

УДК 616.89

*С.Г. Пырков***ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МКБ-10 В ДИАГНОСТИКЕ ШИЗОФРЕНИИ**

Донецкий государственный медицинский университет им.М.Горького, Украина

Ключевые слова: шизофрения, МКБ-10, диагностика

История учения о шизофрении отражает исследования различных сторон этой сложной проблемы.

В 1893г. немецкий психиатр Э.Крепелин использовал термин «*dementia praecox*» для обозначения группы заболеваний, которые начинаются в подростковом возрасте. В 1897 году Э.Крепелин описывал это заболевание как происходящее при ясном сознании и состоящее из «ряда состояний, типичным признаком которых является своеобразное разрушение внутренних связей психики больного. Результаты такого поражения доминируют в эмоциональной и волевой сферах психической жизни» [25]. Первоначально он разделил заболевание на три подтипа (кататонический, гебефренический и параноидный), а позднее добавил четвёртый – простой.

По сравнению с Крепелином, Э.Блейлера меньше занимал прогноз и больше — механизмы формирования симптомов. В 1911 году он ввёл термин «шизофрения» (от греч. *schizo* — «расщепляю» и *phren* — «мысль»), чтобы указать на расщепление психических функций — признак, который он считал центральным при данном заболевании.

Работами Э.Блейлера было показано, что выделенная Э.Крепелиным нозологическая единица не является ни ранним (поскольку может начинаться в зрелые годы), ни слабоумием (поскольку не обязательно завершается деменцией). Э.Блейлер придавал значение проведению различия между основными и второстепенными симптомами. Основные симптомы включали в себя ассоциативные расстройства мышления, аффективное уплощение, аутизм и амбивалентность. Вышеперечисленные критерии шизофрении (так называемые четыре «а») до сих пор используются в психиатрической практике. Однако клинический опыт всё же продемонстрировал недостаточную воспроизводимость и специфичность диагноза на основе исключительно структурной оценки состояния [9]. Осталь-

ные симптомы, например галлюцинации, бред, кататония и др., по мнению Э.Блейлера, являются второстепенными (вторичными).

Большим влиянием пользовались работы К.Шнайдера, который пытался сделать диагноз более надёжным, выделив группу симптомов, характерных для шизофрении и редко встречающихся при других заболеваниях. В отличие от основных симптомов Э.Блейлера, симптомы К.Шнайдера не определялись как играющие центральную роль в психопатологии: «Среди многих аномальных типов переживаний, наблюдаемых при шизофрении, есть несколько, которым мы придаём первостепенное значение не потому, что считаем их главными нарушениями, но потому, что они обладают особой ценностью, помогая нам установить диагноз шизофрении. Когда несомненно присутствует какой-либо из этих типов переживаний, причём невозможно обнаружить никакого лежащего в основе соматического заболевания, мы можем ставить диагноз шизофрении. Симптомы первого ранга не всегда должны присутствовать для постановки диагноза» [31].

В конце 1930-х годов Лангфельдт, используя данные катанестического наблюдения за больными в Осло, предложил проводить разграничение между «истинной шизофренией», имеющей плохой прогноз, и «шизофреноформными состояниями» с хорошим прогнозом [26]. «Истинная шизофрения» по существу походила на раннее слабоумие по Крепелину. «Шизофреноформные состояния», согласно описанию, во многих случаях провоцируются стрессом и часто сопровождаются спутанным сознанием и аффективными симптомами. Таким образом, к 1960-м годам в критериях диагностики шизофрении наблюдались большие расхождения. В Британии и континентальной Европе психиатры широко применяли подход Шнайдера, используя типичные симптомы для идентификации группы случаев, ограниченной довольно узкими рамками, в то же

время в Соединённых Штатах интерес к психодинамическим процессам привёл к диагностике на основании психических механизмов и к включению гораздо более обширной группы случаев [18]. Во Франции диагноз шизофрении устанавливался, главным образом, на основании симптомов, особенно предложенных Блейлером, о которых говорят как о «диссоциации» и «дискордантности» [28, 29].

