

УДК 159

DOI: 10.34670/AR.2020.14.82.027

## К вопросу о коморбидности негативной симптоматики и расстройств личности

**Лобанова Вероника Маратовна**

Младший научный сотрудник  
отдела по изучению пограничной психической патологии  
и психосоматических расстройств,  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»  
115230, Российская Федерация, Москва, Каширское ш., 34;  
e-mail: lobanovanika@gmail.com.

### Аннотация

Цель. Психометрическая оценка клинических вариантов взаимосвязи негативной симптоматики и патохарактерологических расстройств, определяющих на синдромальном уровне структуру шизофренического дефицита. Материалы и методы. Обобщаются результаты психометрической оценки 132 пациентов с диагнозом шизофрении и расстройств шизофренического спектра, протекающих коморбидно с расстройствами личности. Психометрическая оценка включала развернутое психологическое исследование с применением шкал и опросников: WAIS; SANS, MFI-20; SPQ-A, SCL-90, ОЧХ-В. Статистическая обработка проводилась с использованием стандартных методов программы Statistica 10.0 (критерий Манна—Уитни, корреляционный анализ Спирмена с поправкой Bonferroni при оценке значения  $p$ ; кластеризация данных осуществлялась методом  $k$ -средних). Результаты. Патохарактерологическая составляющая «общих синдромов», сосуществующая с дефицитарными симптомокомплексами, подчинена базисной дефицитарной составляющей дефекта и разделяется на полярные (дефензивные — экспансивные) варианты в пределах отдельных кластеров РЛ, но унифицируется в согласии с дихотомией шизофренического дефекта на категории с преобладанием эмоциональных либо волевых (апат-абулических) расстройств. Выводы. Результаты проведенного психометрического исследования свидетельствуют о том, что патохарактерологическая составляющая в пространстве «общих синдромов» выступает в рамках вторичного, соподчиненного базисным негативным расстройствам феноменам, и не может рассматриваться в качестве самостоятельного психопатологического образования.

### Для цитирования в научных исследованиях

Лобанова В.М. К вопросу о коморбидности негативной симптоматики и расстройств личности // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2020. Т. 9. № 5А. С. 218-231. DOI: 10.34670/AR.2020.14.82.027

### Ключевые слова

Психометрическая оценка, расстройства личности, шизофрения, расстройства шизофренического спектра, негативные расстройства.

## Введение

Актуальным результатом исследования взаимосвязи негативных и позитивных расстройств в структуре шизофренического дефекта, проведенного на базе отдела пограничных психических расстройств и психосоматической патологии «Научного центра психического здоровья» РАН стало создание психопатологической модели «общих синдромов» [Смулевич, 2018], в соответствии с которой «негативные расстройства, выделяемые на дименсиональной основе, принимают форму «протопсихопатологических образований» (первичных по Е. Bleuler, формирующих «первичный дефект» по Т.И. Юдину, базисных по G. Huber, «первичных дефицитарных» по S. Galderisi), в клинической реальности в «чистом виде» (т.е. в форме психопатологических феноменов) не существующих. Иными словами, первичные дефицитарные расстройства реализуются в психопатологическом пространстве шизофрении только в совокупности с позитивными расстройствами: психопатоподобными, ипохондрическими, обсессивно-компульсивными и т.д. Согласно авторам исследования, общие синдромы распределяются в соответствии с современной дихотомической концепцией негативных расстройств (с преобладанием либо апато-абулического, либо эмоционального дефицита), на базе которых они формируются.

Основной предпосылкой к проведению настоящего исследования стало отсутствие в зарубежном и отечественном психологическом пространстве работ, посвященных психометрической оценке негативной симптоматики в рамках модели «общих синдромов». Проведенный анализ литературы позволил установить, что в противовес ей современные психометрические исследования негативной симптоматики, предполагают ее оценку в «чистом» виде, а изучение ее взаимосвязи с позитивными расстройствами ограничивается исследованием корреляции отдельных дименсий этих двух доменов.

Особый интерес вызывает исследование профиля «общих синдромов», формирующихся в единстве с расстройствами личности. Данные современных исследований позволили говорить о том, что расстройство личности является конституциональным складом пациента, определяющим его преморбид, и, видоизменяясь под воздействием негативной симптоматики приводит к тем клиническим явлениям, которые ранее было принято называть «психопатоподобными расстройствами».

Комплексный, основанный на выделении верифицируемых данными патопсихологического исследования симптомокомплексов, подход к оценке клинических феноменов является приоритетным для отечественной психологической школы [Мелехов, 1981]. Однако, психометрический анализ взаимодействия патохарактерологических и негативных расстройств в границах модели «общих синдромов» ранее не проводился.

На основании вышеизложенного, основной **целью настоящего исследования** стала психометрическая оценка клинических вариантов взаимосвязи негативной симптоматики и патохарактерологических расстройств, определяющих на синдромальном уровне структуру шизофренического дефицита.

В соответствии с этим, в качестве *основных задач* настоящего исследования было установлено: 1) психометрическая оценка профиля негативной симптоматики в структуре процессуального дефицита; 2) оценка конституционального личностного склада больных; 3) исследование структуры патохарактерологических расстройств, обусловленных влиянием дефицитарных изменений; 3) описание психологической структуры «общих синдромов», определяющих профиль шизофренического дефекта.

Адекватным решению поставленных задач представляется выбор в качестве объекта исследования общих синдромов, реализующихся в совокупности негативных изменений с патохарактерологическими расстройствами.

## Материал и методы

В исследование включены 132 больных<sup>1</sup> (70 - женщины, 62 – мужчины; средний возраст  $40,5 \pm 16,3$  лет) с установленным диагнозом шизофрении и расстройств шизофренического спектра (средняя длительность заболевания составила  $22,3 \pm 10,2$  лет), проходящие стационарное лечение по поводу экзацербации эндогенного процесса в клинике отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

В соответствии с целью и задачами настоящего исследования был разработан комплексный блок диагностических критериев, позволивших добиться однородности клинического материала.

**Основными методами исследования** выступали психометрический и психопатологический.

Психометрическая оценка включала развернутое психологическое исследование: (1) *уровня общей умственной продуктивности* больных с применением шкалы интеллекта взрослых Векслера (Wechsler Adult Intelligence Scale, WAIS); (2) *структуры негативной симптоматики*: 1. Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS); 2. Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20); (3) *общего профиля личности*: 1. Опросник черт характера взрослого человека (ОЧХ-В); 2. Symptom Check List-90-Revised (SCL-90); Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ-A).

Статистическая обработка проводилась с использованием стандартных методов программы Statistica 10.0 (критерий Манна—Уитни, корреляционный анализ Спирмена с поправкой Bonferroni при оценке значения  $p$ ; кластеризация данных осуществлялась методом  $k$ -средних).

## Результаты

### **Общие синдромы с преобладанием патохарактерологических расстройств (98 набл.).**

Психометрический анализ негативной симптоматики свидетельствует о дихотомическом распределении синдромов в пространстве личностных аномалий по фактору преобладания апато-абулических (дефензивный полюс) или эмоциональных (экспансивный полюс) расстройств (см. таб. 1-4), что соответствует современной бинарной концепции шизофренического дефекта (avolition-blunted affect).

