

Ю.Ю. Худякова

ОСОБЕННОСТИ МОТИВАЦИОННЫХ СКЛОННОСТЕЙ И РЕГУЛЯЦИИ АГРЕССИВНОСТИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Аннотация. Целью исследования являлось изучение особенностей мотивационных склонностей больных параноидной шизофренией и особенностей регуляции агрессивности. Был использован проективный тест Сонди. Выборка составила 203 человека от 18 до 64 лет. В экспериментальные группы вошли 102 больных параноидной шизофренией. Экспериментальные группы были сформированы с учётом пола и длительности заболевания (менее 5 лет и более 5 лет). В контрольные группы вошёл 101 человек без психических расстройств. Участники контрольных групп также были разделены по признаку половой принадлежности. Теоретико-методологической основой исследования являлись положения биопсихосоциального подхода. При интерпретации проективной методики Сонди применялись положения психодинамического подхода. В результате исследования мотивационных склонностей было выявлено снижение потребности в привязанности к объекту у больных параноидной шизофренией. У женщин с параноидной шизофренией имела место высокая напряжённость мотивационного личностного фактора агрессии. У мужчин с параноидной шизофренией отмечалась тенденция к большей напряжённости фактора сексуальной недифференцированности по сравнению со здоровыми мужчинами. Была выявлена схожесть структуры мотивационных компонентов личности у мужчин с параноидной шизофренией и здоровых женщин. Также были изучены особенности регуляции агрессивности в указанных группах. У женщин с параноидной шизофренией с длительностью заболевания менее 5 лет регуляция агрессивности затруднена из-за диссоциации мотивационной структуры. У женщин с длительностью заболевания более 5 лет агрессивность регулируется только этическим мотивационным фактором, который на фоне формальности деятельности проявляется псевдорелигиозностью, рассуждениями на темы добра и зла и т.д. У мужчин с длительностью заболевания менее 5 лет агрессивность регулируется мотивационным фактором прилипания и постоянства и мотивационным фактором привязанности, с длительностью заболевания более 5 лет – мотивационным фактором прилипания и постоянства.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, агрессия, агрессивность, агрессивное поведение, регуляция агрессивности, мотивационные склонности, потребности, проективные тесты, тест Сонди, пол.

Review. The purpose of the research is to study peculiarities of motivational propensities of patients suffering from paranoid schizophrenia and peculiarities of regulation of their aggression. In her research Khudyakova used the Szondi test. The research involved 203 patients aged from 18 to 64. The experimental groups included 102 patients that had been diagnosed with paranoid schizophrenia. The experimental groups were created depending on their gender and duration of their disease (more or less than 5 years). The control groups included 101 patients without any mental diseases. The participants of the control groups were divided depending on their gender. Theoretical and methodological basis of the research involved the provisions of the biopsychosocial theory. When interpreting the results of the projective Szondi test, the author also applied the provisions of the psychodynamic approach. As a result of the research of motivational propensities, patients suffering from paranoid schizophrenia demonstrated decreased needs for love and belonging. Women with paranoid schizophrenia had a high level of aggression as a personal motivational factor. Men with paranoid schizophrenia demonstrated a higher tendency towards the factor of sexual undifferentiability compared to healthy men. The researcher has also studied peculiarities of regulation of aggressiveness in the aforesaid groups. Women who had been suffering from paranoid schizophrenia for less than 5 years had difficulty regulating their aggression due to the dissociation of their motivational structure. Women who had been suffering from their disease for more than 5 years regulated their aggression only by the ethic motivational factor which usually came out as pseudo religious beliefs and reasoning about the Good and the Evil and etc. Aggressiveness of men who had been having the disease for less than 5 years was regulated by the moti-

vational factor of adhesion and consistency as well as the motivational factor of devotion, aggressiveness of men who had been ill for more than 5 years was regulated by the motivational factor of adhesion and consistency.