В СССР понятие «шизофрения» было развито А.В.Снежневским (1972). По мнению M.Gelder et al. (1997), это определение в основном базируется на течении расстройства и в меньшей степени — на его симптомах, трактуется необычайно широко и охватывает состояния, которые где-либо ещё рассматривались как расстройство личности или просто как эксцентричность.

Существующие в настоящее время международные классификации, не претендуя на истину в последней инстанции, по существу являются компромиссом между различными направлениями в стремлении добиться если не правильного распознавания шизофрении, то, по крайней мере, единого консенсуса в однозначной маркировке клинических картин [9].

К наиболее известным операциональным классификациям в настоящее время относятся DSM-IV и ICD-10 (МКБ-10). Главным их компонентом является жестко сформулированный набор признаков, что и позволяет при наличии соответствующей информации приходиться к одинаковым диагностическим заключениям. Такой подход, безусловно, не снимает проблемы распознавания тех или иных проявлений заболевания [7].

При подготовке МКБ-10 было проведено большое количество клинических исследований во многих странах в целях внутрисистемной достоверности параметров, что оценивалось, в частности, с помощью коэффициентов каппа [30]. В работе над черновым вариантом МКБ-10 принимало участие 557 клиницистов из 95 клинических центров 33 стран, ими было проведено 9012 исследований 2385 пациентов разного возраста [33].

Коэффициент каппа для группы шизофрении, шизотипического и бредового расстройств (диагностический модуль F2) был удовлетворительным (0,82). При оценке достоверности показатель менялся в зависимости от диагностической категории: наивысший — для шизофрении (0,81) и более низкий — для других уровней (например, 0,46 для шизотипических состояний).

Следует отметить, что в более ранних исследованиях такого рода коэффициент каппа в среднем не превышал 0,57 [32]. Этот показатель менялся также при оценке шизофренических расстройств -удовлетворительный для параноидной (0,73) и гебефренической шизофрении (0,65), низкий -для недифференцированной (0,44).

При каждой диагностической оценке клиницистам также предписывалось оценивать показатели по следующим шкалам: 1) соответствие диагностической категории данному клиническому случаю; 2) степень уверенности при диагностике; 3) простота либо сложность диагноза; 4) адекватность клинического описания и принципов диагностики [33]. Основные диагностические проблемы были выявлены в группе шизотипических расстройств, острых шизофреноподобных расстройств и других острых психотических нарушений. Специфические же категории шизофрении в МКБ-10 оценивались как удовлетворительные.

Таким образом, достоверность описания клинических признаков некоторых диагностических категорий является главной проблемой МКБ-10.

Несмотря на новизну международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра, следует отметить тот факт, что для диагностики шизофрении в ней используются два классических перечня клинических проявлений этого заболевания: симптомы первого ранга по К.Шнайдеру и осевые симптомы, описанные Э.Блейлером.

N.C.Andreasen (1987) считает, что не существует ни одного патогномичного симптома шизофрении, следовательно было бы вернее определять данное расстройство многокатегорийно, нежели однокатегорийно. К сожалению, в МКБ-10 симптоматологический критерий не определяет такой характерной группы.

Однако диагностика шизофрении все же претерпевает существенные изменения при переходе от МКБ-9 (адаптированной для использования в СССР) к МКБ-10. В МКБ-9 диагноз шизофрении распространялся на обширную группу так называемых шизофренических психозов (шифр 295), куда включались, помимо шизофрении простого (295.0), гебефренического (295.1), кататонического (295.2) и параноидного (295.3) типов, такие расстройства, как острый шизофренический эпизод (295.4) при шубообразной либо периодической шизофрении, латентная (вялотекущая, малопрогрессирующая) шизофрения (295.5), остаточная шизофрения (295.6), шизоаффективный тип (295.7), т.е. циркулярная, перио-

дическая шизофрения или шизоаффективный психоз, другие формы шизофрении (295.8 -острая недифференцированная, атипичная, ипохондрическая) и неуточненные (295.9 — шизофреническая реакция, шизофреноподобный психоз). Таким образом, все перечисленные выше расстройства объединялись общим родовым понятием «шизофрения».