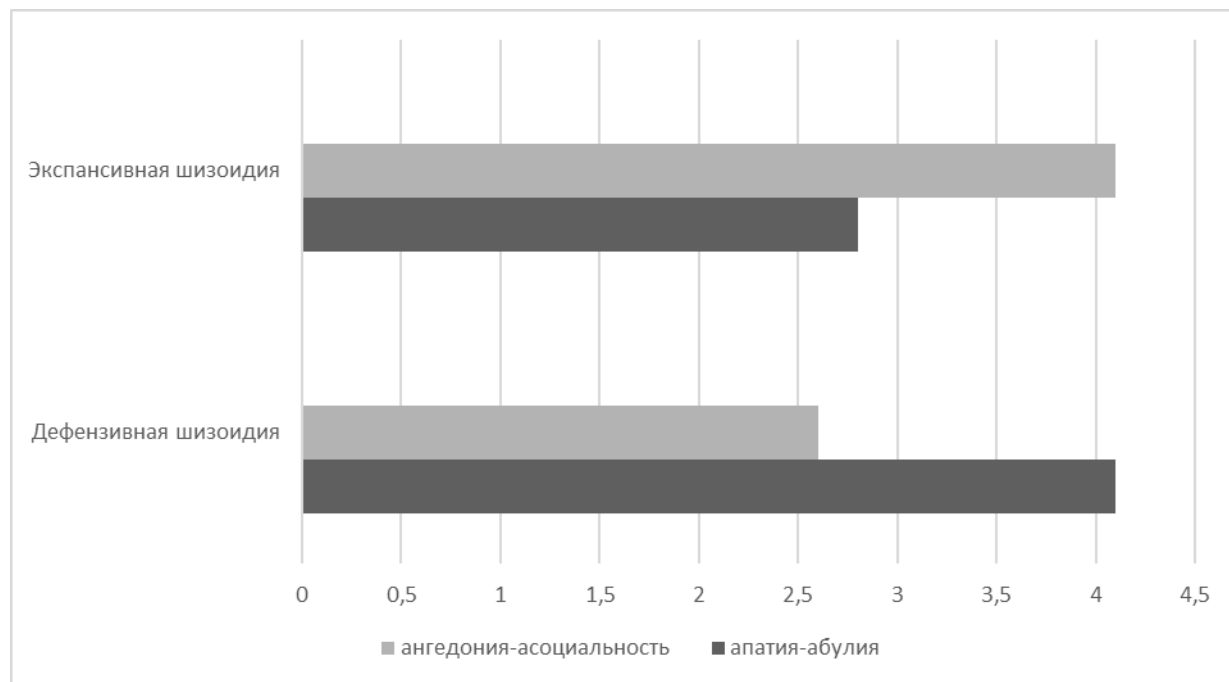
Клиническое описание общих синдромов, представленное ниже в статье, приведено дифференцированно в зависимости от кластера РЛ, на базе которого они реализуются.

1) Общие синдромы в границах кластера А (шизоидное и шизотипическое РЛ).

На первый план выступают грубые эмоциональные изменения (шкала «ангедония-асоциальность» SANS- $4,1 \pm 0,3$ ), видоизменяющие преморбидный шизотипический склад личности больных (SPQ-A -  $30,1 \pm 7,1$ ).

---

<sup>1</sup> Выборка настоящего исследования сформирована на базе реализующихся в период с 2017 по 2019 исследований Жилина В.О, Самойловой Е.Д. и диссертационной работы Мухориной А.К. (2018).



**Рисунок 1 - Распределение показателей негативной симптоматики «общих синдромов» в границах кластера А по данным шкалы SANS. Distribution of negative symptoms' indexes in the structure of cluster A common syndromes**

а) Синдром экспансивной шизоидии с эмоциональными изменениями по типу фершробен (Birnbauм К, 1906) (35 набл.)

Бедность эмоционального диапазона («ограниченный аффект» по SPQ-A –  $7,6 \pm 0,4$ ), достигающая уровня эмоциональной тупости (деакцентуация по шкале «экзальтированность» ОЧХ-В –  $10,2 \pm 1,3$ ), недостаточность эмпатии и понимания психологических нюансировок в сочетании с характерным для шизотипического склада больных индивидуальным своеобразием мыслительной сферы, приводят к формированию черт «чужаковатости» (oddtity), эксцентричности (SPQ-A- «странная речь» -  $3,4 \pm 0,2$ ; «эксцентричное поведение» -  $4,2 \pm 0,7$ ) и социальной неконгруэнтности (фактор «дистонности межличностных коммуникаций» по SPQ-A –  $16 \pm 1,1$ ). Несоответствие поведения и профиля жизнедеятельности конвенциональным нормам является отражением свойственного больным выраженного аутизма (аутизм по шкале SANS –  $3,2 \pm 0,3$ ), сопровождающегося уходом от внешнего мира с погруженностью в «воображаемую реальность» (аутизм с абстрагированием от актуальных социальных событий внешнего мира [Kretschmer E.1930]).

При сохранении достаточного уровня когнитивного компонента ( $IQ = 101,7 \pm 10,5$ ), грубые нарушения обнаруживают эмоциональная и социальная составляющие интеллекта. Больные отличаются чертами болезненного рационализма (rationalism morbide, Minkowski) («эмоциональная холодность» по SPQ-A –  $7,1 \pm 0,6$ ), прагматичности (акцентуация по шкале ОЧХ-В «дистимность» -  $17 \pm 0,9$ ; деакцентуация по шкале «эмотивность» –  $10,4 \pm 1,3$ ), утрированной прямолинейности. Характерные для них утрата чувства такта и дистанции (шкала INT SCL-90 –  $0,07 \pm 0,02$ ) достигают уровня регрессивной синтонности, что отражает тяжесть дефицитарных процессуальных изменений.

Абулические изменения больных (шкала «апатия-абулия» SANS-  $2,8 \pm 0,6$ ) находят

отражение не в явлениях психофизической астенизации ( $MFI-12 \pm 7,2$ ), а в утрате способности к поддержанию систематической целенаправленной (трудовой, учебной и др.) деятельности с подменой ее не соответствующими профессиональному и образовательному уровню и социальным возрастным нормам увлечениями - поглощенностью вычурными («аутистическая активность по Minkowski) сверхценными хобби (акцентуация по шкале «застревание» -  $27 \pm 5,1$ ).

б) Синдром дефензивной шизоидии с явлениями волевой недостаточности (20 набл.).

Преобладающими в клинической картине пациентов оказываются грубые апато-абулические расстройства (шкала «апатия -абулия» SANS –  $4,1 \pm 0,2$ ), протекающие на фоне преморбидного склада, соответствующего профилю простых шизоидов («дефицитарные шизоиды Kahn N., 1923; Шендерова В.Л., 1974) (SPQ-A-  $20,1 \pm 3,2$ ). Больные аутизированы, вследствие утраты трудового и образовательного стандартов их жизнедеятельность ограничивается рамками обихода («заторможенная активность»). Мотивационные расстройства сопряжены с явлениями редукции энергетического потенциала, представленными вялостью, бездеятельностью, бедностью спонтанной активности (пункты SANS «снижение трудовой активности» -  $4,8 \pm 0,6$ , «снижение физического энергетического потенциала» -  $4,1 \pm 0,7$ ; деакцентуация по шкалам ОЧХ-В «гипертимность» -  $7,3 \pm 1,4$  и «застревание» -  $9,2 \pm 2,5$ ).