Keywords: *regulation of aggressiveness, aggressive behavior, aggression, aggressiveness, paranoid schizophrenia, motivational propensities, needs, Szondi test, projective tests, gender.*

Актуальность исследования определяется значительным социальным бременем параноидной шизофрении и особой значимостью реабилитации больных [1; 2; 3]. Социальный прогноз заболевания обусловлен преимущественно психологическими и психосоциальными характеристиками больного [3]. Определяется необходимость дифференцированных реабилитационных программ воздействий, позволяющих включить и использовать максимум сохраняющихся у больного компенсаторных возможностей [3].

Многие исследователи описывают как признаки и проявления агрессии, агрессивности и агрессивного поведения на различных этапах течения параноидной шизофрении следующие идеаторные, эмоциональные и поведенческие феномены: подозрительность, недоверие, повышенная враждебность к окружающим, чувство вины, напряжённость, ослабление самоконтроля, импульсивность в поведении с раздражительностью, негативизм, снижение контактности больных вследствие обиды на окружающих, идеи преследования, идеи самообвинения [4-13].

Для сторонников психодинамического подхода агрессия является центральным теоретическим конструктом, через который рассматриваются расстройства психотического уровня [14; 15]. В психотерапии и психологической коррекции шизофрении работа с деструктивной и дефицитарной агрессивностью занимает центральное место [14; 16; 17; 18]. Предполагается, что психологическая коррекция дезадаптивных форм агрессивного поведения должна быть направлена на замену деструктивных и дефицитарных вариантов реагирования социализированными, конструктивными формами реализации агрессивности [11; 14; 16; 17; 18]. Необходимо снижение дефицитарных компонентов агрессивности, наряду с терапевтической проработкой переживаний и поведения с постепенным принятием и закреплением собственной позитивной активности, восстановлением толерантности к тревоге и способности переносить фрустрацию и агрессию. Дефицитарная агрессивность переходит в конструктивную только через промежуточный этап деструктивной агрессивности.

Кроме того, для больных параноидной шизофренией характерен высокий риск совершения общественно опасных действий (ООД) [8]. В генезе и реализации агрессивного и аутоагрессивного поведения больных с психическими расстройствами можно выделить вклад биологических [8; 19], семейных [20], этнокультуральных [21], духовных [20; 22], нравственных [23] и многих других факторов, в частности, психологических.

Было выявлено, что доминирующей формой агрессивного поведения у больных шизофренией является деструктивная [11; 14; 17; 18]. Исследованы психологические особенности, обуславливающие деструктивное поведение больных шизофренией [11; 17; 18]. Согласно исследованию С.Л. Соловьёвой, высокая склонность к агрессивному поведению у больных шизофренией обеспечивается такими свойствами личности, как эгоцентризм, сниженный уровень эмпатии, затруднения в социальных взаимоотношениях, эмоциональная неустойчивость с импульсивностью и склонностью к дисфориям [11]. В связи с этим, актуальным является выявление компенсаторных психологических механизмов регуляции агрессивности у больных параноидной шизофренией.

Целью исследования являлось изучение особенностей мотивационных склонностей больных параноидной шизофренией и особенностей регуляции агрессивности.

Применялись следующие методы:

- 1) Клинико-психологический, который включал в себя исследование психического статуса;
- 2) Экспериментально-психологический. В ходе болезненного процесса у больных шизофренией снижаются продуктивность и обобщённость мыслительной деятельности, контекстуальная обусловленность речевых процессов, распадается смысловая структура слов и т.д. Указанные особенности психической деятельности больных влияют и на восприятие утверждений личностных опросников. В связи с этим, для оценки мотивационных склонностей был использован проективный тест Сонди [24; 25];
- 3) Математико-статистический. Для обработки результатов исследования были использованы

ны методы статистического анализа. Применялся U-критерий Манна-Уитни (для анализа различий средних значений), коэффициент корреляции Спирмана.

Теоретико-методологической основой исследования являлись положения биопсихосоциального подхода. При интерпретации проективной методики Сонди применялись положения психодинамического подхода.

