

Бредовые инволюционные психозы: клинические особенности и лечение

Н.А. Тювина, Л.С. Тутер
ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова», Москва
клиника психиатрии им. С.С. Корсакова УКБ №3, Москва

Резюме. В статье рассмотрены функциональные психозы позднего возраста с точки зрения преморбидных особенностей личности, семейного анамнеза, влияния различных психосоциальных и биологических факторов на возникновение и течение заболевания, а также особенности их клинической картины, течения, терапии и прогноза.

Больные разделялись по клиническим особенностям психоза на две группы. К первой группе были отнесены пациенты, страдающие психозами только с бредовой симптоматикой. Во вторую группу вошли пациенты с сочетанием галлюцинаторных и бредовых нарушений. Установлено, что для купирования бредового психоза целесообразно применять атипичные нейролептики в сочетании с антидепрессантами последних поколений, не приводящими к инверсии аффекта и обострению психотической симптоматики. Для лечения психоза с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой эффективно использование как типичных, так и атипичных антипсихотиков в сочетании с транквилизаторами.

Ключевые слова: бредовые инволюционные психозы, преморбид, наследственность, психосоциальные факторы, психопатология, терапия, прогноз.

Delirium Involution Psychoses: Clinical Peculiarities and Treatment

N.A. Tjuvina, L.S. Tuter
GBOY VPO «The first I.M. Sechenov MSMU»,
the Korsakov clinic of psychiatry YKB №3 of the first I.M. Sechenov MSMU

Summary. Functional psychoses of late age from point of view of premorbidic person's peculiarities, family anamnesis, an influence of various psychosocial and biological factors on the origin and course of disease as well as peculiarities of its clinical picture, course, therapy and prognosis are considered. Patients were divided into two groups according to psychosis peculiarities. Patients suffering from psychoses with delirium symptoms referred to the first group. The second group included patients with combination of hallucination-and-delirium disorders. It was stated that the usage of atypical neuroleptics in combination with depressants of latest generations not causing an inversion of the affect and exacerbation of psychotic symptoms was expedient for stopping delirium psychosis.

The usage of both typical and atypical antipsychotics in combination with tranquilizers was effective in treating psychosis with hallucination-delirium symptoms.

Key words: delirium-involution psychoses, premorbid, heredity, psychosocial factors, psychopathology, therapy, prognosis.

Возрастающий интерес к проблемам геронтологии и гериатрии в последние годы обусловлен значительным ростом пожилых и старых людей в населении, и, соответственно, увеличением доли заболеваний, характерных для позднего возраста, включая психические расстройства. В период инволюции могут обостряться начавшиеся ранее заболевания, а также возникать новые, имеющие свои возрастные особенности. К последней группе относятся так называемые инволюционные психозы, манифестирующие в период инволюции, т.е. после 50 лет.

В зависимости от преобладания тех или иных психопатологических расстройств различают аффективные (инволюционная депрессия) и бредовые формы (инволюционный параноид) инволюционных психозов.

В связи с расхождением мнений учёных по вопросу этиологии и патогенеза инволюционных психозов, в частности, параноидов, а следо-

вательно, и их диагностики, достоверных данных об их распространённости нет. Доля инволюционных параноидов среди всех бредовых расстройств позднего возраста колеблется в широких пределах от 1,8 до 40% [1].

Особенности бредовых психозов пожилого возраста были отмечены ещё психиатрами XIX века [3, 7, 8, 29] и XX века [4, 5, 6, 11, 12, 15, 17, 20, 26]. Однако в процессе изучения объём и границы этих психозов то максимально расширялись, то значительно сужались, и до настоящего времени сохраняются разногласия по вопросу их выделения в самостоятельную группу.

Существует две точки зрения на психозы, дебютирующие в пожилом возрасте. Сторонники одной не считают инволюционные бредовые психозы самостоятельным заболеванием, а связывают их либо с органическим поражением головного мозга [5, 7], либо с поздней шизофренией [3, 10, 21, 22]. Сторонники другой относят их к

собственно пресенильным функциональным психозам [2, 20, 23, 26]. В первом случае речь идёт о манифестации в период инволюции заболеваний, имеющих место и на более ранних возрастных этапах. Обсуждение может касаться лишь объёма и формы собственно возрастного влияния на клиническую картину и течение этих расстройств. [9, 21, 22, 24]. Во втором случае развитие инволюционных бредовых психозов связывают с влиянием возрастных факторов биологического и социального характера, исключая атрофические и грубоорганические изменения головного мозга [6, 8, 13]. Однако, и здесь наблюдаются противоречия и разногласия, связанные с обоснованием правомочности выделения этих психозов в самостоятельную группу. Одни авторы клиническое своеобразие этих расстройств связывают с происходящей в этом возрасте или предшествующей эндокринной перестройкой [6, 20, 25, 26, 31], другие сами клинические особенности инволюционных психозов считают доказательством их нозологической самостоятельности [2, 16, 17, 23].

