

Новая шкала для оценки автономии у больных шизофренией (описание и исследование валидности)

М.А. МОРОЗОВА*, Г.Е. РУПЧЕВ

Лаборатория психофармакологии ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАН, Москва

Description and validation of a new scale for assessment of autonomy in patients with schizophrenia.

M.A. MOROZOVA, G.E. RUPCHEV

Mental Health Research Center, Russian Academy of Science, Moscow

Цель исследования. В литературе, касающейся психопатологии и терапии шизофрении, отчетливо заметен сдвиг интереса в сторону изучения состояний больных вне обострения: исследования психопатологии и качества ремиссий, социального функционирования и качества жизни больных. При изучении психического статуса больных шизофренией в связи с этим большое значение приобретает оценки их способность больных к самостоятельному существованию, или феномен автономии. Авторами предпринята попытка создания и исследования валидности специализированной шкалы оценки автономии. **Материал и методы.** Для описания феномена автономии у больных шизофренией учитывали способность больного быть состоятельным по крайней мере в следующих сферах жизни: иметь достаточный уровень физических и психических сил, уметь ставить ближайшие конкретные и реалистичные цели и организовывать поведение соответствующим образом для их достижения, уметь использовать поддержку социальной среды, уметь продуктивным образом и на регулярной основе взаимодействовать с лечащим врачом и использовать другие медицинские ресурсы, быть способным справиться с повседневными задачами, начиная с гигиены и заканчивая самообеспечением, включая способность поддерживать комплаентность. Созданная шкала состоит из 5 пунктов, оцениваемых на основании полуструктурированного интервью и других источников информации, таких как история болезни, описания родственников или опекающих лиц, медицинского персонала. Для изучения свойств шкалы была сформирована группа пациентов с диагнозом шизофрения (F20 по МКБ-10). Всего было включено в исследование 40 пациентов, 13 мужчин и 27 женщин, средний возраст $49,8 \pm 9$ лет, средняя длительность заболевания $22 \pm 8,6$ года. Пациенты оценивались при помощи новой шкалы, а также известных шкал GAF и PSP, PANSS, CGI-S, NSA и когнитивного функционирования — BACS. **Результаты.** Была установлена высокая согласованность пунктов шкалы — критерий Cronbach's α — 0,83. Анализ конвергентной валидности показал значимые корреляции показателей шкалы с показателями шкал GAF и PSP. При изучении дискриминативной валидности были обнаружены умеренные и низкие корреляции с суммарным показателем негативной подшкалой PANSS (не было обнаружено корреляций с суммарным баллом позитивной подшкалы), CGI-S, суммарным баллом NSA, суммарным баллом BACS. **Заключение.** При исследовании адекватности шкалы автономии по отношению к основным психодиагностическим требованиям оказалось, что она представляет собой новый надежный и чувствительный психометрический инструмент для оценки феномена автономии у больных шизофренией, не сводимого ни к качеству жизни, ни к социальному функционированию.

Ключевые слова: шизофрения, шкала оценки, автономия, валидизация, социальное функционирование, независимое функционирование.

During the last years there is a clear shift of interest from acute to non-acute stages of schizophrenia: psychopathology and quality of remission, social functioning, and quality of life of patients. We think that in addition to that, a separate object of research should be the ability of patient to independent existence, or phenomenon of autonomy. This phenomenon should be taken into consideration while studying both state and changes in condition of patients with schizophrenia. In particular it is important to consider it in assessment of effectiveness of psychotropic drugs. For systematic research of autonomy in patients with schizophrenia a specialized assessment scale was constructed. Unlike well-known psychometric scales, which assess severity of dysfunction, the scale of autonomy measures function, or ability of patients to fulfill different tasks in order to preserve independency. The scale assesses autonomy of both out- and inpatients with different severity of illness, including the most severe one. **Materials and methods.** On the basis of preliminary clinical data, we realized that for description of autonomy it is necessary to consider consistency of patients at least in the following areas of life: to possess sufficient level of physical and psychic power; to be able to form specific and realistic goals at least in the nearest future and structure behavior correspondingly to goal achievement; to be able to use support from the social environment in case of deficit of personal resources; to use efficiently and on regular basis contacts with a doctor and other medical resources; to be able to manage everyday needs from hygiene to self-sufficiency, including ability to support compliance. Scale comprises five items. Each of them is assessed on basis of semi-structured interview and other sources of information: medical records, reports from relatives and/or care-givers, medical stuff. In order to study the validity of the scale 40 patients, who were diagnosed as Schizophrenia according to ICD-10 (13 males and 27 females, age 49.8 ± 9 , duration of illness 22 ± 8.6) were assessed with the help of the scale of autonomy and close, by the object of assessment, well-known scales GAF and PSP. For clinical assessment PANSS, NSA and CGI-S were used. Cognitive functioning was assessed