Исследование проводилось на базе БУЗ и СПЭ МЗ УР «РКПБ МЗ УР». Выборка составила 203 человека от 18 до 64 лет. Предполагая влияние гендерных различий, мы сочли целесообразным разделить всех участников по признаку половой принадлежности. Кроме того, поскольку в клинической практике большое значение для оценки динамики заболевания придаётся его продолжительности от момента клинически установленного дебюта, мы провели дополнительную дифференциацию пациентов клинической больницы. В соответствии с общепринятой практикой, все больные с параноидной шизофренией были разделены на группы – с длительностью заболевания менее пяти лет и более пяти лет. Характеристики исследуемых групп представлены в таблице № 1.

Результаты исследования и их обсуждение

Была исследована напряжённость мотивационных склонностей для выявления наиболее актуальных потребностей. Наиболее актуальные потребности здоровых женщин представлены в таблице 2. Здоровые женщины обладают мягкими чертами характера, сердечностью, нежностью, пассивностью, желанием быть ведомой, получать подарки. Они сентиментальны, кокетливы, внушаемы, доверчивы, стремятся быть привязанными к какой-либо определённой персоне, боятся потерять объект привязанности, стремятся сохранять имеющееся, обладают весёлым нравом, приветливы, добродушны, общительны, своенравны, переменчивы, непостоянны, капризны. Кроме этого, здоровые женщины тщеславны, честолюбивы, стремятся получать одобрение, демонстрировать себя, желают нравиться другим и быть популярными, увлечены фантазированием, склонны к жалобам и выражению недовольства.

У женщин с параноидной шизофренией с длительностью заболевания менее 5 лет мотивационная структура диссоциирована, о чём свидетельствует присутствие элементов полярных личностных структур (демонстративных (hu) и ау-

тистичных (k)). При этом имеет место склонность к накоплению грубых аффектов.

У женщин с параноидной шизофренией с длительностью заболевания более 5 лет напряжёнными являются все мотивационные факторы, кроме факторов сферы Я (k, p) и потребности в сохранении объекта привязанности (m). По сравнению со здоровыми женщинами, у них достоверно снижена потребность в привязанности к объекту (m) ($p < 0,01$). Мотивационный личностный фактор агрессии (s) наиболее выражен по сравнению с женщинами двух других исследуемых групп ($p < 0,05$).

Наиболее актуальные потребности здоровых мужчин представлены в таблице 2. Здоровые мужчины – наступательные, энергичные, деятельные, упорные, настойчивые, самоуверенные, стремятся к активности, управлять партнёром, при этом склонны быть мягкими, нежными, сердечными. Они, как и условно здоровые женщины, стремятся быть привязанными к какой-либо определённой персоне, боятся потерять объект привязанности, желают сохранять имеющееся, обладают весёлым нравом, приветливы, добродушны, общительны, своенравны.

У мужчин с параноидной шизофренией длительностью заболевания менее 5 лет структура мотивационных компонентов близка к структуре мотивационных компонентов здоровых женщин (таблица 2). Они обладают мягкими чертами характера, нежностью, пассивностью, желанием быть ведомым, стремятся получать одобрение, демонстрировать себя. Вместе с тем, они ригидны, склонны к застреванию на определённых состояниях. По сравнению с условно здоровыми мужчинами, они склонны к накоплению грубых аффектов, более завистливы, ревнивы, мстительны. Однако, при этом они более пассивные, менее наступательные и настойчивые. У мужчин с длительностью заболевания менее 5 лет, по сравнению со здоровыми мужчинами, отмечается тенденция к большей напряжённости фактора сексуальной недифференцированности (h) ($p = 0,085$).