Что касается клинической картины инволюционных бредовых психозов, то к ним относили разные психопатологические состояния с соответствующими квалификационными формами: «инволюционная или пресенильная парафрения» [25, 31], «инволюционная паранойя» [27, 30], «параноидные психозы позднего возраста» [20], «инволюционные бредовые психозы» [17], «пресенильный бред» [23], «поздняя шизофрения» [21], «неконтактный параноид пожилых» [22].

Многие отечественные и зарубежные психиатры [9, 11, 17, 18, 19, 28], признавая существование инволюционных бредовых психозов, отмечают также возрастные психопатологические особенности шизофрении, манифестирующей в позднем возрасте, и находят между ними много общих признаков.

В МКБ-9 указанные выше состояния были отнесены к отдельной группе «Инволюционное параноидное состояние: 297.21 Инволюционный параноид, 297.29 Поздняя (старческая) парафрения».

В современной международной классификации болезней (МКБ-10) подобные расстройства квалифицируются как F 22.0 (бредовое расстройство, как вариант хронического бредового расстройства) — в тех случаях, когда клиническая картина проявляется систематизированными бредовыми расстройствами обыденного содержания, в том числе в сочетании с элементарными слуховыми или зрительными галлюцинациями; F22.8 (другие хронические бредовые расстройства) — в случае наличия вербального галлюциноза некомментирующего характера, в том числе F22.81 (инволюционный параноид); F23 (острые и преходящие психотические расстройства) — при остром начале (2 недели и менее) психотических симптомов, таких как бред и галлюцинации, и тяжелом нарушении обычного поведения.

Таким образом, отсутствие единства взглядов на инволюционные бредовые психозы на протяжении всего периода их существования, наличие

многих классификаций, разработанных на основе различных подходов, обуславливает необходимость дополнительных исследований в этой области.

Несмотря на наличие специфических, присущих только психозам позднего возраста критериев выделения, и большое число публикаций, ряд аспектов проблемы остаётся недостаточно изученным. Очевидна необходимость более широкого и углублённого исследования таких вопросов, как преморбидные особенности личности, семейный анамнез, влияние различных психосоциальных и биологических факторов на возникновение и течение заболевания, особенности клиники, терапии и прогноза инволюционных бредовых психозов.

Целью настоящего исследования является изучение клинической картины, течения и прогноза бредового психоза у пациентов пожилого возраста для разработки рекомендаций по его диагностике и лечению.

Материал и методы исследования

В исследовании использовались клинический и клинико-катамнестический методы. Была разработана специальная карта обследования, в которую вошли подробные данные анамнеза жизни и заболевания, психического состояния в динамике на протяжении всей болезни, в том числе на фоне проводимой терапии. Результаты лечения оценивались по шкале общего впечатления в начале курса и в конце наблюдения.

Для исключения соматической и неврологической патологии больные осматривались терапевтом и неврологом, проводились необходимые дополнительные обследования (анализы крови, ЭЭГ, ЭКГ, КТ, МРТ).

Статистическая обработка данных проведена при помощи пакета программ Statistica 6.0.

В исследование включали пациентов с галлюцинаторно-бредовым и бредовым психозами, возникшими в возрасте после 50 лет. Необходимым условием также являлось отсутствие клинически очерченных психических расстройств в анамнезе. Не включались пациенты с установленным диагнозом шизофрении и пациенты, начало заболевания у которых имело отчетливую связь с органическим поражением головного мозга, таким как объёмные образования, последствия черепно-мозговых травм, инсульты.

Материал исследования составили 83 человека, из них 30 мужчин и 53 женщины в возрасте от 50 до 73 лет (средний возраст $60,2 \pm 2,7$ лет). Манифестация инволюционного психоза приходилась в среднем на возраст $57,5 \pm 1,8$ лет.

Изначально больные были разделены по клиническим особенностям психоза на две группы. К первой группе были отнесены пациенты (46 человек), страдающие психозами только с бредовой симптоматикой. Во вторую группу вошли 37 пациентов с сочетанием галлюцинаторных и бредовых нарушений. В первой группе женщины составили 70% (32 человека), мужчины — 30% (14 че-

ловек). Во второй группе женщины также преобладали, но незначительно (57%). Диагноз у всех больных был установлен до начала исследования врачами-психиатрами клиники им.С.С. Корсакова или других психиатрических учреждений в соответствии с критериями МКБ-10.