by BACS. **Results.** Analysis of internal consistency showed high consistency of items — Cronbach's alfa — 0.83. Analysis of convergent validity demonstrated low or moderate correlations of indices with related scales GAF and PSP. Discriminative validity showed low or moderate correlations only with negative subscale of PANSS, CGI-S score, NSA total score, BACS total score.

Conclusion. compliance of the scale of autonomy to major psychodiagnostic requirements showed that the scale is a new reliable and sensitive psychometric instrument. The study demonstrated that the scale measured specifically ability of patients to be autonomous (self-dependent support of culturally adequate existence in presence of chronic disease) and can't be reduced to existing categories — quality of life, personal or social functioning.

Key words: schizophrenia, assessment scale, autonomy, validation, social functioning, functional independency.

В литературе, касающейся психопатологии и терапии шизофрении, отчетливо намечается сдвиг интереса в сторону изучения состояний больных вне обострения: исследования психопатологии и качества ремиссий, социального функционирования и качества жизни больных. Разрабатываются новые для клинической психиатрии концепции восстановления\выздоровления [1]. В рамках биосоциальной модели шизофрении внимание уделяется не только фармакологическому лечению, но и психокоррекционным мероприятиям и реабилитационным тренингам. Для контроля за динамикой на этом этапе болезни потребовались новые инструменты, отличные от использовавшихся для оценки динамики острого состояния (шкала оценки позитивных и негативных симптомов — PANSS [2, 3], шкала оценки негативных симптомов — NSA-16 [4], шкала общего клинического впечатления — CGI) [5, 6]. В широкую исследовательскую практику были введены шкала глобального функционирования (GAF) [7], шкала личного и социального функционирования (PSP) [8], опросник качества жизни (EQ-5D) [9], шкала оценки качества жизни при шизофрении (SQLS) [10], краткая форма опросника о состоянии здоровья из 36 вопросов (SF-36) [11] и др. Эти шкалы позволяют оценивать важные аспекты жизни больного: его способность справляться с повседневными проблемами, оценивать свое физическое и психическое состояние, а также влияние побочных эффектов поддерживающей терапии на качество жизни. Почти в каждой из этих шкал есть компоненты, которые косвенно измеряют способность больных к независимому функционированию. Однако клинический опыт показывает, что этот фактор имеет настолько важное значение для функционирования больного, что должен учитываться как самостоятельный элемент клинической картины. Степень, в которой пациент может самостоятельно поддерживать свое существование на культурально приемлемом уровне в условиях хронической психической болезни, характеризует качество его автономии.

На сегодняшний день способность к автономии при оценке состояния больных шизофренией находится на периферии внимания клиницистов и исследователей. При этом в психологии интерес к этой проблеме возник давно. По мнению ряда авторов [12], качество автономии — базовое отражение здорового развития индивида. Было сформулировано представление об автономии как возможности саморегуляции: способности генерировать цели, иметь собственную мотивацию к их достижению, быть способным инициировать и поддерживать соразмерным образом социальные контакты. Отмечалось, что чем лучше развита эта способность, тем менее выражена невротизация индивида и ниже риск развития психических расстройств. Согласно другому подходу, быть автономным значит быть независимым и изолированным от других [13—16]. Было высказано предположение, что этот вид ав-

тономии в значительно меньшей степени отражает общий уровень психической адаптации [17, 18]. Третий вариант концептуализации автономии рассматривает ее как болезненное стремление индивида к самоизоляции вследствие склонности к депрессии. Таким образом, разные авторы вкладывают в понятие автономии разные смыслы. Однако очевидно, что категория автономии в любом из предложенных подходов имеет отношение к возникающим у больных шизофренией проблемам.