В МКБ-10 терминологические границы шизофрении значительно сужены. Родовым понятием «шизофрения»(F20) объединяются только следующие диагностические категории: шизофрения параноидная (F20.0), гебефренная (F20.1), кататоническая (F20.2), недифференцированная (F20.3), постшизофреническая депрессия (F20.4), резидуальная шизофрения (F20.5), простая шизофрения (F20.6), другие формы шизофрении (F20.8) и шизофрения неуточненная (F20.9). Три группы расстройств оказались за пределами границ шизофрении и выделились в самостоятельные диагностические категории:

1) шизотипическое расстройство (F21);

2) острые и транзиторные психотические расстройства (F23), в частности, острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) и острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2);

3) шизоаффективные расстройства (F25), включающие шизоаффективное расстройство маниакального типа (F25.0), шизоаффективное расстройство депрессивного типа (F25.1), шизоаффективное расстройство смешанного типа (F25.2), другие шизоаффективные расстройства (F25.8) и шизоаффективное расстройство неуточненное (F25.9).

Шизотипическое расстройство — это расстройство, характеризующееся «чужаковатым поведением, аномалиями мышления и эмоций, которые напоминают наблюдаемые при шизофрении, хотя ни на одной стадии развития характерные для шизофрении нарушения не наблюдаются. Расстройство носит хронический характер с колебаниями в интенсивности. Иногда оно выливается в четкую шизофрению. Точное начало трудно определить, а течение носит характер личностных расстройств» (МКБ-10).

Несмотря на выделение данной диагностической категории, она не рекомендуется для общего пользования, так как ее трудно отграничить от расстройств, наблюдаемых при простой шизофрении, а также от шизоидной или параноидной личностной патологии. Следует отметить, что главным предшественником этой относительно новой для международных диагностических

классификаций единицы является концепция «латентной шизофрении» E.Bleuler, который описывал пациентов с мягкими симптомами шизофрении, не обнаруживавших тенденцию к классически ослабоумливающему по Краерelin течению [8]. В последующем «латентная шизофрения» получила различные обозначения — пограничная, вялотекущая, невротоподобная, психопатоподобная.

Важное значение при дифференциации шизофрении и острых и транзиторных психотических расстройств (F23) придается в МКБ-10 такому признаку, как длительность симптоматики. На высокую частоту таких состояний в развивающихся странах и на необходимость их адекватной классификации указывали многие авторы [34]. В соответствии с МКБ-10 диагноз шизофрении требует наличия типичных симптомов в течение по крайней мере одного месяца, что предопределило выделение острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении (F23.1) и острого шизофреноподобного психотического расстройства (F23.2) в отдельную диагностическую категорию. Судя по большинству клинических данных, у большинства пациентов с острыми транзиторными психозами психотические симптомы развиваются в течение нескольких дней (не более двух недель), и, чаще всего, пациенты в течение 2-3 недель поправляются независимо от того, получали ли они лечение [33]. Поэтому необходимо выждать по крайней мере месяц, после чего отчетливые и типичные шизофренические симптомы можно расценивать как шизофрению. Такой подход позволяет восстановить шизофрению в правах психоза и исключить из этой группы случаи, когда на протяжении всей жизни больного характерные психотические расстройства так и не появились [7].

После длительных дебатов было установлено, что шизоаффективные расстройства (F25) в том виде, как они определены в МКБ-10, должны находиться в той же группе, что и шизофрения, но не в группе аффективных расстройств (F30-F39) [33]. Несмотря на то, что ранее действующая международная классификация болезней (МКБ-9) не содержала соответствующей диагностической категории, а в ней лишь упоминалось о «шизоаффективном типе» шизофрении, это понятие в современной психиатрии занимает особое место. Основной причиной повышенного интереса психиатров к понятию «шизоаффективные расстройства» можно отметить то, что психические состояния, включающие

одновременно с аффективными симптомами по крайней мере один типичный шизофренический симптом, часто встречаются в клинической практике [4]. Следует отметить и тот факт, что если в клиниках Э.Крепелина пропорция между числом больных шизофренией и МДП приближалась к 1:1 [5], то у его «последователей», например, в СССР (Московская психиатрическая больница им. П.П.Кащенко, 1959) она была 39:1 [10]. Вышеуказанное свидетельствует о расширении границ шизофрении в результате включения в них больных с разнородными тенденциями течения болезненного процесса и с почти нелIMITированным набором психопатологических состояний.