По нозологической принадлежности изученные состояния в группах распределились следующим образом: F22.0—хроническое бредовое расстройство (54% и 8% соответственно), F22.8—другие хронические бредовые расстройства (не встречались в 1-ой группе, но 65%—во 2-ой), F22,81—инволюционное параноидное состояние (26% и 5%), F23.0—острое полиморфное психотическое расстройство (20% и 22%) (рис.1). Обращает на себя внимание тот факт, что в 1-й группе преобладали больные с диагнозами «хроническое бредовое расстройство» и «инволюционный параноид», в то время как во 2-ой группе более половины больных имели нечёткий диагноз «другие хронические бредовые расстройства».

Результаты

В результате проведённого сравнительного изучения обеих групп пациентов было установлено что больные первой и второй группы достоверно не отличались по среднему возрасту начала заболевания (в первой группе— $56,4 \pm 2,3$ лет, во второй— $58,7 \pm 3,5$ лет) и среднему возрасту на момент обращения к врачу ($60,6 \pm 3,3$ и $59,9 \pm 3,4$ лет соответственно), хотя у большинства пациентов первой группы заболевание начиналось несколько раньше, а обращались они за помощью, соответственно, позднее, чем во второй группе. В связи с этим, средняя длительность временного периода от начала заболевания до поступления в стационар в первой группе достоверно больше ($4,4 \pm 0,3$ года), чем во второй ($1,2 \pm 0,2$ года). Это свидетельствует о более постепенном развитии симптоматики у больных 1-ой группы и отсутствии критики к заболеванию как со стороны больных, так

и родственников, воспринимающих бредовые высказывания как реальные события. Острота психоза у пациентов с галлюцинаторно-бредовыми нарушениями приводила к своевременной госпитализации.

Обследованные группы больных отличались также по наследственной отягощённости психическими заболеваниями. У большинства пациентов первой группы (69%) наследственность была отягощена психическим заболеванием, причем у 39% преобладала аффективная патология. Во второй группе, напротив, у 76% больных не было выявлено наследственной отягощённости, а оставшиеся 24% распределились следующим образом: 13%—личностные особенности (замкнутость и эмоциональная холодность), 5%—шизофрения, 3%—алкоголизм и 3%—аффективные нарушения (рис. 2).

В преморбиде у 73% пациентов 1 группы отмечались стенические черты характера: социальная активность, общительность, бескомпромиссность, прямолинейность, правдолюбие, ригидность, аккуратность, пунктуальность, исполнительность и излишняя требовательность к себе и окружающим. В группе больных с галлюцинаторно-бредовым синдромом у 35% обследованных особенностей характера выявлено не было, у 27% в преморбиде встречались шизоидные черты характера, такие как замкнутость, отгороженность, чуждаковатость, в 22% случаев наблюдались стенические черты и в 16%—тревожно-мнительные.

Обследованные группы отличались также по уровню образования. В первой группе достоверно выше уровень образования. Пациенты имели высшее (77%) и среднее (23%) образование, тогда как во второй группе большее количество пациентов было с незаконченным как высшим (35%), так и средним (24%) образованием.

В социальном плане более адаптированными до начала заболевания были пациенты первой группы: 47% занимались квалифицированной ра-