Грубое обеднение волевой сферы, снижение прежнего уровня психической экспансии и психофизической выносливости ( $MFI- 95,7 \pm 5,5$ ) в совокупности с нарастанием черт шизоидии приводят к патологической амплификации характерных для больных в преморбиде черт рефлексии, склонности к утрированным сомнениям, нерешительности (акцентуации по шкалам «эмотивность» -  $27,6 \pm 5,2$ ; «тревожность» -  $27 \pm 0,6$ ). Перманентное ощущение собственной беспомощности, чувство бессилия перед внешними факторами, сопровождающиеся формированием явлений соматопсихической хрупкости (по Внукову В.А., 1937) приводит к симбиотической зависимости больных от руководящей личности (акцентуация по шкале «дистимность» -  $27,6 \pm 6,3$ ). Последнему, в том числе способствуют нарастающие когнитивные изменения пациентов ( $IQ=80,3 \pm 9,7$ ).

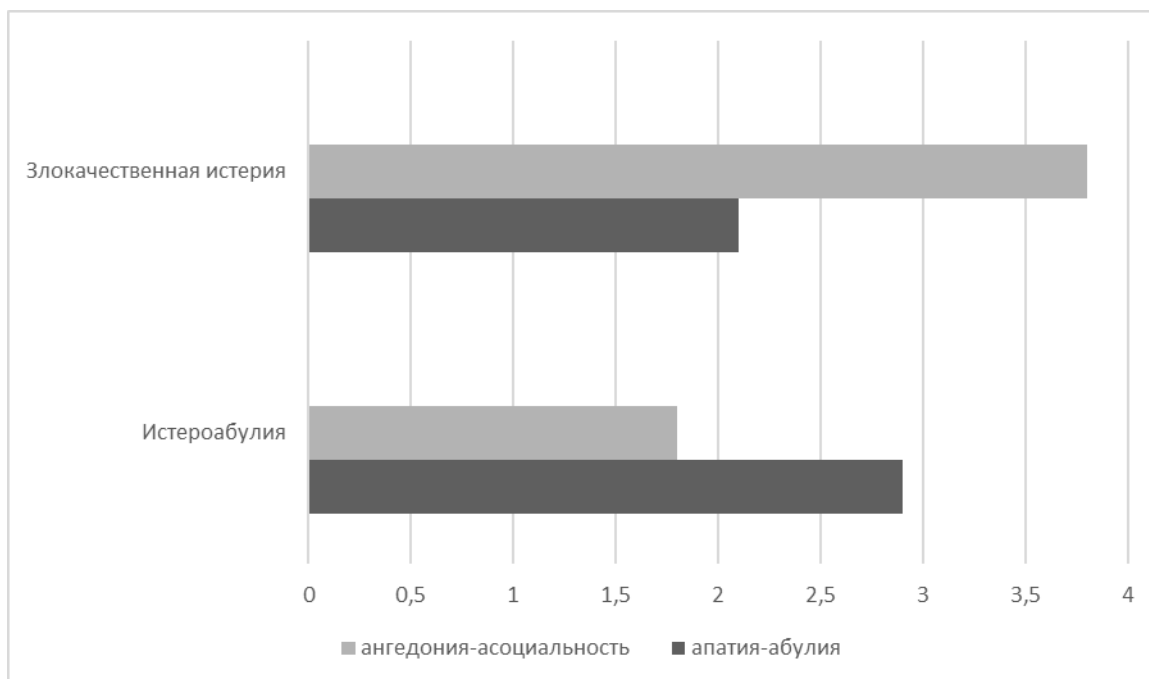
Эмоциональные изменения пациентов (шкала «ангедония-асоциальность» -  $2,5 \pm 0,2$ ) представлены явлениями «астенического аутизма» [18]. Для них характерна избыточная социальная тревожность (шкала INT SCL-90 –  $2,1 \pm 0,2$ ; ANX- $1,8 \pm 0,2$ ), мнительность, легкость формирования сенситивных идей отношения. Круг межперсональных контактов ограничивается рамками семьи, а длительное социальное взаимодействие приводит к выраженному психическому истощению (деакцентуация по шкале «гипертимность» -  $6,5 \pm 1,7$ ).

2) Общие синдромы в границах кластера В (истерическое РЛ)

а) Синдром злокачественной истерии (Smith J.M., Gacono C.B., Cunliffe T.B., 2014) (17 набл.)

В качестве «осевых» негативных изменений этой группы больных выступают тяжелые эмоциональные расстройства (шкала «ангедония-асоциальность» SANS –  $3,8 \pm 0,4$ ), приводящие к патологической амплификации черт преморбидного истерического склада. Утрата эмоциональной синтонности («ограниченный аффект» по SPQ-A –  $7,3 \pm 1,2$ ), грубое обеднение эмоционального диапазона (деакцентуация по шкале «эмотивность» ОЧХ-В –  $17,5 \pm 3,6$ ), достигающее уровня «эмоциональной тупости» (деакцентуация по шкале «экзальтированность» –  $12,1 \pm 2,7$ ), видоизменяют конституциональные дименсии, формируя «фасад» карикатурной гистрионии (акцентуация по шкале «демонстративность» -  $26,4 \pm 5,4$ ). Для больных характерна нарочитая экстравагантность внешнего облика, скандальность, сексуальная провокативность и «салонность» поведения, примитивные манипуляции окружающими, направленные на достижение восхищения. На фоне снижения интеллектуального уровня ( $IQ-79 \pm 7,5$ ) отмечается

склонность к вербализму с «трафаретными», эстетически-направленными, но лишенными реальной базы знаний и смысловой нагрузки, монологами.



**Рисунок 2 - Распределение показателей негативной симптоматики «общих синдромов» в границах кластера В по данным шкалы SANS. Distribution of negative symptoms' indexes in the structure of cluster B common syndromes**

На первый план выступает дефицитарность сферы межперсональных контактов – больные отличаются утрированной бестактностью (шкала INT SCL-90 –  $0,2 \pm 0,03$ ) и развязностью (достигающей уровня «патологической обнаженности»); придирчивостью, злопамятностью и враждебностью (шкала HOS SCL-90 –  $1,9 \pm 0,4$ ; акцентуация по шкалам «возбудимость» –  $25,7 \pm 7,5$  и «педантичность» –  $19,4 \pm 1,5$ ); поверхностностью контактов без подлинной близости (пункт «отношения с родными и близкими» SANS –  $4,1 \pm 0,5$ ; «отношения с окружающими» –  $3,9 \pm 0,4$ ).