Представляется продуктивным рассматривать феномен автономии в психиатрии как отдельный объект исследования при изучении статуса и динамики состояния больных шизофренией. В частности, необходимо учитывать изменение этого аспекта функционирования пациента при оценке эффективности лекарственных средств и реабилитационных программ.

Цель настоящей работы — попытка создания специализированной шкалы оценки для систематического исследования автономии у больных шизофренией.

Материал и методы

Для описания феномена автономии необходимо учитывать способность больного шизофренией быть относительно самостоятельным в следующих сферах жизни: иметь достаточный уровень физических и психических сил (необходимое условие любой деятельности, обеспечивающей автономию); уметь ставить хотя бы ближайшие конкретные и реалистичные цели и организовывать поведение соответствующим образом для их достижения (целенаправленная деятельность, необходимая для поддержания автономии); уметь использовать поддержку социальной среды при недостатке собственных ресурсов (деятельность, направленная на расширение возможностей сохранения автономии в условиях дефицита собственной активности); уметь продуктивным образом и на регулярной основе контактировать с лечащим врачом и использовать другие медицинские ресурсы (способность удерживать конвенциональную установку в противовес аутистической в отношениях, важных для поддержания здоровья факторов, а следовательно поддержания автономии); быть способным справляться с повседневными задачами, начиная с гигиены и заканчивая самообеспечением, включая способность поддерживать комплаентность (поведенческий паттерн, обеспечивающий автономию).

В отличие от известных психометрических шкал, оценивающих степень дисфункции, шкала автономии ориентирована на оценку функции, т.е. способности больного выполнять те или иные задачи для обеспечения независимого существования. Шкала направлена на оценку автономии амбулаторных и госпитальных больных различной степени тяжести, включая самую тяжелую.

Шкала состоит из пяти пунктов, оцениваемых на основании полуструктурированного интервью и других источников информации (история болезни, описания родственников или опекающих лиц, медицинского персонала). Несмотря на большое разнообразие существующих в клинической реальности уровней автономии пациентов, мы остановились на четырех градациях, что позволяет сделать шкалу более приемлемой для повседневной практики, но сохранить достаточный уровень дифференцированности. В измерении каждого составляющего шкалу феномена мы стремились сохранить равные интервалы между уровнями. Каждый пункт оценивается по 4-балльной системе, которая определяет четыре уровня функционирования: 1 — плохо, 2 — удовлетворительно, 3 — хорошо, 4 — отлично. Минимальное суммарное значение по шкале — 5 баллов (госпитальный пациент, который полностью обслуживается персоналом), а максимальное — 20 (госпитальный или амбулаторный пациент, поддерживающий культурально адекватный уровень автономии в актуальных условиях).

Структура шкалы автономии

Пункт 1. Активность

Содержание пункта: оценка основывается на наблюдении персонала или опекающего лица, а также самоотчете больного. Больной предъявляет жалобы на усталость, быструю утомляемость от физической и психической нагрузки (например, трудно одеваться, чистить зубы, смотреть ТВ), трудности начать заниматься какой-либо деятельностью (например, выполнять поручения персонала), проявление признаков астении в поведении, пациент при увеличении времени интервью дает реакции отказа и/или нарастания основной симптоматики. В целом соотносится с различными проявлениями редукции психической активности и продуктивности — РЭП [19]. Максимальная оценка — активность достаточна для выполнения повседневных дел и изредка развлечений вне дома.

Пункт 2. Интенциональное поведение. Степень социальной направленности коммуникации

Содержание пункта: активные жалобы могут не предъявляться, тогда квалификация пункта основывается на наблюдении персонала или опекающего лица. Возможны жалобы на сложности в реализации бытовых желаний, планировании повседневной деятельности (например, трудно сформулировать желание что-либо делать, представить себе последовательность необходимых действий). Максимальная оценка — декларируемые больным желания и цели становятся адекватными ресурсам больного и текущей ситуации.