Мотивационная структура мужчин с параноидной шизофренией длительностью заболевания более 5 лет близка мотивационной структуре здоровых мужчин. При этом у мужчин с длительной продолжительностью заболевания напряжённой является потребность в сужении Я (k), т.е. такие защитные механизмы, как вытеснение, подавление, отрицание. Мотивационный личностный

Таблица 1

Характеристики исследуемых групп

| Характеристики Группы | Кол-во человек | Средний возраст |
|--|----------------|-----------------|
| Экспериментальные группы (больные параноидной шизофренией, F20.0) | | |
| 1) Женщины с длительностью заболевания менее 5 лет (ЭГ1) | 21 | 41 |
| 2) Женщины с длительностью заболевания более 5 лет (ЭГ2) | 41 | 41 |
| 1) Мужчины с длительностью заболевания менее 5 лет (ЭГ1) | 18 | 28 |
| 2) Мужчины с длительностью заболевания более 5 лет (ЭГ2) | 22 | 38 |
| Контрольные группы – испытуемые, не страдающие психическими расстройствами | | |
| 1) Женщины (КГ) | 60 | 30 |
| 2) Мужчины (КГ) | 41 | 34 |

Таблица 2

Наиболее напряжённые (актуальные) потребности

| | В группах женщин | В группах мужчин | |
|-----|---|---|-----|
| КГ | Потребность в нежности (h); Потребность в демонстрации себя (hy); Потребность в сохранении объекта привязанности (m). | Потребность в нежности (h); Потребность в агрессии, в активности (s); Потребность в сохранении объекта привязанности (m). | КГ |
| ЭГ1 | Потребность в накоплении грубых аффектов (e); Потребность в демонстрации себя (hy); Потребность в сужении Я (k); Потребность в сохранении объекта привязанности (m). | Потребность в нежности (h); Потребность в накоплении грубых аффектов (e); Потребность в демонстрации себя (hy); Потребность в прилипанию и постоянстве (d); Потребность в сохранении объекта привязанности (m). | ЭГ1 |
| ЭГ2 | Потребность в нежности (h); Потребность в агрессии, активности (s); Потребность в накоплении грубых аффектов (e); Потребность в демонстрации себя (hy); Потребность в прилипанию и постоянстве (d). | Потребность в нежности (h); Потребность в агрессии, активности (s); Потребность в сужении Я (k); Потребность в сохранении объекта привязанности (m). | ЭГ2 |

фактор сужения Я (k) у мужчин с длительностью заболевания более 5 лет выше, чем у мужчин с длительностью заболевания менее 5 лет ($p < 0,05$). Указанные особенности, вероятно, отражают формирование нормативного Я-образа в рамках психического расстройства. Вместе с тем, у мужчин с длительностью заболевания более 5 лет определяется тенденция в уменьшении потребности в привязанности к объекту (m) ($p = 0,079$) по сравнению со здоровыми мужчинами.

Были исследованы особенности регуляции агрессивности. У здоровых женщин на мотивационном уровне агрессивность регулируется этическим мотивационным фактором, который включает в себя совесть, склонность к самоограничению, религиозность, запрет на убийство, нравственность, стремление к справедливости и фактором сужения Я, который включает в себя отрицание, подавление, вытеснение, адаптацию (таблица 3).

У женщин с длительностью заболевания менее 5 лет мотивационная структура диссоциирована, затруднена регуляция агрессивности. У женщин с длительностью заболевания более 5 лет агрессивность регулируется только этическим мотивационным фактором, который на фоне фор-

мальности деятельности проявляется псевдорелигиозностью, рассуждениями на темы добра и зла. Этический фактор также включает в себя взрывчатость аффектов, склонность к накоплению грубых аффектов: ярости, гнева, ревности, мстительности, ненависти.

У здоровых мужчин агрессивность регулируется моральным мотивационным фактором, который проявляется стремлением скрывать, испытывать стыд (таблица 3). У мужчин с длительностью заболевания менее 5 лет – мотивационным фактором прилипанию и постоянства, который проявляется стремлением к неизменности, «приклеенностью» к родителям, приверженностью доминирующей идее и мотивационным фактором привязанности, который проявляется стремлением присоединиться к объекту. Указанные особенности отражают инфантильный способ переработки психического напряжения посредством установления симбиотических отношений. У мужчин с длительностью заболевания более 5 лет агрессивность регулируется только мотивационным фактором прилипанию и постоянства.