Абулические расстройства (шкала «апатии-абулии» SANS –  $2,1 \pm 0,3$ ) представлены редукцией энергетического потенциала, сопровождающегося утратой способности к поддержанию целенаправленной систематической деятельности, хаотической активностью пациентов без признаков астенизации (MFI-  $20,7 \pm 10,3$ ), приводящей к грубой дезорганизации их трудового маршрута (акцентуация по шкале «гипертимность» без признаков явлений конституциональной гипертимии –  $20,2 \pm 4,3$ ).

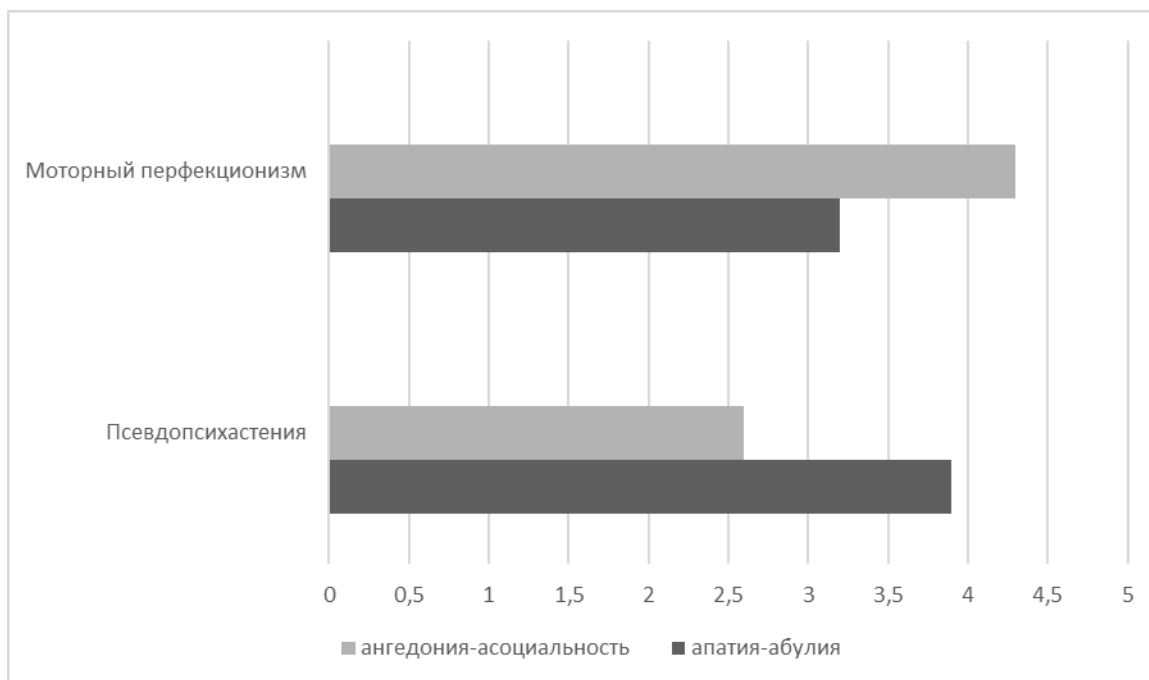
б) Синдром истероабулии (Жилин В., Лобанова В.М., 2019) (16 набл.).

Ключевой характеристикой описываемого типа шизофренического дефекта является парциальность апато-абулических расстройств (шкала «апатия-абулия» SANS –  $2,9 \pm 0,3$ ), реализующихся редукцией энергетического потенциала [34], характеризующихся нарастанием черт безволия и пассивности без признаков выраженной физической астенизации (показатели шкалы астении MFI-20 соответствуют легкой выраженности:  $54,5 \pm 8,7$ ) у пациенток, чей конституциональный склад соответствует профилю «шизоидных истериков» (по Симсон Т.П., 1923, Шендеровой В.Л., 1974) (SPQ –  $19,2 \pm 3,9$ ; акцентуация по шкале «демонстративность» –

17,7±4,3).

Можно говорить о том, что абулические негативные расстройства в первую очередь затрагивают требующие для своей реализации волевого контроля (*произвольные*), формы деятельности пациентов (в частности - приводя к их полной трудовой дезадаптации - пункт «снижение продуктивности в работе и учебе» SANS –  $3,7 \pm 0,2$ ), в то время как развлекательная активность (напр. отдых на курортах, посещение салонов красоты, торговых центров и т.д.), будучи *непроизвольной* истерической потребностью, не нуждающейся в инициации усилия, не обнаруживает признаков апато-абулического дефицита (пункт «активность свободного времени» -  $0,2 \pm 0,1$ ). Сохранение пациентками праздных форм активности, при декларируемой нетрудоспособности, нередко воспринимается окружающими как проявление рентной психопатической установки. Однако, в отличии от психопатической трудовой дезадаптации, отказ от работы предваряется длительным периодом устойчивого профессионального и социального маршрутов (больные занимают ведущие должности, активно продвигаются вверх по служебной лестнице, отличаются высоким уровнем амбиций) и сопровождается нарастанием черт шизоидии с появлением склонности к сомнениям в принятии значимых решений (акцентуация по шкале «тревоги» ОЧХ-В –  $16,3 \pm 3,2$ ), тенденции к пассивности перед жизненными трудностями (показатель по шкале «гипертимность» -  $12,5 \pm 3,1$ ); утратой прежнего уровня амбициозности (показатели по шкале «педантичности» -  $11,5 \pm 2,7$ ).

3) Общие синдромы в границах кластера С (тревожное и обсессивно-компульсивное/ананкастное РЛ)



**Рисунок 3 - Распределение показателей негативной симптоматики «общих синдромов» в границах кластера С по данным шкалы SANS. Distribution of negative symptoms' indexes in the structure of cluster C common syndromes.**

а) синдром «моторного перфекционизма» с явлениями эмоционального дефицита (Смулевич А.Б., 2018) (18 набл).

В структуре негативных изменений больных этой группы преобладают явления

эмоционального дефицита (шкала ангедония-асоциальность SANS –  $4,3 \pm 0,4$ ; «Уплощенный Аффект» по SPQ-A –  $7,2 \pm 0,4$ ), реализующегося на базе ананкастического (обсессивно-компульсивного) конституционального склада. При этом, в структуре общего синдрома происходит амальгамирование негативной симптоматики не только с патохарактерологическими, но и с сохраняющимися по минованию экзацербации позитивными феноменами, представленными навязчивостями симметрии, хординга и т.п. (Y-BOCS –  $24,3 \pm 3,2$ ). Последние включают алгоритмизированную последовательность действий, направленных на структурирование как пространства, так и поведения окружающих. Можно говорить о том, что обсессивно-компульсивные расстройства в данном случае носят персонифицированный характер, и в совокупности с нарастающими явлениями эмоционального дефицита, видоизменяют преморбидный профиль личности больных.