Характеристика групп по диагнозам

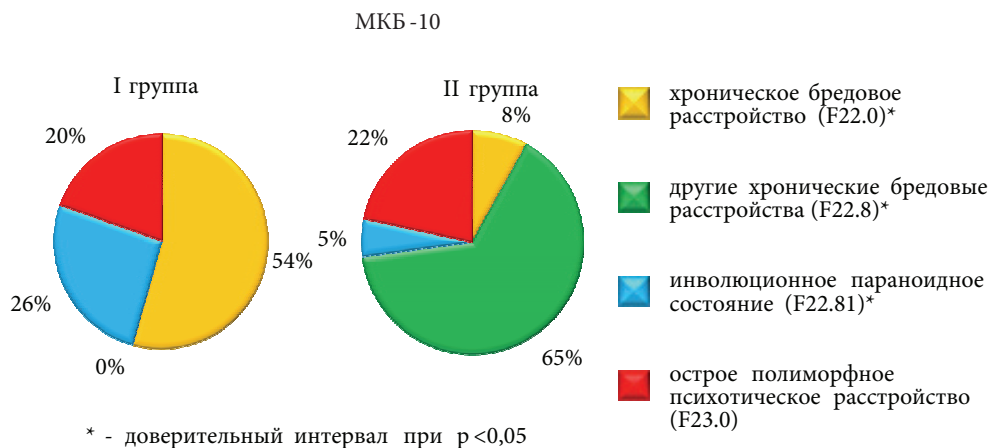


Рис. 1

Характеристика групп по отягощенной наследственности

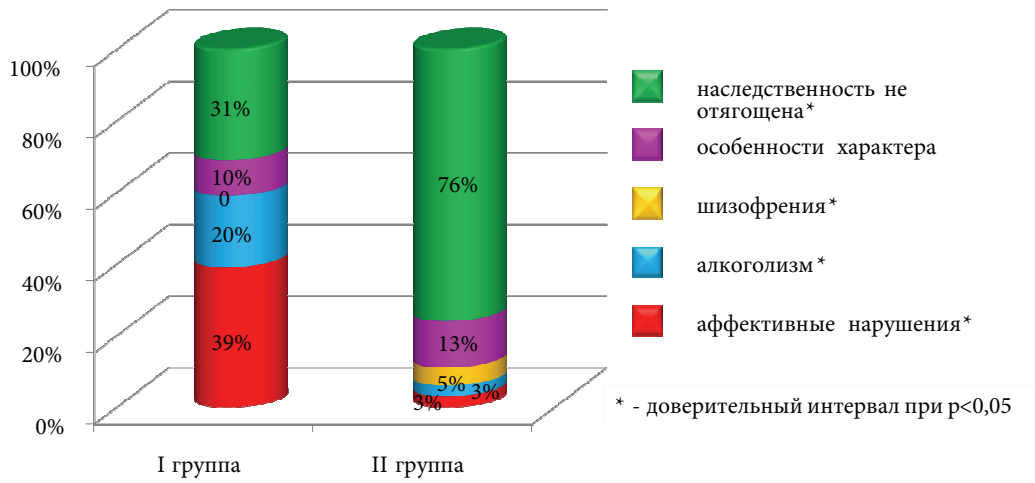


Рис. 2

Характеристика групп по социальному положению

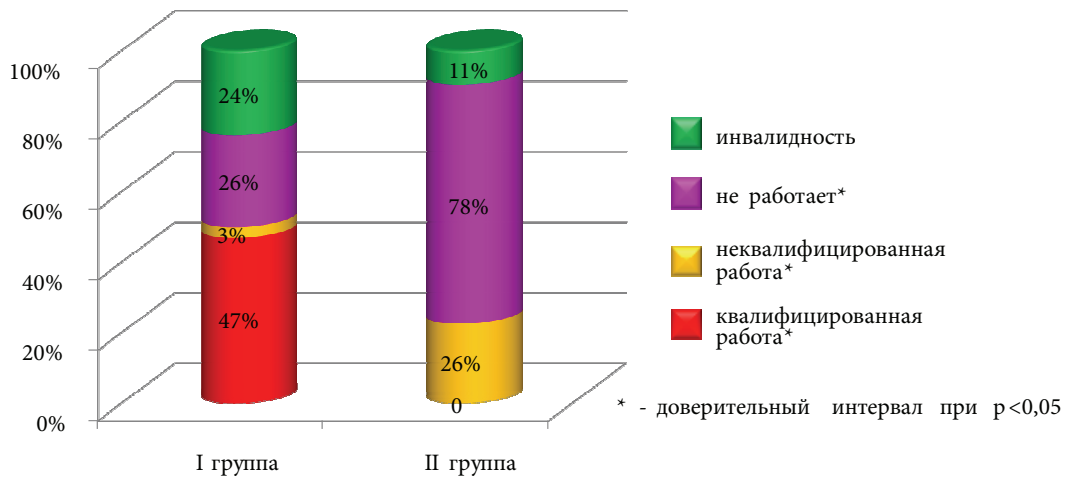


Рис. 3

Характеристика групп по семейному статусу

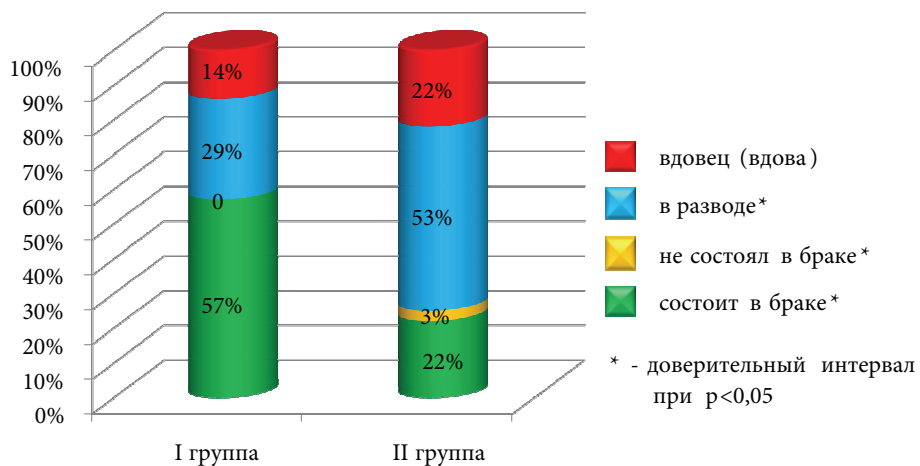


Рис. 4

Характеристика групп по триггерным факторам



* - доверительный интервал при $p < 0,05$

Рис. 5

ботой, несмотря на пенсионный возраст. Во второй группе неработающие составили 78% в силу утраты трудоспособности. Процент инвалидизированных пациентов достоверно не отличался (24% и 11%) в силу того, что многие не оформляли инвалидность в связи с получением пенсии по возрасту (рис. 3).

Более адаптированными в семейном плане также были пациенты с бредовыми расстройствами. На момент обследования 57% состояли в браке, в то время, как во второй группе 53% были разведены (рис. 4). Никогда не состояла в браке только одна пациентка второй группы, что выгодно отличает обследованных пациентов от больных шизофренией, среди которых, по данным литературы [14], около 50% вообще не вступают в брак и не живут половой жизнью.

У большинства больных второй группы (65%) и у 44% больных в первой не было выявлено никаких психических расстройств в анамнезе. А из выявленных нарушений первую группу пациентов отличало наличие преимущественно психогенных реакций — у 48% пациентов, вторую — ипохондрическая симптоматика (22%). Однако, по поводу этих нарушений больные не обращались к психиатру, и если принимали психотропные препараты, то только по назначению врачей общесоматической практики или по совету родственников.

При анализе факторов, предшествующих началу заболевания, было установлено, что во 2 группе болезнь в 70 % случаев начиналась спонтанно, без соответствующих триггерных факторов. В 1 группе у 63% больных выявлено наличие психотравмирующих ситуаций, провоцировавших начало заболевания: судебные процессы (22%), смерть или болезнь близких (17%), выход на пенсию (13%), развод или семейные конфликты (11%). Характерным являлось наличие многочисленных судебных разбирательств и семейных конфликтов, связанных с решением квартирных вопросов, которые впоследствии отражались в клинической картине самого заболевания (рис. 5).