Таким образом, в результате исследования были выявлены мишени для психокоррекционной работы с больными параноидной шизофренией.

Особенности регуляции мотивационной склонности к агрессии

| Женщины | | | Мотивационные факторы | Мужчины | | |
|----------|-----------------|-----------------|------------------------------|---------|-----------------|-----------------|
| КГ | ЭГ ₁ | ЭГ ₂ | | КГ | ЭГ ₁ | ЭГ ₂ |
| — | — | — | Любви и нежности (s) | — | — | — |
| -0,291** | — | -0,372* | Этический (e) | — | — | — |
| — | — | — | Моральный (ny) | -0,361* | — | — |
| -0,263** | — | — | Сужения Я (k) | — | — | — |
| — | — | — | Расширения Я (p) | — | — | — |
| — | — | — | Прилипания и постоянства (d) | — | -0,684* | -0,451* |
| — | — | — | Привязанности (m) | — | -0,758* | — |

Примечание. ** - $p < 0,01$, *- $p < 0,05$.

1. Были выявлены мотивационные факторы, регулирующие агрессивность больных параноидной шизофренией. Мотивационные факторы могут проявлять себя как патогенно-компенсаторные, так и определять выбор профессиональной деятельности, интересов, что может быть использовано в психосоциальной работе. Так, например, у мужчин с длительностью заболевания более 5 лет основным фактором, регулирующим агрессивность, является мотивационный фактор прилипания и постоянства, который может проявлять себя как патогенно-компенсаторный, например, приверженностью и ограниченностью бредовой идеей, неспособностью перестроиться на другой тип деятельности и др. С другой стороны, мотивационный фактор прилипания и постоянства связан с предпочтением таких форм деятельности, как коллекционирование, сбор отходов, работа в химчистке, работа красильщиком и т.д. [21; 23]. У женщин с длительностью заболевания более 5 лет основным мотивационным фактором, регулирующим агрессивность, является этический. Этический мотивационный фактор также может проявлять себя как патогенно-компенсаторный, например, подозритель-

ностью, повышенной враждебностью к окружающим, напряжённостью, снижением контактности больных вследствие обиды на окружающих, идеями самообвинения, склонностью к фиксации на отрицательно окрашенных переживаниях, псевдорелигиозностью, религиозными бредовыми идеями. Перечень социально-позитивных форм деятельности для этического мотивационного фактора представлен в руководствах к методике [21; 23].

2. Отношение к полу у мужчин с параноидной шизофренией. На наш взгляд, близость структуры мотивационных компонентов мужчин с параноидной шизофренией к структуре мотивационных компонентов здоровых женщин отражает низкую дифференцированность психической структуры у мужчин с параноидной шизофренией.

3. Высокая напряжённость мотивационного личностного фактора агрессии у женщин с параноидной шизофренией, что подтверждает необходимость работы с деструктивной агрессивностью.

4. Психокоррекционная работа может опираться на потребность в демонстративности, которая остаётся актуальной у женщин с параноидной шизофренией на протяжении всего заболевания.

Список литературы:

1. Войтенко Р.М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: Руководство для врачей и психологов. СПб.: ИКФ «Фолиант», 2002. 256 с.
2. Любов Е.Б., Ястребов В.С., Шевченко Л.С. Экономическое бремя шизофрении в России. // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 3. С. 36-42.
3. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и др. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание. СПб.: Гиппократ, 2004. 336 с.
4. Каплан Г.И., Сэдок Б.Д. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1994. 672 с.
5. Катан Е.А. Психопатологический профиль приступообразно-прогредиентной параноидной шизофрении и его влияние на социальное функционирование больных: Дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2007.
6. Кравченко И.В. Несуицидальная аутоагрессия у больных параноидной шизофренией, находящихся на принудительном лечении: Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2011.