Грубое уплощение эмоционального диапазона (деакцентуация по шкале «экзальтированность» ОЧХ-В –  $5,5 \pm 1,9$ ) с сопутствующим дефицитом эмпатии (деакцентуация по шкале «эмотивность» –  $7,4 \pm 3,2$ ) приводит к заострению присущих пациентам в преморбиде черт педантизма, прагматичности, скупулёзности, бескомпромисности, требовательности (акцентуация по шкале «педантичность» –  $27,2 \pm 4,5$ ). В первую очередь дефицитарные патохарактерологические расстройства реализуются в сфере межперсональных контактов в виде утраты способности к формированию привязанностей, разрывом эмоциональных связей с близкими родственниками (отношения с родными и близкими SANS-  $4,3 \pm 0,2$ ), нарастанием враждебности и открытого негативизма в отношении окружающих («Подозрительность» по SPQ-A –  $7,8 \pm 1,3$ , «отсутствие близких друзей» –  $7,6 \pm 1,3$ , акцентуация по шкале «застывание» –  $28,7 \pm 5,3$ ).

При этом, в связи с отчетливым нарастанием абулической симптоматики (шкала апатия-абулия SANS-  $3,2 \pm 0,5$ ), представленной редукцией энергетического потенциала, нарастанием черт аутизма и пассивности (аутизм SANS –  $3,8 \pm 0,3$ ), пациенты оказываются полностью дезадаптированы в трудовой сфере. Будучи неспособными к самостоятельному обеспечению жизнедеятельности, они формируют патологический симбиоз с родными, отличающийся эксплуативно-садистическим поведением больных (по Campbell H., 1981). Пациенты занимают позицию «домашних тиранов», требуют от родственников неукоснительного поддержания и соучастия в сложной системе ритуалов, грубо манипулируют окружающими, реагируя вспышками агрессии (как вербальной, так и физической – акцентуация по шкале «возбудимость» –  $19,1 \pm 3,2$ ) в ответ на минимальное несоблюдение или отказ от их требований.

б) Синдром псевдопсихастении с явлениями волевого дефицита (Пантелеева Г. П., 1971) (16 набл.).

На фоне негативных изменений апато-абулического спектра (апатия-абулия SANS –  $3,9 \pm 0,5$ ), представленных снижением психофизической выносливости («снижение физического энергетического потенциала» SANS –  $3,8 \pm 0,5$ ), нарастанием черт шизоидии со склонности к сомнениям и нерешительности, происходит амплификация черт преморбидного личностного склада больных, соответствующего профилю тревожного расстройства личности. Патохарактерологические особенности пациентов представлены чертами утрированной робости, застенчивости (акцентуация по шкале «эмотивность» –  $23,4 \pm 5,7$ ), тревожной мнительности («идеи отношения» SPQ-A –  $5,7 \pm 0,3$ ), со склонностью паническому реагированию и реакциям отказа в ситуациях, требующих проявления инициативы или отличающихся повышенной психоэмоциональной нагрузкой. Последнее, в сочетании с нарастанием черт пассивности и безынициативности, приводит к отказу от поддержания



трудовой деятельности («утрата продуктивности в работе и учебе» SANS –  $4,5 \pm 1,7$ ).

Снижение психофизической выносливости, нарастание утомляемости (MFI-20 –  $81,2 \pm 4,9$ ), углубление черт шизоидии, сопровождающееся ощущением растерянности и беспомощности при решении простейших бытовых вопросов (акцентуация по шкале «тревожность» –  $23,8 \pm 1,5$ ), приводит к формированию зависимой позиции от поддержки и помощи значимого другого. Чувство отгороженности от окружающих, связанное с ощущением неловкости и напряженности в открытом социальном взаимодействии (INT по SCL-90 –  $1,9 \pm 0,4$ ; «Повышенная социальная тревожность» SPQ-A –  $7,1 \pm 1,2$ ), приводит к ограничению большими сферы межперсональных контактов рамками семейного круга.

## Выводы

Результаты проведенного психометрического исследования свидетельствуют о том, что патохарактерологическая составляющая в пространстве «общих синдромов» выступает в рамках вторичного, соподчиненного базисным негативным расстройствам феномена, и не может рассматриваться в качестве самостоятельного психопатологического образования.

В соответствии со стереотипом дихотомического распределения первичных негативных расстройств, патохарактерологические расстройства в границах каждого из кластеров расстройств личности также обнаруживает деление на группы с преобладанием либо эмоциональных, либо апато-абулических изменений, формируя следующие варианты «общих синдромов»: кластер А – синдром экспансивной шизоидии с эмоциональными изменениями по типу фершробен и синдром дефензивной шизоидии с явлениями волевой недостаточности; кластер В – синдром злокачественной истерии и синдром истероабулии; кластер С – синдром «моторного перфекционизма» с явлениями эмоциональной недостаточности и синдром псевдопсихастении с явлениями волевого дефицита.

Проведенное исследование носит предварительный характер и не ставит своей целью выделение всех возможных вариантов «общих синдромов», представленных в пределах отдельных кластеров РЛ.

## Библиография

1. Внуков В.А. О дефекте при шизофреническом процессе. Труды 2-го Всесоюзного съезда психиатров и невропатологов. М. 1937;466-470. [Vnukov V.A. O defekte pri shizofrenicheskom processe. Trudy 2 Vsesouzdnogo s'ezda psyhiatrov i nevropatologov. M. 1937; 466-470]
2. Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): Дис.... д-ра. мед. наук. М. 1988. [Vorob'ev VYu. Shizofrenicheskiy defekt (na modeli shizofrenii, protekayushchej s preobladaniem negativnyh rasstrojstv): Dis.... d-ra. med. nauk. M. 1988. (In Russ.)].
3. Гейер Т.А. Проблемы пограничной психиатрии (Клиника и трудоспособность). Под ред. проф. Гейер Т.А. М.—Л.: Гос. изд-во биол. и мед. лит.; 1935. [Gejer T.A. Problemy pograničnoj psihiatrii (Klinika i trudospobnost'). Pod red. prof. Gejer T.A. M.—L.: Gos. izd-vo biol. i med. lit.; 1935. (In Russ.)].
4. Дубницкая Э.Б. Малопрогрессирующая шизофрения с преобладанием истерических расстройств (клиника, дифференциальная диагностика, терапия): Дис.... канд. мед. наук. М. 1979. [Dubnickaya E.B. Maloprogredientnaya shizofreniya s preobladaniem istericheskikh rasstrojstv (klinika, differencial'naya diagnostika, terapiya): Dis.... kand. med. nauk. M. 1979. (In Russ.)].
5. Жилин В.О., Лобанова В.М., Воронова Е.И. Истерошизофрения (аспекты дефицитарных расстройств и трудовой дезадаптации). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. 81: 39-48 [Zhilin V.O., Lobanova V.M., Voranova E.I. Isteroshizofreniya (aspekty deficitarnyh rasstrojstv i trudovoy dezadaptacii). Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. 2019. 81: 39-48]
6. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание - М.: изд МГУ; 1991. [Kritskaya V.P., Meleshko T.K., Polyakov U.Ph. Patologiya psihicheskoy