Несмотря на наличие бредовой симптоматики у пациентов обеих групп, распределение по фабуле бреда было не одинаковым. В группе больных

с бредовым синдромом большую часть (59%) составил бред ущерба и связанные с ним идеи отравления и преследования. Бредовые идеи, как правило, сопровождались тревожно-депрессивной симптоматикой, страхом за своих близких, детей, имущество, в зависимости от фабулы бреда. В группе с галлюциаторно-бредовым синдромом 46% занимал бред колдовства и порчи. Среди обманов восприятия в основном присутствовали вкусовые (30%) и обонятельные (27%) галлюцинации, несколько меньше тактильные (22%), в отличие от шизофрении, где преобладают вербальные обманы восприятия, реже — зрительные (рис. 6).

Бредовые идеи во второй группе формировались на основе галлюцинаций, в том числе ипохондрические, в отличие от инволюционной меланхолии, где ипохондрический бред возникает на фоне тревожной депрессии.

Особенностью современных бредовых фабул являются идеи, связанные с оформлением ответственности, в том числе квартир, в сочетании с бредом преследования лицами других национальностей. Расширилась тематика бреда, связанного с магией, порчей, колдовством, что в принципе является актуальным для всего общества.

Терапия

Лечение больным назначалось в соответствии с общепринятыми подходами в зависимости от ведущего синдрома и тяжести заболевания. Учитывалось соматическое состояние пациентов и рекомендации врачей общесоматической практики по коррекции артериального давления и другой возможной в этом возрасте патологии. Также с учётом возраста и реакции организма определялась доза назначаемых лекарственных средств. Она была ниже применяемой в молодом возрасте. Были установлены наиболее часто и эффективно применяемые препараты и их сочетания. Наиболее эффективным для больных первой группы оказалось лечение атипичными нейролептиками в малых и средних дозах в сочетании с антидепрессантами последних поколений. Чаще других антипсихотиков назначался rispеридон, учитывая его антибредовую активность и хорошую