7. Кузнецова С.О. Психологические особенности враждебности при психической патологии: шизофрении, шизоаффективном и аффективном расстройствах: Дис. ... канд. психол. наук. М., 2007.
8. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. Психопатологические механизмы и профилактика. М.: Медицина, 1995.
9. Менделевич В.Д., Зиганшин Ф.Г., Гурьянова Т.В. Психиатрия, общество и безопасность граждан: общероссийские и татарстанские тенденции // Неврологический вестник. 2011. № 1. С. 3-8.
10. Смуглевич А.Б. Дефектные состояния при шизофрении // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. Т. 2. М.: Медицина, 1999.
11. Соловьева С.Л. Агрессивность как свойство личности в норме и патологии: Дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 1996.
12. Тиганов А.С. Шизофрения // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С. Тиганова. Т. 2. М.: Медицина, 1999.
13. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. 1987. № 13. P. 261-275.
14. Аммон Г. Динамическая психиатрия. М.: Изд-во Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, 1995. 200 с.
15. Кляйн М. Вклад в психогенез маниакально-депрессивных состояний. Ижевск: ERGO, 2007. С. 139-177.
16. Бабин С.М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных: Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 2006.
17. Ерзин А.И. Психологические особенности деструктивного поведения у больных шизофренией // Психология и психотехника. 2013. № 3. С. 288-293. (DOI: 10.7256/2070-8955.2013.03.9).
18. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
19. Реверчук И.В. Психобиологические механизмы нозогенеза пограничных психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2006. № 2. С. 17-26.
20. Николаев Е.Л. Система семейных и духовных ценностей при психической дезадаптации // Вестник Чувашского университета. 2005. № 2. С. 90-99.
21. Реверчук И.В. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности больных пограничными психическими расстройствами в Удмуртской Республике: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 2002. 22 с.
22. Николаев Е.Л. Проблемы духовного совершенствования в лечении психических расстройств // Вестник психотерапии. 2005. № 14. С. 9-20.
23. Менделевич Б.Д., Менделевич В.Д. Нравственная регуляция агрессивности у психически больных (на примере бреда ревности) // Неврологический вестник. 2013. № 2. С. 18-23.
24. Собчик Л.Н. Модифицированная методика Сонди (тест восьми влечений). СПб.: Речь, 2002.
25. Сонди Л. Учебник экспериментальной диагностики влечений: Глубинно-психологическая диагностика и её применение в психопатологии, психосоматике, судебной психиатрии, криминологии, психофармакологии, профессиональном и подростковом консультировании, характерологии и этнологии / Пер. с нем. М.: Когито-Центр, 2005. 557 с.

References (transliteration):

1. Voitenko R.M. Sotsial'naya psikhiiatriya s osnovami mediko-sotsial'noi ekspertizy i reabilitologii: Rukovodstvo dlya vrachei i psikhologov. SPb.: IKF «Foliant», 2002. 256 s.
2. Lyubov E.B., Yastrebov V.S., Shevchenko L.S. Ekonomicheskoe bremya shizofrenii v Rossii. // Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2012. № 3. S. 36-42.
3. Kotsyubinskii A.P., Skorik A.I., Aksenova I.O. i dr. Shizofreniya: uyazvimost'-diatez-stress-zabolevanie. SPb.: Gippokrat, 2004. 336 s.
4. Kaplan G.I., Sedok B.D. Klinicheskaya psikhiiatriya. M.: Meditsina, 1994. 672 s.
5. Katan E.A. Psikhopatologicheskii profil' pristupoobrazno-progredientnoi paranoidnoi shizofrenii i ego vliyanie na sotsial'noe funktsionirovanie bol'nykh: Dis. ... kand. med. nauk. Orenburg, 2007.
6. Kravchenko I.V. Nesuitsidal'naya autoagressiya u bol'nykh paranoidnoi shizofreniei, nakhodyashchikhsya na prinuditel'nom lechenii: Dis. ... kand. med. nauk. SPb., 2011.
7. Kuznetsova S.O. Psikhologicheskie osobennosti vrazhdebnosti pri psikhicheskoi patologii: shizofrenii, shizoafektivnom i affektivnom rasstroistvakh: Dis. ... kand. psikhol. nauk. M., 2007.
8. Mal'tseva M.M., Kotov V.P. Opasnye deistviya psikhicheskii bol'nykh. Psikhopatologicheskie mekhanizmy i profilaktika. M.: Meditsina, 1995.
9. Mendelevich V.D., Ziganshin F.G., Gur'yanova T.V. Psikhiiatriya, obshchestvo i bezopasnost' grazhdan: obshcherossiiskie i tatarstanskii tendentsii // Nevrologicheskii vestnik. 2011. № 1. S. 3-8.
10. Smulevich A.B. Defektnye sostoyaniya pri shizofrenii // Rukovodstvo po psikhiiatrii / Pod red. A.S. Tiganova. T. 2. M.: Meditsina, 1999.
11. Solov'eva S.L. Agressivnost' kak svoistvo lichnosti v norme i patologii: Dis. ... d-ra psikhol. nauk. SPb., 1996.
12. Tiganov A.S. Shizofreniya // Rukovodstvo po psikhiiatrii / Pod red. A.S. Tiganova. T. 2. M.: Meditsina, 1999.
13. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. 1987. № 13. P. 261-275.