- deyatelnosti pri shizofrenii: motivatsiya, obschenie, poznanie – M.: izd. MGU; 1991.]
7. Лукьянова Л.Л. Бедная симптомами шизофрения (клинико-генеалогическое исследование): Дис.... канд. мед. наук. М. 1989. [Luk'yanova LL. Bednaya simptomami shizofreniya (kliniko-genealogicheskoe issledovanie): Dis.... kand. med. nauk. M. 1989. (In Russ.).]
  8. Мелехов Д.Е. К проблеме резидуальных и дефектных состояний при шизофрении (в связи с задачами клинического и социально-трудового прогноза). Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1981;81:1:128-138. [Melekhov DE. K probleme rezidual'nyh i defektnyh sostoyanij pri shizofrenii (v svyazi s zadachami klinicheskogo i social'no-trudovogo prognoza). Zhurnal Nevropatologii i Psihiatrii im. S.S. Korsakova. 1981;81:1:128-138. (In Russ.).]
  9. Мухорина А.К. Негативная шизофрения с изменениями типа фершробен (психопатология, клиника, терапия): Дис.... канд. мед. наук. М. 2018. [Muhorina AK. Negativnaya shizofreniya s izmeneniyami tipa fershroben (psihopatologiya, klinika, terapiya): Dis.... kand. med. nauk. M. 2018. (In Russ.).]
  10. Пантелеева Г.П. О вялопротекающей шизофрении с клиническими изменениями психастенического типа: Дис.... канд. мед. наук. М. 1965. [Panteleeva GP. O vyaloprotekayushchej shizofrenii s klinicheskimi izmeneniyami psihastenicheskogo tipa: Dis.... kand. med. nauk. M. 1965. (In Russ.).]
  11. Симсон Т.П. О шизоидных истериках. В кн.: 1-й Всероссийский съезд по психоневрологии. М 1923 [Simpson T.P. O shizoidnyh isterikah. V kn.: 1 Vserossiyskiy s'ezd po psihonevrologii. M. 1923]
  12. Смудевич А.Б. и соавт. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018;118(11): 4-14 DOI:10.17116/jnevro20181181114 [Smulevich A.B. I soavt. Rasstroystva lichnosti I shizofrenicheskij defect (problema komorbidnosti). Zhurnal neurologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova. 2018; 118 (11): 4-14 DOI:10.17116/jnevro20181181114]
  13. Снежневский А.В. Nosos et pathos Schizophreniae. В кн.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. Под ред. Снежневского А.В. М.: Медицина; 1972. [Snezhnevskij AV. Nosos et pathos Schizophreniae. V kn.: Shizofreniya. Mul'tidisciplinarnoe issledovanie. Pod red. Snezhnevskogo A.V. M.: Medicina; 1972. (In Russ.).]
  14. Сухарева Г.Е. О проблемах дефекта при мягких формах шизофрении. Советская невропатология, психиатрия и психогигиена. 1933;2:28-34. [Suhareva GE. O problemah defekta pri myagkih formah shizofrenii. Sovetskaya Nevropatologiya, Psihiatriya i Psihogigiena. 1933;2:28-34. (In Russ.).]
  15. Фаворина В.Н. О конечных состояниях шизофрении: Дис.... д-ра мед. наук. М. 1965. [Favorina VN. O konechnyh sostoyaniyah shizofrenii: Dis.... d-ra med. nauk. M. 1965. (In Russ.).]
  16. Фридман Б.Д. К изучению влияния процесса на характер при мягко протекающих формах шизофрении. В кн.: Современные проблемы шизофрении. М.—Л. 1933. [Fridman BD. K izucheniyu vliyaniya processa na harakter pri myagko protekayushchih formah shizofrenii. V kn.: Sovremennye problemy shizofrenii. M.—L. 1933. (In Russ.).]
  17. Шендерова В.Л. Клинико-генеалогическое исследование малопргредиентной и злокачественной юношеской шизофрении. Журн.невропатол. и психиатр. — 1974. №1. - С. 76-84. [Shenderova V.L. Kliniko-genealogicheskoe issledovanie maloprogradientnoy i zlokachestvennoy unosheskoj shizofrenii. Zhurnal nevropatologii I psikiatrii. – 1974. №1. – s. 76-84]
  18. Шмаонова Л.М., Либерман Ю.И., Хохлов Е.Н. Популяционные закономерности динамики приступов и ремиссий у больных эндогенными психозами. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1985;5:730-736. [Shmaonova LM, Liberman YuI, Xohlov EN. Populyacionnye zakonomernosti dinamiki pristupov i remissij u bol'nyh ehndogennymi psihozami Zhurnal Nevropatologii i Psihiatrii im. S.S. Korsakova. 1985;5:730- 736. (In Russ.).]
  19. Юдин Т.И. Шизофрения как первичный дефект-психоз. Труды ЦИП Министерства здравоохранения РСФСР. Л. 1941. [Yudin TI. Shizofreniya kak pervichnyj defect-psihoz. Trudy CIP Ministerstva zdravoohraneniya RSFSR. L. 1941. (In Russ.).]
  20. Andreasen NC. Negative Symptoms in Schizophrenia: Definition and Reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1982;39(7):784–788. doi:10.1001/archpsyc.1982.04290070020005
  21. Bleuler E. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophreniaen. Leipzig—Wien: Handbuch der Psychiatrie; 1911.
  22. Camisa K, Bockbrader M, Lysaker P, Rae L, Brenner C, O'Donnell B. Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Res*. 2005;133(1):23-33. doi:10.1016/j.psychres.2004.09.002
  23. Conrad K. Die beginnende schizophrenie: Versuch E. gestaltsanalyse d. wahns. Stuttgart: Thieme;1958.
  24. Cuesta MJ, Gil P, Artamendi M, Serrano JF, Peralta V. Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2002;58(2-3):273-280. doi:10.1016/s0920-9964(01)00395-4
  25. Galderisi S, Bucci P, Mucci A et al. Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: Focus on long-term stability and functional outcome. *Schizophr Res*. 2013;147(1):157-162. doi:10.1016/j.schres.2013.03.020
  26. Galderisi S, Mucci A et al. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. *Lancet Psychiatry*. Published Online March 27, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30050-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30050-6)
  27. Kirkpatrick B., Fenton W.S., Carpenter, W.T. Jr., Marder S.R. The NIMH-MATRICES Consensus Statement on Negative Symptoms. *Schizophrenia Bulletin* vol. 32 no. 2 pp. 214–219, 2006 doi:10.1093/schbul/sbj053

28. Kretschmer E. Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten. *Zeitschrift für Induktive Abstammungs- und Vererbungslehre*. 1922;30(1):139-144. doi:10.1007/bf01706739
29. Marder SR, Galderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry* 2017; 16: 14–24.
30. Margetić BA, Jakovljević M, Brataljenović T, Sumić M. Personality and schizophrenia: psychobiological model and its relationship with comorbidity. *Psychiatria Danubina* 2009;21(3):356-360.
31. Moore E, Green M, Carr V. Comorbid personality traits in schizophrenia: Prevalence and clinical characteristics. *J Psychiatr Res*. 2012;46(3):353-359. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.11.012
32. Moran P, Hodgins S. The Correlates of Comorbid Antisocial Personality Disorder in Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2004;30(4):791-802. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007132
33. Mucci A, Merlotti E, Üçok A, Aleman A, Galderisi S. Primary and persistent negative symptoms: Concepts, assessments and neurobiological bases. *Schizophr Res*. 2017;186:19-28. doi:10.1016/j.schres.2016.05.014
34. Newton-Howes G, Tyrer P, North B, Yang M. The prevalence of personality disorder in schizophrenia and psychotic disorders: systematic review of rates and explanatory modelling. *Psychol Med*. 2007;38(8):1075-1082. doi:10.1017/s0033291707002036
35. Rodríguez Solano J, González De Chávez M. Premorbid personality disorders in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2000;44(2):137-144. doi:10.1016/s0920-9964(99)00203-0
36. Smith J, Gacono C, Cunliffe T, Kivisto A, Taylor E. Psychodynamics in the Female Psychopath: A PCL-R/Rorschach Investigation. *Violence Gend*. 2014;1(4):176-187. doi:10.1089/vio.2014.0023
37. Sjöbring H. Personality structure and development. A model and its application. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 1973;244:1-20.