Американский психиатр J.Kasanin (1933), пытавшийся в целях клинической гомогенизации шизофрении вывести за ее пределы больных, с его точки зрения, иной нозологической принадлежности, предложил использовать термин «острые шизоаффективные психозы», полагая, что речь идет об особой болезни, связанной с наличием личностных и сексуальных конфликтов. Он описал больных с острыми психотическими состояниями крайне динамичными, в структуре которых были явные аффективные нарушения, фантастические, часто мистические и иные «странные» бредовые идеи. В семейном анамнезе отмечались близкие родственники с чертами аффективной неуравновешенности, злоупотреблявшие алкоголем, страдавшие депрессиями, аффективными психозами. Каких-либо признаков изменения личности, снижения уровня социальной адаптации у данных больных Дж. Касанин не обнаруживал. Подобные случаи он и обозначил как «острые шизоаффективные психозы». Идея психогенной обусловленности «острых шизоаффективных психозов» не выдержала проверки временем, но сам термин с тех пор утвердился в клиническом лексиконе. В настоящее время, несмотря на спорность вопроса о нозологической самостоятельности шизоаффективного психоза, большинством исследователей признается его клиническая реальность [2, 3].

Постшизофреническая депрессия, как самостоятельный полиэтиологический синдром, впервые была описана в 1969г К.Heinrich под названием «постремиссионный синдром истощения». А в 1970г. S.V.Guse и E.Robins выделили «вторичные депрессии при шизофрении». P.Kielholz в 1973г. в свете своей концепции континуальной классификации депрессий выделил «эндогенные шизофренические депрессии». И, наконец, в 1975г. S.Fadda описывает «постшизофреничес-

кую депрессию». Несмотря на многолетний интерес к депрессивным состояниям, возникающим после психотического приступа шизофрении, до настоящего времени нет единого мнения по вопросу их клинической сущности. В DSM-IV такие депрессии рассматриваются среди аффективных расстройств как один из вариантов «неспецифического депрессивного расстройства» и называются «постпсихотическими депрессиями». При этом указывается, что речь идет о состояниях, возникающих в форме большого депрессивного эпизода в течении резидуальной шизофрении (DSM-IV). В МКБ-10 такие состояния выделяются в рамках шизофрении (рубрика F20.4) и обозначаются как «постшизофренические депрессии». Что касается посвященных этой теме работ, то в одних исследованиях постшизофренические депрессии рассматриваются как часть шизофренического процесса [6,12], а в других — как самостоятельное заболевание, отдельное от шизофрении [22, 27]. Высказываются также точки зрения, что вышеуказанные депрессии могут быть результатом побочного действия нейролептической терапии [1] или психологической реакцией больного на перенесенный психоз [24]. К.Н.Шумская (1999), обследовав 60 больных шизофренией в возрасте от 16 лет до 51 года, состояние которых соответствовало диагностическим критериям постшизофренической депрессии (F20.4) по МКБ-10, установила, что данное расстройство является частью динамики основного заболевания, а не независимым от него и нозологически самостоятельным психопатологическим образованием. В связи с этим автор считает, что обозначение указанных депрессий как «постшизофренических» недостаточно адекватно: «Термин «постшизофреническая» строго ограничивает время возникновения депрессии заключительной стадией шизофренического процесса, что противоречит установленной возможности ее развития на разных этапах шизофренического заболевания, в том числе и на начальном».

Таким образом, несмотря на спорность вопроса о нозологической самостоятельности постшизофренической депрессии, в настоящее время она получила официальное признание и в МКБ-10 выделена в самостоятельную рубрику F20.4.

Относительно новой в МКБ-10 в диагностическом модуле F20 является рубрика «недифференцированная шизофрения» (F20.3), которая в МКБ-9 относилась к другим формам шизофрении (295.8) и определялась как «варианты бо-

лезни, в которых картина приступа, характеризующаяся острой симптоматикой, не позволяет определить форму (тип) течения». В классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмотра предложены более четкие клинические описания и указания по диагностике вышеуказанной шизофрении: отвечает общим критериям шизофрении, рубрика должна использоваться только для психотических состояний (резидуальная шизофрения или постшизофреническая депрессия не должны включаться) и только после того, как была попытка квалифицировать состояние как параноидную, гебефреническую или кататоническую шизофрению. Данный подход способствует достижению более высокой воспроизводимости в диагностических оценках разными клиницистами.