Характеристика групп по клинической картине

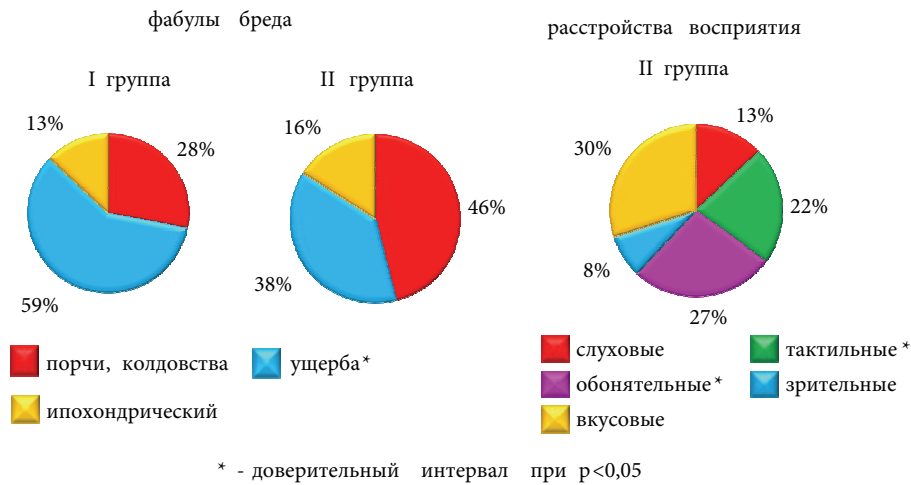


Рис. 6

Лечение

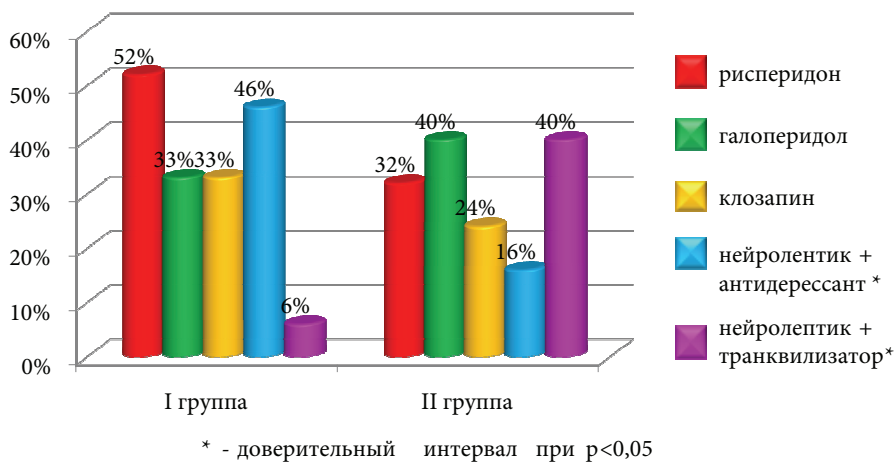


Рис. 7

переносимость (у 52% обследованных), обычно в дозе 2-4мг/сутки. Антидепрессанты применялись в 46% случаев в связи с присутствием в клинической картине депрессивного аффекта, не достигающего обычно степени тяжёлой психотической депрессии. Использовались препараты с минимальными побочными эффектами и не вызывающие обострения бреда и другой психотической симптоматики (азафен — 50—150 мг в сутки, тианептин -25-37,5 мг в сутки). Во второй группе несколько чаще применялись типичные нейролептики (галоперидол — у 40% больных), а из атипичных — клозапин (24%) и рисперидон (32%), для купирования острых состояний. Значительно чаще использовались комбинации с транквилизаторами (алпразолам, феназепам), которые назначались либо в качестве снотворного препарата, либо для усиления действия атипичных нейролептиков (клозапина, рисперидона). Антидепрес-

санты использовались редко, в основном трициклические, с седативным эффектом, в минимальных дозах (рис. 7).

Эффективность лечения оценивалась клинически путем сравнения состояния больных на исходном этапе и при выписке из стационара — с помощью шкалы общего клинического впечатления. На исходном этапе можно видеть различия между 1 и 2 группами в тяжести состояния — во 2 группе 78% пациентов было с выраженной степенью тяжести (в первой соответственно — 30%). Однако, обращает на себя внимание тот факт, что результат лечения во второй группе лучше — 32% выздоровевших, больше больных с полной ремиссией, тогда как при бредовом синдроме в 80% случаев остаётся бредовая настороженность, отсутствует критика к перенесенному состоянию, и большая вероятность развития рецидивов (рис. 8).