14. Ammon G. Dinamicheskaya psikiatriya. M.: Izd-vo Psikhonevrologicheskogo instituta im. V.M. Bekhtereva, 1995. 200 s.
15. Klyain M. Vklad v psikhogenez maniakal'no-depressivnykh sostoyanii. Izhevsk: ERGO, 2007. S. 139-177.
16. Babin S.M. Psikhoterapiya v sisteme lecheniya i reabilitatsii psikhicheski bol'nykh: Avtoref. dis. ... d-ra psikh. nauk. SPb., 2006.
17. Erzin A.I. Psikhologicheskie osobennosti destruktivnogo povedeniya u bol'nykh shizofreniei // Psikhologiya i psikhotekhnika. 2013. № 3. S. 288-293. (DOI: 10.7256/2070-8955.2013.03.9).
18. Ocherki dinamicheskoi psikiatrii. Transkul'tural'noe issledovanie / Pod red. M.M. Kabanova, N.G. Neznanova. SPb.: Institut im. V.M. Bekhtereva, 2003. 438 s.
19. Reverchuk I.V. Psikhobiologicheskie mekhanizmy nozogeneza pogranychnykh psikhicheskikh rasstroistv // Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii. 2006. № 2. S. 17-26.
20. Nikolaev E.L. Sistema semeinykh i dukhovnykh tsennoyev pri psikhicheskoi dezadaptatsii // Vestnik Chuvashskogo universiteta. 2005. № 2. S. 90-99.
21. Reverchuk I.V. Kliniko-sotsial'nye i etnokul'tural'nye osobennosti bol'nykh pogranychnymi psikhicheskimi rasstroistvami v Udmurtskoi Respublike: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk. Kazan', 2002. 22 s.
22. Nikolaev E.L. Problemy dukhovnogo sovershenstvovaniya v lechenii psikhicheskikh rasstroistv // Vestnik psikhoterapii. 2005. № 14. S. 9-20.
23. Mendelevich B.D., Mendelevich V.D. Nravstvennaya regulyatsiya agressivnosti u psikhicheski bol'nykh (na primere bredevnosti) // Nevrologicheskii vestnik. 2013. № 2. S. 18-23.
24. Sobchik L.N. Modifitsirovannaya metodika Sondy (test vos'mi vlechenii). SPb.: Rech', 2002.
25. Sondy L. Uchebnik eksperimental'noi diagnostiki vlechenii: Glubinnno-psikhologicheskaya diagnostika i ee primeneniye v psikhopatologii, psikhosomatike, sudebnoi psikiatrii, kriminologii, psikhofarmakologii, professional'nom i podrostkovom konsul'tirovanii, kharakterologii i etnologii / Per. s nem. M.: Kogito-Tsentr, 2005. 557 s.