Пункт 3. Спектр взаимодействий. Круг социальных взаимодействий

Содержание пункта: наличие и количество контактов пациента с другими больными, медперсоналом (только с медперсоналом по инициативе медперсонала — плохо), наличие знакомых, друзей. Максимальная оценка — появление сообщений об общении вне обычного круга (семья, родственники).

Пункт 4. Содержание беседы с врачом (медицинская конвенциональность)

Содержание пункта: информативность и степень ответственности содержания беседы в рамках психиатрического

обследования (пример неадекватности — на вопрос: «Что Вас беспокоит?» дается ответ: «Нет денег совсем»). Максимальная оценка — появление в разговоре материала, касающегося психологических проблем, а также констатация связи болезненных симптомов с психологическим состоянием.

Пункт 5. Автономия

Содержание пункта: способность пациента к стабильному поддержанию уровня функционирования в нескольких областях, достаточного для самостоятельного существования: в сфере лечения (комплаентность), социального функционирования (оплата счетов, использование необходимых объектов — телефона, транспорта), самообслуживание (приготовление, прием пищи, гигиена, посещение магазина, работа по дому, уборка). Максимальная оценка — больной способен существовать автономно, несмотря на болезнь.

Для изучения свойств шкалы была сформирована группа пациентов с диагнозом шизофрении по МКБ-10 (F20 по МКБ-10). Для стоящих перед исследованием целей особенности клинической картины и тип течения заболевания не имели значения и поэтому не учитывались.

В исследование было включено 40 пациентов, 13 мужчин и 27 женщин, средний возраст которых составлял $49,8 \pm 9$ лет, средняя длительность заболевания — $22 \pm 8,6$ года.

Для психометрической оценки клинической картины использовали PANSS, CGI-S, NSA. Для исследования когнитивного функционирования использовали шкалу «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS) [20, 21]. Для исследования социального функционирования в качестве наиболее близких к изучаемому инструментов использовали шкалы GAF и PSP.

Для анализа свойств шкалы использовали следующие статистические методы: описательную статистику — для характеристики отдельных пунктов и общего балла шкалы; исследование внутренней согласованности проводили при помощи критерия Cronbach's alpha; конструктивную валидность (конвергентная валидность) исследовали при помощи ранговых корреляций Спирмена между шкалой автономии и близкими по смыслу измерительными инструментами GAF и PSP; дискриминативную валидность исследовали при помощи ранговых корреляций Спирмена между показателями шкалы автономии, клинических психометрических инструментов (PANSS, CGI-S, NSA) и шкалы для оценки когнитивных функций при шизофрении (BACS).

Результаты

Описательная статистика

На момент исследования средние данные по шкалам были следующими: PANSS общий балл — $92,2 \pm 15,7$, PANSS позитивная подшкала — $16,6 \pm 5,1$, PANSS негативная подшкала — $29,5 \pm 4,6$, PANSS подшкала общей психопатологии — $46,1 \pm 9,4$, NSA суммарный балл — $62,6 \pm 11,9$, CGI-S — $5,2 \pm 1,0$, GAF — $32,3 \pm 13,4$, PSP — $45,3 \pm 13,0$, BACS — $12,1 \pm 15,7$.

Средние баллы по шкале автономии были следующими: активность $2,1 \pm 0,7$, целенаправленность $1,9 \pm 0,7$, социальные контакты $1,8 \pm 0,7$, медицинская конвенцио-

Таблица 1. Корреляционная матрица показателей пунктов шкалы автономии

Пункт шкалы	Активность	Целенаправленность	Социальные контакты	Медицинская конвенциональность	Автономия
Активность	1,0	0,52*	0,52	0,39*	0,49*
Целенаправленность	0,52*	1,00	0,68	0,30	0,64*
Социальные контакты	0,52*	0,68*	1,00	0,43*	0,63*
Медицинская конвенциональность	0,39*	0,30	0,43	1,00	0,37*
Автономия	0,50*	0,64*	0,63	0,37*	1,00
Суммарный балл	0,77*	0,81*	0,84	0,60*	0,83*

Примечание. Здесь и в табл. 2: * — статистическая достоверность $p < 0,05$.