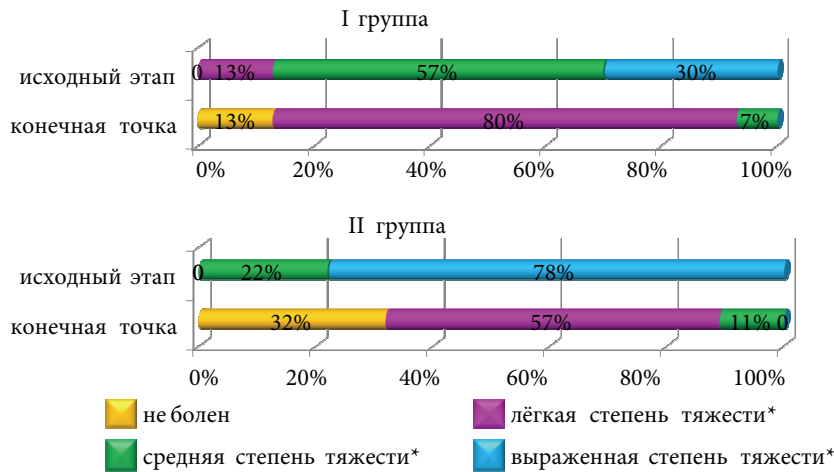
Категории шкалы CG-S на исходном этапе
и в конечной точке* - доверительный интервал при $p < 0,05$

Рис. 8

При выписке из стационара практически всем пациентам была рекомендована противорецидивная терапия, даже в случаях полной редукции симптоматики, под наблюдением психиатра. В этих целях обычно использовались атипичные нейролептики, обладающие одновременно высокой антибредовой и антигаллюцинаторной активностью и хорошей переносимостью, в частности, рисперидон (2мг в сутки), клозапин (25 -75мг в сутки). Катамнез показал, что в этих дозах больные принимают названные препараты, соблюдая режим терапии. Дополнительные средства назначались в зависимости от характера остаточной психопатологической симптоматики (транквилизаторы — алпразолам, антидепрессанты — азафен и т.д.)

Заключение

В процессе исследования психозов инволюционного периода были выявлены две группы расстройств: первая характеризовалась преимущественно бредовой симптоматикой, вторая — сочетанием галлюцинаций и бреда. Для того и другого варианта характерно начало заболевания в позднем возрасте, при отсутствии в преморбиде выраженных психических нарушений. Больные до заболевания были достаточно адаптированы в социальном и семейном плане, сохраняли трудоспособность.

Клиническая картина заболевания в целом характеризовалась бредом малого размаха, отличающимся конкретным обыденным содержанием, отсутствием элементов синдрома Кандинского-Клерамбо и изменений личности по шизофреническому и органическому типу.

Помимо общих признаков, каждая из выделенных групп имела свои клинические особенности. Бредовый психоз в большей степени напоминает

классический инволюционный параноид и отличается характерным преморбидом со стеническими чертами, большим уровнем социальной и семейной адаптации, наличием в преморбиде преимущественно кратковременных депрессивных реакций и эпизодов. Заболевание чаще развивается постепенно, с длительным инициальным периодом и типичной клинической картиной с бредом малого размаха, преимущественно ущерба в сочетании с идеями преследования и отравления. Бредовой психоз характеризуется более длительным течением, формированием неполной ремиссии с отсутствием критики к перенесенному состоянию и возможностью актуализации бреда при наличии соответствующей ситуации.

Для галлюцинаторно-бредового психоза характерно отсутствие в большинстве случаев характерных преморбидных личностных особенностей, наличие в преморбиде психопатологических нарушений ипохондрического плана, более низкого уровня социальной и семейной адаптации. Заболевание чаще начинается спонтанно, остро и проявляется сочетанием галлюцинаций (обонятельных, вкусовых, тактильных, зрительных и слуховых) и бредовых идей (порча, колдовство).

Течение галлюцинаторно-бредового психоза отличается большей остротой, довольно четкой очерченностью приступов, формированием достаточно качественной ремиссии, в том числе полной. Возможны повторные психотические эпизоды, возникающие чаще спонтанно.

Для купирования бредового психоза целесообразно применение атипичных нейролептиков в сочетании с антидепрессантами последних поколений, не приводящих к инверсии аффекта и обострению психотической симптоматики.

При лечении психоза с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой эффективно использо-

вание как типичных, так и атипичных нейролептиков в зависимости от тяжести состояния, в сочетании с транквилизаторами. Для поддерживаю-

щей терапии более целесообразно применение показавших свою эффективность атипичных антипсихотиков, в частности, rispеридона.

