիքում (17-25 տարեկանում), սակայն կարող է դրսևորվել նաև երեխաների և տարեց մարդկանց մոտ:

Գերմանացի հոգեբույժ Է. Կրեպելինը 1896 թ. նկարագրել է հոգեկան հիվանդությունների մի խումբ՝ այն անվանելով վաղաժամ թուլամտություն: Ըստ Կրեպելինի՝ այդ թուլամտությունը ի հայտ է գալիս երիտասարդ տարիքում, անկախ նրա կլինիկական ձևից (կատատոնիկ, հիբեֆրենիկ, հասարակ և պարանոիդ): Ինչ վերաբերում է կլինիկական ձևերին, Կրեպելինը դրանք նկարագրում էր մեկ միասնական հիվանդության՝ վաղաժամ թուլամտության սահմաններում: Սակայն պսիխոլի տարատեսակ ուսումնասիրությունների ընթացքում հայտնաբերվեցին հիվանդությունների մի շարք խառը անցումային ձևեր, տարատեսակներ, որոնք անմիջապես չէին հանգեցնում վաղաժամ թուլամտության: Հետագա ուսումնասիրությունները տարբեր հետազոտողների կողմից ցույց տվեցին, որ

չնայած վաղաժամ թուլամտության պրոցեսի յուրաքանչյուր սրացումից հետո մնում է հոգեկան փոփոխություններ, այնուամենայնիվ հիվանդները կարողանում են որոշ ժամանակ պահպանել իրենց սոցիալական դիրքը: Ելնելով այս հիվանդությանը բնորոշ հոգեկան խանգարումների յուրահատուկ կառուցվածքից, այսինքն՝ հոգեկան ճեղքվածությունից, Բլոյերը (1611թ.) առաջարկեց <<շիզոֆրենիա>> տերմինը:

Շիզոֆրենիայի ժամանակ ճեղքվածությունը դրսևորվում է հոգեկան գործունեության ամբողջականության խախտման ձևով, ընդգրկելով ճանաչողական, հուզական, վարքային ոլորտները, որոնցով էլ պայմանավորված են դրական և բացասական ախտանիշներն ամբողջությամբ:

Եթե Կրեպելինը նկարագրելով հիվանդության չարորակ <<կորիզային>> ձևերը նեղացնում էր շիզոֆրենիայի շրջանակները, ապա Բլոյերը չափազանց ընդարձակելով այն, տվյալ խմբի մեջ ներառում էր նաև շիզոֆրենանման պսիխոզներ:

## Ախտաբանությունը

---

Շիզոֆրենիայի ժամանակ դիտվում է ախտաբանական գրեթե բոլոր ախտանիշներն ու համախտանիշները, որոնցից բացի այս հիվանդությանը բնորոշ են գլխուղեղի օրգանական բնույթի փոփոխություններ (հիշողության խանգարումներ, պարոքսիզմալ էպիլեպսանման համախտանիշներ): Այնուհանդերձ, չնայած ախտանիշների այս բազմազանությանը՝ շիզոֆրենիայի ժամանակ կարելի է առանձնացնել գլխավոր, առանցքային հոգեախտաբանական երևույթներ, որոնք դրսևորվում են հիվանդության սկզբնական շրջանից և խորանալով՝ առաջացնում անձի դեֆեկտ՝ (արատ) սկսած թեթև, հազիվ նկատելի փոփոխություններից մինչև թուլամտությունից դժվար տարբերվող հոգեկանի կոպիտ կազմալուծումով արատահայտվող ելքային վիճակներ:[4]

Որ<sup>ն</sup> է այդ խանգարումների էությունը:

Դա հոգեկան ֆունկցիաների տարակարգությունն է, այսինքն՝ մտածողության, հույզերի, կամային ակտիվության աններդաշնակությունը, ճեղքվածությունը:

Ասոցիատիվ պրոցեսները, կորցնելով արտաքին աշխարհի երևույթների հետ կապը, դառնում են վերացական: Մտածողությունը կորցնում է կոնկրետությունը, խզվում է կապը շրջապատող իրականության հետ: Հիվանդները մեկուսանում են արտաքին աշխարհից, ներփակվում, սուզվում իրենց ապրումների մեջ:

Նրանք առանձնանում են դառնում ինքնամփոփ, անմատչելի: Այդ վիճակը Ե. Բլոյերն անվանել է աուտիզմ: Ասոցիատիվ պրոցեսների հարաճող ճեղքվախությունը հանգեցնում է մտածողության, խոսքի ճեղքման (շիզոֆրենիա), որի դեպքում դժվար է լինում ըմբռնել խոսքի իմաստը: Բացի աուտիզմից առաջանում են մտածողության մի շարք խանգարումներ: Օրինակ <<անձրևը երկնքի քրտինքն է>>, «երկնքից եկող քիմիական բանաձևը(H<sub>2</sub>O) ապուրի մեջ աղ են լցնում, որ օրգանիզմում ապուրը չփչանա»: Կարող են լինել մտքերի խցանաման կամ կանգի վիճակներ (շպերունգ), երբ հիվանդները գլխում զգում են դատարկություն. «մտազրկություն»: Շիզոֆրենիայով հիվանդների խոսքը հաճախ կազմված է լինում միանգամայն անհասկանալի բառերից, երբեմն էլ դրանք լինում են նորաստեղծ բառեր (նեոլոգիզմ): Նեոլոգիզմը բառարմատներիկ խատացամուն է. ազլյուտինացիա, օրինակ՝ նույն բառը կազմվում է կիսատ բառերից, անկանոն հնչյուններից և այլն: Նեոլոգիզմը շիզոֆրենիայի հետ մեկտեղ առաջացնում է «բառերի խառնաշփոթ», ուր հաճախ ստերիոտիպներով կազմվում են միևնույն բառակապակցությունները (պերսևերացիա):

Շիզոֆրենիայի ժամանակ հուզական ոլորտի խանգարումները նույնպես ինքնատիպ են, բազմազան և նշանակություն ունեն ախտորոշման ժամանակ: Հիվանդության սկզբում լինում է տրամադրության անկում: Սկսում են ի հայտ գալ ոչ ադեկվատ դրսևորումներ, երբ ուրախալի լուրերն առաջ են բերում զայրույթ, արցունքներ, իսկ ծնողների հաղեպ սերը փոխվում է ատելության, զզվանքի: Հույզերի ճեղքվածությունն արտահայտվում է ամբիվալենտությամբ, երբ հիվանդները միաժամանակ հանդես են բերում փոխհակասական զգացմունքներ՝ սեր և ատելություն: Հիվանդության

խորացմանը զուգահեռ հույզերը հետզհետե մարում են, առաջ են գալիս հուզական ամլություն և բթություն:

Եթե հիվանդության սկզբում հիվանդները զգում են իերնց մեջ կատարվող փոփոխությունները, հարազատների, մերձավորների և իրենց իսկ հանդեպ վերաբերմունքի փոփոխությունները համարում են հիվանդագին, անբնական, որն էլ ոչ հաճախ նրանց մղում է ինքնասպանության, ապա հետագայում ճանաչողական, հուզական ոլորտների հետզհետե ուժեղացող ճեղքվածության հետևանքով հիվանդները այլևս չեն գիտակցում հուզական բթությունը:

Կամային գործունեության խանգարումները դրսևորվում են վարքի, հակումների ուշադրության ախտաբանությամբ:

Շիզոֆրենիայով հիվանդների վարքը բնութագրվում է ակտիվության նվազումով, նախաձեռնության թուլացմամբ, հարաճող թորշոմածությամբ, պասիվությամբ: Հիվանդները խորշում են հասարակությունից, խուսափում են ծանոթների հանդիպելուց, նախընտրում են լինել միայնության մեջ՝ դա պատճառաբանելով զբաղվածությամբ կամ հոգնածությամբ: Շրջապատի հետ կապերը դառնում են ձևական, ի հայտ է գալիս մերժողական վերաբերմունք (նեգատիվիզմ), հիվանդները բացասաբար են տրամադրվում բոլոր նրանց նկատմամբ, ովքեր փորձում են շփվել իրենց հետ կամ կատարում են առաջարկվող գործողությունների ճիշտ հակառակը:

Վարքի խանգարումներն արտահայտվում են իմպուլսիվ, անսպասելի, չպատճառաբանված արաքների ձևով, որոնք առաջանում են անկախ հիվանդների ցանկությունից ու կամքից: Շիզոֆրենիայի ախտանշանությունը վերոհիշյալ խանգարումներով չի սպառվում:

Հիվանդության առավել հաճախ դիտվող ախտանիշներից են ընկալման խանգարումները, մասններավորապես ցնորքները, որոնք կարող են լինել հրամայական, մեկնաբանող, փոխհակասական, սպառնալիքի և այլն: Կեղծ ցնորքները խիստ բնորոշ են շիզոֆրենիային:

Համի և հոտառության ցնորքներն արտահայտվում են ծայրահեղ տանջալի զգացողություններով (նեխածահոտ, դիակահոտ, ժանգահամ, արնահամ, դառնահամ): Բավականին հաճախ դիտվում են ընդհանուր զգայության կամ մարմնական ցնորքներ՝ էլեկտրական հոսանքի, գլխի երկատվության զգացողություններ:

Շիզոֆրենիայի ժամանակ հաճախ դիտվում է հետապնդման գառանցանք, ընդ որում՝ կարծեցյալ հետապնդողներն առաձին անհատներ են, խմբեր կամ պետական մարմիններ: Հիվանդը ճանաչում է նրանց՝ ըստ ակնարկների, շարժումների, վարքագծի անընդհատ իրեն զգալով իբրև դիտարկման օբյեկտ: Հաճախ այս հիվանդության դեպքում առաջանում է հիպոխոնդրիկ գառանցանք, որի դեպքում հիվանդները ներքին օրգանների ախտահարվածության զանգատներով դիմում են ամեն տեսակի մասնագետի, բացի հոգեբույժից:

Թունավորման, խանդի, ֆիզիկական ազդեցության գառանցական մտքերը անհեթեթ բովանդակություն ունենալով՝ շրջապատում արագ են տարածվում: Մեծամոլական գառանցանքը շիզոֆրենիայի ժամանակ հազվադեպ է դրսևորվում, հիվանդները համոզված են, որ ունեն բարձրաշխարհիկ ծագում, որից էլ բխում է նրանց վարքը:[2]

Գերակշռող հոգեախտաբանական ախտանշանաբանությունից և ընթացքի օրինաչափությունից կախված՝ առանձնացվում է շիզոֆրենիայի հինգ հիմնական ձև..

1. հասարակ,
2. հեբեֆրենիկ,
3. կատատոնիկ,
4. պարանոիդ,
5. ցիրկուլյար:

Հիվանդությունը կարող է ունենալ անընդհատ, նուպայաձև-հարաճուն և պարբերական ընթացք: Հասարակ ձևը զարգանում է պատանեկան տարիքում և բնութագրվում է զարգաման դանդաղ տեմպով ու անընդհատ հարաճուն



(պրոգրեդիենտ) ընթացքով: Հիվանդության սկզբում ի հայտ է գալիս անձի ակտիվության իջեցում, մղումների նվազում: Հիվանդը կորցնում է հետաքրքրությունները, դառնում է պասիվ, չնախաձեռնող: Խզում է կապն ընկերների հետ, ծնողների հանդեպ դառնում է սառը, երբեմն էլ դրսևորում է թշնամական վերաբերմունք, ատելություն, ագրեսիվություն: Աճում է օտարացումը, մեկուսացումը: Հիվանդը դադարում է հաճախել դասերին, դառնում է փնթի, անտարբեր իր ապագայի հանդեպ: Հույզերն անկայուն են, գերակշռում է դյուրագրգռությունը, ընկճվածությունը: Աստիճանաբար զարգանում է հուզական բթություն:

Հեբեֆրենիկ ձևը նույնպես բնորոշ է պատանեկան տարիքին, զարգանում է սեռական հասունության շրջանում, բնութագրվում է հոգեախտաբանական հատկանիշների բազմազանությամբ: Հիվանդի մոտ ի հայտ են գալիս թեթևամտություն, քմահաճություն, շինծու արարքներ: Բնորոշ են ծամաձոռությունը, սեթևեթությունը, խոսքի մեջ նեղլոգիզմների առատությունը, հակումների ապարգելակվածությունը: Լինում են զգայախաբություններ՝ լսողական կամ մարմնական ցնորքների ձևով:[1]

Շիզոֆրենիայի կատատոնիկ ձևն առաջանում է 20-30 տարեկանում, ավելի հազվադեպ արբունքի շրջանում: Այն կարող է ունենալ չարորակ ընթացք: Ելքն անբարենպաստ է:[2]

Պարանոիդ ձևի հիմնական հոգեախտաբանական համախտանիշը՝ ցնորագառանցականն է: Կլինիկական պատկերը զարգանում է երկար տարիների ընթացքում, և հիվանդները հմտորեն թաքցնում են իրենց հիվանդագին ապրումները: Շիզոֆրենիայի այս ձևի ժամանակ բանականության խանգարումներն ավելի ուշ են զարգանում, սակայն հիվանդությանը զուգընթաց գառանցական համակարգը քայքայվում է, զառնցանքը հիանդի համար կորցնում է իր արդիականությունը, և զարգանում է ապատիկ բնույթի թուլամտություն:

Ցիրկուլյար շիզոֆրենիան բնութագրվում է մանիակալ կամ դեպրեսիվ վիճակների պարբերաբար առաջացմամբ, որոնք միջև լինում են բավականին խոր և տևական

ախտադադարներ: Ժամանակի ընթացքում դիտվում է հիվանդության կլինիկական պատկերի աստիճանական պարզեցում: Այս ձևն ունի համեմատաբար բարորակ ընթացք և անկախ նոպաների հաճախականությունից անձի խոր արատ չի առաջանում:

Մանկական տարիքի շիզոֆրենիա: Մանկական շիզոֆրենիայի գոյությունը ընդունում է ժամանակակից գիտնականների մեծամասնությունը, մինչդեռ գիտնականների մեծ մասը՝ շիզոֆրենիայով հիվանդանալու հնարավորությունը վաղ մանկական տարիքում ժխտում է՝ գտնելով, որ այն կարող է զրգանալ միայն որոշակի հասունացումից հետո:[3]

Ներկայումս բացահայտվել են բավականին հստակ փոխհարաբերություններ տարիքի (երբ սկսվել է շիզոֆրենիան) և նրա կլինիկական առանձնահատկությունների, ընթացքի ու ելքի միջև: Որքան վաղ է սկսվում հիվանդությունը, այնքան ավելի անբարենպաստ է դառնում ելքը: Իսկ որքան ավելի սուր է ծավալվում պսիխոտ խանգարումը, այնքան հիվանդության կանխատեսումն ավելի բարենպաստ է (մասնավորապես արբունքի շրջանում):

Շիզոֆրենիային ժամանակ բոլոր համախտանիշները երեխաների ու դեռահասների մոտ ձեռք են բերում նրանց տարքին հատուկ առանձնահատկություններ: Այսպես, վաղ մանկական տարիքի ախտանիշներից են՝ ակտիվության խանգարումը, սովորական հետքաքրությունների օտարացումը, խորասուզված երևակայության աշխարհում՝ անփույթ վարքը, իրենց հասակակիցների եհտ խաղերի մեջ ընդգրկվելու և խաղալիքներով զբաղվելու անկարողությունը: Հաճախակի են չհիմնավորված, կարգճատն տագնապները, կայուն շարունակական ավտոմատիզմները (երեխան մշտապես նստած դիրքով մի կողմից մյուսն է օրորվում, շարժվում է ուսյուններով, քայլելիս թափահարում է ձեռքերը): Զառանցական մտքեր հազվադեպ է ունենում, ավելի շատ դրանք երեխայի անսպասելի, կցկտուր արտահայտություններն են այն մասին, որ ծնողներն իրեն չեն սիրում: Ի հայտ է գալիս դատարկաբանություն, հոգեբական և փիլիսոփայական բնույթ կրող խրատաբանություն, որոնք

անհասկանալի և անհասանելի են երեխայի բանականությանն ու գիտակցությանը: Աստիճանաբար աճում է հուզային բթացումը, անտարբերությունն ամեն ինչի նկատմամբ (ծնողների, մտերիմների, մանկական խաղերի ու հետաքրքրությունների):

Արբունքի ամենից հաճախ դիտվում է կատատոնիկ և հեբեֆրենիկ համախտանիշը՝ ընդհանրացման և գրգռվածության փոխհաջորդմամբ: Լինում են կարճատև ցնորքներ՝ ընդհանուր մարմնական թունավորման ախտանիշների հետ զուգակցված:

## **Պատճառագիտությունն ու ախտաձագումը**

---

Շիզոֆրենիայի առաջացման ու զարգացման ասին գոյություն ունեն բազմաթիվ տեսություններ: Ծագումնաբանական տեսության համաձայն, որը հիմնված է շիզոֆրենիայով հիվանդների ժառանգականության, կլինիկավիճագրական ուսումնասիրության վրա՝ (Ա.Գ. Ղալաչյան) ժառանգական գործոնի դերը կասկած չի հարուցում: Հատատված է, որ շիզոֆրենիայով հիվանդների ընտանիքներում շիզոֆրենիայով հիվանդանալու հավանականությունն ավելի բարձր է: Այսպես, եթե երկվորյակներից մեկն ընտանիքում հիվանդացել է շիզոֆրենիայով, ապա դրա առաջացման հավանականությունը երկրորդի մոտ կազմում է 17%: Միաձվածին երկվորյակների մոտ նրանցից մեկի հիվանդանալու հավանականությունը հասնում է 85-90%-ի: Եթե հիվանդ է ծնողներից մեկը, ապա երեխաների շիզոֆրենիայով հիվանդանալու հավանականությունը 16% է, իսկ երկու ծնողների մոտ հիվանդության առկայության դեպքում՝ այն հասնում է մոտ 70-80%:

Սրա հետ մեկտեղ շիզոֆրենիայով հիվանդների տոհմաբանականծառում առկա է այս հիվանդության զգալի կուտակում: Շիզոֆրենիայի այս մի շարք այլ տեղեկություններ հիվանդության ծագման վերջնական բացատրություն չեն տալիս:

## **Բուժումը**

---

Շիզոֆրենիայի բուժումը հիմնականում անց է կացվում հետևյալ եղանակներով՝ պսիխոֆարմակոթերապիա, իսուլինային թերապիա, էլեկրացնցումային թերապիա

/ԷԹԳ/, պսիխոթերապիա և հիվանդների սոցիա-աշխատանքային վերականգնմանն ուղղված միջոցառումները:

Բուժման այս կամ այն ձևի նշանակումն ու գուգակցումը որոշվում է շիզոֆրենիայի ընթացքի սրությամբ, վաղեմությամբ, կլինիկական ձևով ու տեսակով, ինչպես նաև տարիքով, այս կամ այն հիվանդության առկայությամբ, դեղորայքի հանդեպ նրա ունեցած դիմակայությամբ:

Բուժումից հետո պետք է իրականացնել վերականգնողական միջոցառումներ: Դրանք պետք է ուղղված լինեն նախկին սոցիալական կապերի վերականգնմանը ու ձևավորեն նախկին աշխատանքին ու առօրյա կյանքին վերադառնալու ձգտումը:

## Եզրակացություն

---

Շիզոֆրենիան հոգեկան հիվանդություն է, որն առաջանում է հատուկ տեսակի անհատականության արագ կամ դանդաղ զարգացող փոփոխություններով (էներգետիկ ներուժի նվազում, առաջադեմ ինտրովերսիա, հուզական աղքատացում, «անհամաձայնություն», այսինքն՝ մտավոր գործընթացների միասնության կորուստ): Նման անձնական դեֆիցիտի (թերության) զարգացումը սերտորեն կապված է տարբեր արտադրողական ախտանիշների և սինդրոմների հետ: Չնայած հիվանդության արտադրողական ախտանշանները հատուկ չեն շիզոֆրենիային, սակայն դրանց համադրությունը անհատականության հատուկ արատի հետ հանգեցնում է կանոնավոր դինամիկայով այս հիվանդությանը բնորոշ սինդրոմների ձևավորմանը: Հիվանդության զարգացումը, հատկապես դրա ընդգծված ձևերը, հանգեցնում են նախկին սոցիալական կապերի խեղաթյուրման կամ կորստի, մտավոր գործունեության նվազմանը, վարքի կտրուկ խախտմանը, հատկապես զառանցանքի, հալյուցինացիաների և այլ արտադրողական խանգարումների սրմամբ: Այնուամենայնիվ, հիվանդության բարենպաստ (թեթև, ցածր առաջադիմությամբ) ընթացք ունեցող շատ հիվանդներ երկարատև հոսպիտալացման կարիք չունեն, պահպանում են հարմարվելու կարողությունը և որոշ դեպքերում զբաղվում են բարձր արդյունավետ մասնագիտական, ներառյալ ստեղծագործական գործունեությամբ: Հարմարվողականության նմանատիպ բարենպաստ հնարավորություններ են ստեղծվում հազվադեպ նոպաներով հիվանդության ընթացքում:

Ժամանակակից հոգեբուժությունը մեծ ներուժ ունի շիզոֆրենիայով հիվանդների բուժման և վերաադապտացիայի համար: Այս հիվանդության կլինիկական և սոցիալական կանխատեսման ճակատագրական մոտեցումն անհիմն է:

1. Бауман У., Штиглиц Р.Д. Классификация // Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна – 2-е междунар. изд. – СПб: Питер, 2002. – С. 122-143.
2. Зейгарник Б.В. Общая психопатология. – М., «Просвещение» 1989.
3. Колоскова М.В., Баженова О.В. Поиск ранних предикторов шизофрении: современное состояние проблемы // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – М., 1990. – №9.
4. Психологическая энциклопедия. 2-е изд. / Под ред. Р. Корсини, А. Ауэрбаха.– СПб: Питер, 2003.– 1096 с.