Таблица 2. Корреляции с шкалами PSP и GAF

Пункт шкалы автономии	GAF	PSP
Активность	0,24	0,49*
Целенаправленность	0,30	0,45*
Социальные контакты	0,17	0,38*
Медицинская конвенциональность	0,38*	0,42*
Автономия	0,30	0,36*
Суммарный балл	0,36	0,55*

нальность — $2,3 \pm 0,7$, автономия — $2,3 \pm 0,8$, общий балл — $10,6 \pm 3,1$.

Исследование внутренней согласованности шкалы

Анализ внутренней согласованности шкалы показал высокую и значимую согласованность пунктов (критерий Cronbach's alfa) — 0,83.

При исследовании внутренних связей показателей пунктов шкалы были получены умеренные корреляции всех пунктов между собой за исключением пункта 4 «Медицинская конвенциональность», который не коррелировал с пунктом 2 «Целенаправленность». При этом все пункты, включая пункт «Медицинская конвенциональность», коррелировали с суммарным баллом с высокими коэффициентами корреляции (табл. 1).

Конструктивная валидность

Анализ конструктивной, или конвергентной, валидности показал значимые, но невысокие или умеренные корреляции со шкалами GAF и PSP (табл. 2).

Дискриминативная валидность

Были обнаружены корреляции между пунктами шкалы автономии и показателями только негативной подшкалы PANSS. Коэффициенты корреляции для пунктов были следующие: «Активность» — $r = -0,48$, $p < 0,05$, «Целенаправленность» — $r = -0,33$, $p < 0,05$, «Социальные контакты» — $r = -0,36$, $p < 0,05$, «Медицинская конвенциональность» — $r = 0,39$, $p < 0,05$, «Автономия» — $r = -0,45$, $p < 0,05$, суммарного балла Шкалы автономии — $r = -0,51$, $p < 0,05$. Не обнаружилось корреляций между пунктом «Медицинская конвенциональность» и какими-либо показателями шкалы PANSS. Были обнаружены корреляции между пунктами шкалы автономии и показателями шкалы CGI-S (при $p < 0,05$): «Активность» ($r = -0,45$), «Медицинская конвенциональность» ($r = -0,33$), «Автономия» ($r = -0,50$), «Суммарный балл» ($r = -0,46$).

Были обнаружены корреляции между пунктами шкалы автономии и суммарным баллом шкалы NSA-16 ($p < 0,05$): «Активность» ($r = -0,35$), «Автономия» ($r = -0,45$), «Суммарный балл» ($r = -0,40$).

Были обнаружены корреляции между пунктами шкалы BACS ($p < 0,05$): «Активность» ($r = 0,48$), «Целенаправленность» ($r = 0,41$), «Социальные контакты» ($r = 0,50$), «Автономия» ($r = 0,59$), «Суммарный балл» ($r = -0,57$).

Обсуждение

Таким образом, при исследовании адекватности шкалы автономии основным психодиагностическим требованиям оказалось, что она представляет собой новый, достаточно надежный и чувствительный психометрический инструмент, измеряющий отдельную способность к автономии (самостоятельное поддержание адекватного существования в условиях хронической болезни), не сводимый ни к качеству жизни, ни к персональному или социальному функционированию. Шкала показала значимую внутреннюю согласованность, что говорит о том, что все пункты шкалы направлены на измерение одного и того же объекта (признак) исследования, но каждый со своей стороны. Анализ внутрикорреляционных связей показал, что хотя пункты коррелируют между собой, они не являются тождественными друг другу, т.е. сохраняют необходимость и уместность для измерения общей способности к автономии. Полученные корреляции статистически значимы, но не слишком высоки, чтобы говорить о том, что они измеряют чрезмерно узкий конструкт, при этом наибольшая корреляция у каждого пункта — с общим баллом, что показывает количественную значимость и роль каждого аспекта в общем уровне автономии, а также, что ни один из выделенных пунктов для описания автономии не входит в противоречие с другими. Особое внимание привлекает пункт «Медицинская конвенциональность», который описывает отдельный паттерн поведения, участву-

ющий в способствовании автономии, но напрямую ее не определяющий. Так например, можно легко представить пациента с высокой способностью к самообеспечению и уходу за собой, но низкой или отсутствующей комплаентностью, как и, наоборот, несостоятельного в повседневной жизни пациента, педантично придерживающегося рекомендаций и регулярных визитов к врачам. Не обнаружилось каких-либо корреляций между пунктом «Медицинская конвенциональность» и какими-либо показателями шкалы PANSS даже по пункту «Инсайт» (критичность), что свидетельствует о нетождественности показателя «Медицинская конвенциональность» никаким клиническим признакам, включая признак «критика к своему состоянию».