Об обозначенном выше свидетельствуют и диагностические указания резидуальной шизофрении (F20.5), которые позволяют четко разграничить хроническую стадию в течении шизофрении от ранней, состоящей из эпизодов с психотической симптоматикой В МКБ 10-го пересмотра, по сравнению с девятым, введены новые типы течения шизофренических расстройств. Они могут быть классифицированы, используя пятые знаки, как:

F20. x 0 непрерывный;

F20. x 1 эпизодический с нарастающим дефектом;

F20. x 2 эпизодический со стабильным дефектом;

F20. x 3 эпизодический ремиттирующий;

F20. x 4 неполная ремиссия;

F20. x 5 полная ремиссия;

F20. x 7 другой;

F20. x 9 период наблюдения менее года

Данный подход позволяет, с нашей точки зрения, наиболее четко отразить динамические особенности шизофренических расстройств.

Следует отметить, что переход на новую классификационную систему поставил перед экспертными комиссиями (врачебно-трудовой, медико-социальной, военно-врачебной и судебно-психиатрической) ряд новых вопросов. Приведем только один пример. Согласно «Расписанию болезней и физических дефектов, которые определяют степень годности к воинской службе в вооруженных силах Украины», утвержденному приказом Министерства обороны Украины N207 от 1999 г., статья 15 называется «Эндогенные психозы», а в пункт «а» этой статьи включена «шизофрения» (по версии МКБ-9). Вопрос, будет ли соответствовать названной статье диагноз «шизотипического расстройства» по МКБ-10, остается открытым. Кроме того, формулировка «эндогенные психозы» в МКБ-10 отсутствует.

Следует также отметить тот факт, что в результате сужения диагностических границ шизофрении в настоящее время больные вялотекущей, периодической и в определенной мере шубообразной шизофренией по версии МКБ-9 приобретают формально иные диагнозы (согласно МКБ-10), а потому одновременно теряют право на льготное обеспечение лекарствами (Постанова Кабінету Міністрів України від 17 серпня 1998 р. N1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань»).

Таким образом, для предотвращения нежелательных социально-правовых последствий, обусловленных введением с января 1999 года на Украине МКБ-10, необходимо своевременно внести изменения в соответствующие нормативные акты и дать официальные разъяснения относительно используемых в них диагностических понятий.

ПРО ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МКХ-10 ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ШІЗОФРЕНІ

Донецький державний медичний університет, Україна

У статті розглядаються нові діагностичні підходи у визначенні при використанні МКХ-10. Викладені деякі критичні погляди на суперечність окремих діагностичних категорій. Висвітлювані переваги нової класифікації у порівнянні з МКХ-10. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2001. - № 1 (8). - С. 25-30)

S.G. Pyrkov

ON THE SPECIFIC FEATURES OF USING OF ICD-10 DIAGNOSTIC CLASSIFICATION OF SCHIZOPHRENIA

Donetsk State Medical University, Ukraine

The article deals with some new diagnostic approaches for defining of schizophrenia using ICD-10. Some critical viewpoints to the ambiguity of some diagnostics categories are expressed. The advantages of the new classification in comparison to ICD-9 are presented. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2001. - № 1 (8). - P. 25-30)