## **Psychometric assessment of negative symptoms in schizophrenia (on the question of the comorbidity of negative symptoms and personality disorders)**

**Veronika M. Lobanova**

Junior researcher

Department for the study of borderline mental pathology  
and psychosomatic disorders,  
Research Center for Mental Health,  
115230, 34, Kashirskoe ave., Moscow, Russian Federation;  
e-mail: lobanovanika@gmail.com.

### **Abstract**

Objective. The aim of study is the psychometrical assessment of clinical variants of correlation between negative symptoms of schizophrenia and personality disorders, determining at the syndromic level the structure of schizophrenic deficit at the syndromic level. Material and methods. Research summarize the results of the psychometric assessment in a sample of 132 patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders (SSD), following in comorbidity with personality disorders (PD). Psychometric evaluation was carried out using scales of assessment: 1) intelligence level (WAIS); 2) negative symptoms (SANS, MFI-20); 3) personality profile (SPQ-A; SCL-90; Personality Traits Questionnaire by V. Rusalov). Statistical processing was carried out using standard methods of the Statistica 10.0 program (Mann – Whitney test, Spearman correlation analysis with Bonferroni correction to estimate p; data were clustered using the k-means method). The pathocharacterological component of the «common syndromes» coexisting with the deficit symptom complexes is subject to the basic deficit component of the defect and is separated into polar dimensions (defensive-expansive) within specific clusters of PD, and then unified in

Veronika M. Lobanova

accordance with the dichotomy of schizophrenic defect in categories with the predominance of emotional or apathoabulic disorders. Results. Pathocaracterological complexes in the space of «common syndromes» can be qualified as a psychopathological construct secondary to basic deficit disorders, and their isolation as an independent entity of negative disorders appears to be unjustified. Conclusions. It has been found that the pathocaracterological symptomatology in the clinical space of «common syndromes» acts within the framework of a secondary phenomenon, subordinated to basic negative disorders, and cannot be regarded as an independent psychopathological entity.

### For citation

Lobanova V.M. (2020) K voprosu o komorbidnosti negativnoi simptomatiki i rasstroistv lichnosti [Psychometric assessment of negative symptoms in schizophrenia (on the question of the comorbidity of negative symptoms and personality disorders)]. *Psikhologiya. Istoriko-kriticheskie obzory i sovremennye issledovaniya* [Psychology. Historical-critical Reviews and Current Researches], 9 (5A), pp. 218-231. DOI: 10.34670/AR.2020.14.82.027

### Keywords

Psychometric assessment, personality disorders, schizophrenia, schizophrenia spectrum disorders, negative symptoms.

### References

1. Vnukov V. A. About a defect in the schizophrenic process. Proceedings of the 2nd all-Union Congress of psychiatrists and neuropathologists, Moscow, 1937; 466-470. Vnukov V. A. on the defect in the schizophrenic process. Proceedings of the 2nd all-Union Congress of psychiatrists and neuropathologists, Moscow, 1937; 466-470]
2. Vorobyov V. Yu. Schizophrenic defect (on the model of schizophrenia, occurring with a predominance of negative disorders): Dis.... doctor of medical Sciences. M. 1988. [Vorob'ev v. Schizophrenic defect (on the model of schizophrenia, occurring with a predominance of negative stratifications): Dis. ... candidate of pedagogical Sciences. ... M. 1988 (in Russian)].
3. Geyer T. A. Problems of borderline psychiatry (Clinic and working capacity). Under the editorship of Prof. Geyer T. A. M.-L.: State publishing house of Biol. and med. lit.; 1935. [Heger the same. Problems of borderline psychiatry (clinic and work capacity). The pod is red. Professor. Geyer T. A. M.-L.: GOS. Biol publishing house. i med. lit.; 1935. (In Russian)].
4. Dubnitskaya E. B. Maloproredientnaya schizophrenia with a predominance of hysterical disorders (clinic, differential diagnosis, therapy): Dis.... kand. med. nauk. M. 1979. [Dubnickaya Erasmus. Maloproredientnaya schizophrenia with a predominance of hysterical disorders (clinic, differential diagnosis, therapy): Dis. ... candidate of medical Sciences. M. 1979. (In Russian)].
5. Zhilin V. O., Lobanova V. M., Voronova E. I. Isteroshizofreniya (aspects of deficit disorders and labor maladaptation. Journal of neurology and psychiatry named After S. S. Korsakov. 2019. 81: 39-48 [Zhilin V. A., Lobanova V. M., Voranova E. I. Isteroshizofreniya (aspects of deficitarnyh disorders and I) dezadaptacii. Journal of neurology and psychiatry named after S. S. Korsakov. 2019. 81: 39-48]
6. Cretan VP, Meleshko T. K., Polyakov, Y. F. Pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition - M.: publishing house of Moscow state University; 1991.[Krickaâ V. P., Meleshko T. K., Polyakov U. Ph pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition – M.: Izd. MSU, 1991.]
7. Lukyanova L. L. Poor symptoms of schizophrenia (clinico-genealogical study): Dis.... Cand. med. Sciences. M. 1989. [Lukyanova L. L. Poor symptoms of schizophrenia (clinical and genealogical research): Dis. ... candidate of medical Sciences. M. 1989. (In Russian)].
8. Melekhov D. E. On the problem of residual and defective States in schizophrenia (in connection with the tasks of clinical and socio-labor prognosis). Journal of neuropathology and psychiatry named after S. S. Korsakov. 1981;81:1:128-138. Melekhov D. To the problem of residual and defective States in schizophrenia (in connection with the tasks of clinical and social-labor prognosis). Journal of neuropathology and psychology named after S. S. Korsakov. 1981; 81:1: 128-138. (In Russian)].
9. Mukhorina A. K. Negative schizophrenia with changes in the type of fershroben (psychopathology, clinic, therapy): Dis.... kand. med. nauk. M. 2018. [Muhorina AK. Negative schizophrenia with changes of the fershroben type