Литература

1. Авербух Е.С. Старение, психотические состояния в старости и старческие психозы. // Труды I Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. — М. — 1963. — т. 2. — С. 43-49.
2. Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. — Л., Медицина. — 1969. — 284 с.
3. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Издательство независимой психиатрической ассоциации. — 1993. — 542 с.
4. Ганнушкин П.Б. Острая паранойя. Клиническая сторона вопроса // Дисс. ... д-ра мед. наук. — М. — 1904. — 250 с.
5. Гиляровский В.А. О патологии процесса инволюции // Журнал неврологии. — 1930. — 139. — С. 509-546.
6. Жислин С.Г. К дифференциальной диагностике психозов позднего возраста. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1960. — № 6. — С. 707-714.
7. Ковалевский П.И. Психиатрия. Издание 4-е, доп. и перераб. — Харьков. — 1890. — 432 с.
8. Крепелин Е. Психиатрия. — СПб. — 1998.
9. Пятницкий А.Н. Паранойяльные расстройства в дебюте и дальнейшем течении поздней шизофрении. Журн. Невропат. и психиатр. — 1980. — №1. — С. 84-90.
10. Розенберг А.З. Бредовые психозы позднего возраста. Л. 1939; 149с.
11. Снежневский А.В. О злокачественной форме пресенильных психозов. // Труды ЦИП. — М. — 1941. — С. 223-254.
12. Тарнавский Ю.Б. Клиника, течение и вопросы терапии параноидов позднего возраста. Дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1970. — 127 с.
13. Тарнавский Ю.Б. Параноиды с картиной маломасштабного бреда преследования — типичная форма собственно возрастных функциональных психозов старости. Инволюционные психозы. — М. — 1979. — С. 138-141.
14. Тювина Н.А. Клинические особенности предменструального синдрома при основных психических заболеваниях. Дисс. ... канд. мед. наук. — М. — 1983. — 231 с.
15. Шахматов Н.Ф. Бредовые психозы позднего возраста. Клиника, дифференциальная диагностика. Вопросы патогенеза, терапии. Дисс. ... докт. мед. наук. — М. — 1968. — 135 с.
16. Шахматов Н.Ф. Клинические формы собственно возрастных функциональных психозов старости. Некоторые вопросы патогенеза. Инволюционные психозы. — М. — 1979. — С. 143-150.
17. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. — М., Медицина. — 1977. — 216 с.
18. Штернберг Э.Я. Современное состояние проблемы инволюционных психозов. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1975. — № 8. — С. 1239-1242.
19. Штернберг Э.Я. Шизофрения в позднем возрасте. Руководство по психиатрии под ред. А.В. Снежневского. — М., Медицина. — 1983. — т. 1. — С. 373-390.
20. Albrecht P. Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters // Z. Neurol. Psychiat. — 1914. — V.22. — P. 306.
21. Bleuler M. Die spätschizophrenen Krankheitsbilder. Fortschr. // Neurol. Psychiat. — 1943. — V. 15. — P. 259.
22. Janzarik W. Zur Problematik schizophrener Psychosen im höheren Lebensalter // Nervenarzt. — 1957. — V. 28. — P. 535.
23. Gruhle H. W. Z. Der Einfluss des Alters auf den Aufbau seelischer Störungen. Zschr. Altersforsch. — 1939. — V.3. — P.209.
24. Kay D.W.K., Roth M. Schizophrenics of old age. В кн.: R.H.Williams, C.Tibbits. Processes of aging. — New York. — 1963. — V. 1. — P. 402.
25. Kehrer F. Die krankhaften psychischen Störungen der Rückbildungssjahre vom klinischen Standpunkt // Z. Neurol. Psychiat. — 1939. — V. 167. — P. 35.
26. Kleist K. Berichte über endogene Verblödungen // Allg. Z. Psychiat. — 1919. — V. 75. — P. 242.
27. Kleist K. Die involutionsparanoia. Allg. Z. Psychiatr. — 1913. — Bd. 70. — P. 1-134.
28. Post F. The clinical psychiatry of late life. Oxford — London. — 1965. — P. 61.
29. Seglas J. Les psychoses seniles et tardives. // Progr. med. — 1888. — VIII. — 43. — P. 289.
30. Seelert H. Mischung paranoischer und depressive Symptome bei Psychosen des höheren Alters. Mschr. Psychiatr. — 1922. — V. 52. — P. 140.
31. Serko A. Die Involutionssparaphrenie. Mschr. Psychiatr. — 1919. — V. 45. — P. 245.