Литература

1. Авруцкий А.Б., Недува А.А. Лечение психически больных -М., 1988. -528с.
2. Гутин В.С. Клинико-катамнестические особенности шизоаффективных психозов у подростков мужского пола // Автореф. На соиск. ... канд. мед. наук. -Санкт-Петербург, 1992. — 23с.
3. Каледа В.Г. Шизоаффективный психоз, манифестирующий в юношеском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии им С.С.Корсакова. -Москва: Медиа Сфера, 1998. -N9. -С.12-16.
4. Кашкаров В.И. Проблема шизоаффективных психозов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. -Санкт-Петербург, 1991. — N3. -С.12-24.
5. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов, Пер. с нем. -М.: Изд. А.А.Карцева, 1910.
6. Кузьмичева О.Н. Эндогенные депрессии. -Иркутск, 1992. — С.1-2.
7. Полтавец В. Может ли украинская психиатрия принять новую международную классификацию? // Вісник асоціації психіатрів України. -Київ, 1994. — N1. -С.15-24.
8. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — М.: Экспертное бюро, 1997. -С.83-126.
9. Попов Ю.В. Современное представление о шизофрении (МКБ-10) // Вісник психічного здоров'я. — Одесса, 1999. -N1. — С.40-42.
10. Рапопорт А. Психические болезни. -БМЭ, 2-е изд., 1962 -Том 27. -С.246-291.
11. Снежневский А.В. Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. -Москва: Медицина, 1972. -399с.
12. Цукарзи Э.Э., Мосонов С.Н. Аффективные и шизоаффективные психозы. Современное состояние проблемы. — М., 1998 -С.395-403.
13. Шумская К.Н. Клинические особенности и место постшизофренических депрессий на разных этапах развития заболевания//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. — Москва: Медиа Сфера, 1999. -N12. -С.30-34.
14. Andreasen N.C. The diagnosis of schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. — 1987. — N13. — P.9-22.
15. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias // International University Press. — New York, 1911. — P.1.
16. DSM-IV: Diagnostical and Statistical of Mental Disorders. D.C., American Psychiatric Association. —th ed Washington, 1994.
17. Fadda S., Muller C. La depression postschizophrenique// Ann. Med. Psychol. -1975. -N1. — P.65-71.
18. Gelder M., Gath D., Mayou R. Oxford Textbook of Psychiatry. — Oxford , New York, Melbourne, 1997. — P.198-236.
19. Guse S.B., Robins E. Suicide and primary affective disorders // British journal of Psychiatry. — 1970. — Vol.117.- P.437-448.
20. Heinrich K. Atiopogische Gesichtspunkte in der Schizophrenie forschung // Hippokrates. -1969. — P.67-68.
21. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses// American Journal of Psychiatry. — 1933. — Vol.13. — N1. — P.97-126.
22. Kendell R.E. Companion to Psychiatric States. Eds. R.E Kendell, A.K.Zealley. — Edinburgh, 1983.
23. Kielholz P. Chronische endogene Depressionen Chronische endogene Psychosen. Hrsrg. Von Kranz H., Heinrich K., — 1973. — S.5-7
24. Klein D.F.Borderline Personality Disorders. Ed. P Hartocollis. — New York: International University Press, 1977.
25. Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. — Edinburgh, 1919. — P.3.
26. Langfeldt G. Diagnsis and prognosis of schizophrenia // Proceedings of the Royal Society of Medicine. — 1960. — N53 — P.1047-1051.
27. Mc Juffin et al. Depression in Schizophrenia. Eds R.Williams, J.T.Dalby. — New York, 1989.
28. Pichot P. The diagnosis and classification of mental disorders in French speaking countries: background, current view and comparison with other nomenclature // Psychological Medicine. — 1982. — N12. — P.475-492.
29. Pichot P. The French approach to classification // British Journal of Psychiatry. — 1984. — N144. — P.113-118.
30. Sartorius N. et al. Progress towards achieving a common language in psychiatry: results from the ICD-10 clinical field, trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioural disorders in the ICD-10 // Archives of general psychiatry, -1993. — N.50. — P.115-124.
31. Schneider K. Clinical psychopathology. Grune and Stratton. — New York, 1959. — P.23-25.
32. Spitzer R.L., Fleiss J.L. A reanalysis of the reliability of psychiatric diagnosis // British journal of psychology. — 1974. — N125. — P.341-347.
33. Warner R., Giovanni de Gerolamo Schizophrenia. Health Organization. — Geneva, 1995. — P.10-15.
34. Wig N.N., Parhee R. Acute and transient psychoses: a view from the developing countries// International classification in psychiatry: unity and diversity. — Cambridge, 1989. — P.115-121

Поступила в редакцию 28.09.2001г.