- (psychopathology, clinic, therapy): Dis. ... candidate of medical Sciences.
10. Panteleeva G. P. on sluggish schizophrenia with clinical changes of the psychasthenic type: Dis.... candidate of medical Sciences. M. 1965. [Panteleeva G. p. on sluggish schizophrenia with clinical changes of the psychasthenic type: Dis. ... candidate of medical Sciences. M. 1965. (In Russian)].
  11. Simson T. P. About schizoid tantrums. SIMP.:1st all-Russian Congress on Psychoneurology. 19 1923 [Simpson T. p. On schizoid tantrums. In: 1 all-Russian Congress on Psychoneurology, Moscow, 1923]
  12. Smulevich A. B. et al. Personality disorders and schizophrenic defect (the problem of comorbidity). *Journal of neurology and psychiatry named After S. S. Korsakov*. 2018;118(11): 4-14 DOI:10.17116/jnevro20181181114 [B. A. B. Smulevich et al. Destroy the personality and schizophrenic defect (the problem of comorbidity). *Journal of neurology and psychiatry named After S. S. Korsakov*. 2018; 118 (11): 4-14 DOI:10.17116/jnevro20181181114]
  13. Snezhnevsky A. V. Nosos Et Paphos Schizophreniae. In: *Schizophrenia. Multidisciplinary research*. Ed. Snezhnevsky A.V. M.: Medicine; 1972. [Snezhnevsky A. V. et Nosos pathos Schizophreniae. In: *schizophrenia. Multidisciplinary research*. The pod is red. Snezhnevsky A.V. M.: Medicine; 1972. (In Russian)].
  14. Sukhareva G. E. on the problems of defect in mild forms of schizophrenia. *Soviet neuropathology, psychiatry and hygiene*. 1933;2:28-34. [Sukhareva G. E. on the problems of defect in mild forms of schizophrenia. *Soviet neuropathology, psychology, and hygiene*, 1933;2: 28-34. (In Russian)].
  15. Favorina V. N. on the final States of schizophrenia: Dis.... doctor of medical Sciences. M. 1965. [Favorina EXT. On the final States of schizophrenia: Dis. ... .. doctor of medical Sciences. M. 1965. (In Russian)].
  16. Friedman B. D. to study the influence of the process on the character in mild forms of schizophrenia. In: *Modern problems of schizophrenia, M.-L. 1933*. [Friedman DB. To study the effect of the process on the character of mild forms of schizophrenia. In: *Modern problems of schizophrenia, M.-L. 1933*. (In Russian)].
  17. shenderova V. L. Clinical and genealogical research of low-grade and malignant juvenile schizophrenia. *Journal of neuropathol. and psychiatrist*. - 1974. no. 1. - Pp. 76-84. Shenderova L. V. clinico-genealogical research metaprogrammes and malignant yunosheskey of schizophrenia. *Journal of neuropathology and psychiatry*, 1974, no. 1, Pp. 76-84]
  18. Shmaonova L. M., Liberman Yu. I., Khokhlov E. N. Population patterns of the dynamics of seizures and remissions in patients with endogenous psychoses. *Journal of neuropathology and psychiatry named after S. S. Korsakov*. 1985;5:730-736. [Shmaonova L., Lieberman Yui, Xohlov]. Folk patterns of the dynamics of seizures and remissions in large non-endogenous psychoses *journal of neuropathology and Psychiatry named After S. S. Korsakov*. 1985; 5:730-736. (In Russian)].
  19. Yudin T. I. Schizophrenia as a primary defect-psychosis. *Trudy TSIP of the Ministry of health of the RSFSR*. L. 1941. [Yudin T. I. schizophrenia as a primary defect-psychosis. *Trudy TSIP of the Ministry of health of the RSFSR*. L. 1941.
  20. Andreasen NK. Negative symptoms in schizophrenia: definition and validity. *Arch Of The Psychiatry Gene*. 1982; 39(7):784-788. doi number: 10.1001 / archpsyc. 1982. 04290070020005
  21. Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophreniaen*. Leipzig-Vienna: *Handbuch der Psychiatrie*; 1911.
  22. Kamisa K, Bokbreider m, Lizaker P, ray l, Brenner s, O'donnell B. personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Rez. Psychiatry* 2005; 133(1):23-33. DOI:10.1016/j. psychres. 2004. 09. 002
  23. Konrad K. *Die beginnende schizophrénie: Versuch E. gestaltsanalyse d. wahns*. Stuttgart: Tim; 1958.
  24. Cuesta M. J., Gil P., Artamendi M., Serrano J. F., Peralta V. Premorbid personality and psychopathological aspects in psychosis of the first episode. *Schizophr Res*. 2002;58(2-3):273-280. doi:10.1016/s0920-9964(01)00395-4
  25. Galderizi s, Bucci P, Mucci A, etc. Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: focus on long-term stability and functional outcome. *RES. Schizophr* 2013;147(1):157-162. DOI:10.1016/j. schres. 2013. 03. 020
  26. Galderizi s, Mucci A, etc. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unresolved research questions. *Lancet Psychiatry*. Published online March 27, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30050-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30050-6)
  27. Kirkpatrick B., S. W. Fenton, stoljara, T. V. Jr., Marder S. R. U. NiMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin* vol. 32 no. 2 PP. 214-219, 2006 doi:10.1093 / schbul/sbj053
  28. Kretschmer E. *Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten*. *Zeitschrift für Induktive Abstammungs-und Vererbungslehre*. 1922;30(1):139-144. doi: 10.1007/bf01706739
  29. Marder SR, Dalderisa S. Modern conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. *World Psychiatry* 2017; 16: 14-24.
  30. Margetich B. A., Yakovlevich M., Bratalenovich T., Sumich M. personality and schizophrenia: a psychobiological model and its relation to comorbidity. *Danubin psychiatry* 2009;21(3): 356-360.
  31. Moore E., green M., Carr V. comorbid personality traits in schizophrenia: prevalence and clinical characteristics. *Jay - Rez*. 2012;46(3):353-359. DOI:10.1016/j. jpsychires. 2011. 11. 012
  32. Moran P., Hodgins S. Correlates of Comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophrenic*. 2004;30(4):791-802. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a007132
  33. Mucci A, Merlotti E, Üçok A, Aleman A, Galderisi S. primary and persistent negative symptoms: concepts, assessments,

- 
- and neurobiological foundations. *RES. Schizophr* 2017;186:19-28. DOI:10.1016/j.schres.2016.05.014
34. Newton-house G, Tyrer P, North B, young M. Prevalence of personality disorder in schizophrenia and psychotic disorders: systematic review of indicators and explanatory modeling. *Psychol med.* 2007;38(8):1075-1082. doi:10.1017/s0033291707002036
35. Rodriguez Solano J., Gonzalez de Chaves M. Premorbid personality disorders in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2000;44(2):137-144. doi:10.1016/s0920-9964(99)00203-0
36. Smith J, Gacono C, Cunliffe T, Kivisto A, Taylor E. Psychodynamics in the Female Psychopath: A PCL-R/Rorschach Investigation. *Violence Gend.* 2014;1(4):176-187. doi:10.1089/vio. 2014. 0023
37. Sebring H. structure and development of personality. The model and its application. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 1973;244:1-20.