Анализ конструктивной валидности показал, что из двух релевантных шкал шкала автономии коррелирует только со шкалой PCP ($r=0,55$) и статистически значимо не кор-

релирует с шкалой GAF ($r=0,36$), что подтверждает гипотезу о том, что категория автономии ожидаемо связана с уровнем общего функционирования в разных областях, но не напрямую определяется ими. Интересно, что уровень автономии не связан с выраженностью позитивных симптомов, что подтверждает клинические наблюдения: пациенты могут быть достаточно самостоятельными и при наличии продуктивных расстройств.

В целом можно заключить, что шкала автономии как новый психометрический инструмент соответствует основным психодиагностическим требованиям: внутренней согласованности, конструктивной и дискриминативной валидности. Планируются дальнейшие исследования свойств шкалы: тест-ретестовая надежность, согласованность оценки по шкале между различными рейтерами, а также применение шкалы в динамике и для оценки различных групп пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М: Медпрактика 2007; 492.
2. Kay S.R., Opler L.A., Fiszbein A. et al. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Technical Manual. MHS 2006.
3. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia Bulletin 1987; 13: 2: 261—276.
4. Axelrod B.N., Goldman R.S., Alphas L.D. Validation of 16-item negative symptom assessment. J Psychiatr Res 1993; 27: 3: 253—258.
5. Guy W. Clinical Global Impressions (CGI) Scale (Modified From: Rush J., et al). Psychiatric Measures. Washington DC: APA 2000.
6. Haro J.M., Kamath S.A., Ochoa S., et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand Suppl 2003; 416: 16—23.
7. Hall R.C. Global assessment of functioning. A modified scale. Psychosomatics 1995; 36: 3: 267—275.
8. Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. Acta Psychiatrica Scandinavica 2000; 101: 323—329.
9. Van de Willige, G., Wiersma, D., Nienhuis, F.J., et al. Changes in quality of life in chronic psychiatric patients: a comparison between EuroQol (EQ-5D) and WHOQoL. Quality of Life Research 2005; 14: 441—451.
10. Wilkinson G., Hesdon B., Wild D., et al. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. Br J Psychiatry 2000; 177: 42—46.
11. McHorney, C. A., Ware, J. E., Raczek, A. E. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Medical Care 1993; 31: 247—263.
12. Mahler M., Pine F., Bergman A. The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation. London: Karnac 1975.
13. Mahler M., Pine F., Bergman A. The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation. London: Karnac 1975.
14. Erikson E. S. Identity: youth, and crisis. London: Faber & Faber 1968.
15. Kohlberg L. Essays on moral development: Vol II. The psychology of moral development. San Francisco: Harper & Row 1984.
16. Jackson D. N. Personality research form. Manual. New York: Research 1967.
17. Hmel B. A., Pincus A. L. The meaning of autonomy: On and beyond the interpersonal circumplex. Journal of Personality 2002; 70: 277—308.
18. Marrie H. J. Bekker, Marcel A. L. M. van Assen. A Short Form of the Autonomy Scale: Properties of the Autonomy — Connectedness Scale (ACS—30). Journal of Personality assessment 86: 1: 51—60.
19. Conrad K. Die beginnen de Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart: Thieme 1958.
20. Keefe R.S., Harvey P.D., Goldberg T.E., et al. Norms and standardization of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS). Schizophr Res 2008; 102: 1—3: 108—115.
21. Саркисян Г.Р., Гурович И.Я., Киф П.С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS). Социальная и клиническая психиатрия 2010; 3: 13—19.