

УДК: 616.892(012)

*А.К.Бурцев***НЕВРОТИЧЕСКИЕ, СВЯЗАННЫЕ СО СТРЕССОМ И СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА В МКБ-10 И ПРОБЛЕМЫ ЕЁ ВНЕДРЕНИЯ В УКРАИНЕ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: международная классификация болезней, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

Переход на новую международную классификацию психических расстройств стал с января 1999 г. формально свершившимся фактом для украинской психиатрии. Однако такой формальный переход оставляет огромное количество нерешенных и достаточно напряженных и существенных проблем для отечественных специалистов. Часть этих проблем связана с самой по себе новизной МКБ-10 в целом, часть — имеют более локальный характер и касаются отдельных разделов классификации, но в любом случае все они имеют как объективный, так и субъективный характер. Без преодоления или, по крайней мере, уяснения этих проблем настоящее внедрение МКБ-10 окажется невозможным или, точнее, неэффективным.

Рубрика F4 - невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства - является одной из наиболее «инновационных» в МКБ-10 по сравнению с предыдущими классификациями. Таким образом, и проблем с утверждением этой рубрики в клиническом сознании психиатров оказывается едва ли не столько же, сколько с остальными вместе взятыми. Кроме этого, указанные расстройства не только весьма распространены (при этом цифры распространённости существенно разнятся у разных авторов), но и имеют тенденцию к затяжному течению, терапевтической резистентности, являющуюся характерной чертой и патоморфоза (В.Я. Гиндикин, 1997) [1]. R. Jenkins (1994) [14] отмечает, что в терминах общественного здоровья одной из наиболее важных (второй после хронических психозов) является область хронических непсихотических заболеваний (в основном депрессия и тревога) с их отрицательными последствиями для физического здоровья, проблем услуг здравоохранения и последствиями для семейных взаимоотношений, умственного и эмоционального развития детей, трудоспособности, несчастных случаев и т.п.

Общей основной характеристикой таких классификаций нового типа как DSM и МКБ-10 является, по словам бывшего медицинского директора Американской психиатрической Ассоциации (АПА) M. Sabshin [24], развитие диагностической системы для того, чтобы «разграничить, где болезнь заканчивается, а где начинается». Таким образом DSM и близкая к ней МКБ-10 главным образом были призваны положить конец психиатрической экспансии, в том числе и, в массивном объеме случаев пограничной патологии. Это достигается, на первый взгляд, парадоксальным образом - за счет увеличения числа таксономических делений. Однако такое увеличение, за счет четкой оговоренности характера и числа диагностически важных признаков, на деле не привело к инфляции психопатологии, гипердиагностике нервно-психической патологии, но, наоборот, сделала в ряде случаев более точной.

Операционализация диагностического подхода оптимальным образом призвана осуществлять такие из функций [4] каждой новой классификации: быть общим языком для психиатров и формализовать клинические данные для сопоставления и статистической обработки.

Каждый более-менее опытный психиатр, заставший времена экспансии «шизофренологии» в духе А.В. Снежневского, помнит порой почти кликушеские прозрения «шизофренистов» «без какой-либо логической мотивировки, доведение до абсурда понятия «graesox-feeling», когда диагноз шизофрении ставился чуть ли не «по глазам» или «на нюх». Памятуя такое прошлое, любой добросовестный отечественный специалист готов радостно встретить идею такого операционального подхода.

Нельзя не отметить при этом и подспудно возникающее чувство определенного протеста против такой диагностической технологии, возникающего у отечественного пользователя но-

вой классификации в связи с тем, возможно, что базируется она, на духе «Закона», пронизывающего протестантскую мораль и мировоззрение; православный менталитет скорее ожидает явление правды через Благодать. Впрочем, обсуждение международной классификации не должно сводиться к теологическому спору, хотя игнорировать культуральную среду, в которой предполагается развернуть деятельность психиатрической диагностической процедуры, было бы вряд ли методологически достаточно оправдано, т.к. при этом закладываются основы для редукции понимания многоплановости клинической ситуации вследствие элиминации социо-культурального фактора. Так или иначе, первые опыты проведения клинических разборов больных (в том числе к расстройствам невротического уровня) на основе МКБ-10 вызывали у автора и некоторых его коллег не лишнее комизма ощущение участия в некоем ремейке какого-то американского фильма на излюбленную, опять-таки американскую, тему о состязании в суде юристов с бесконечным цитированием законов того или иного штата. Конечно, такой «суд» куда упорядоченней фантазмагорического суда Королевы из Зазеркалья, но и он порождает весьма своеобразные контрпереносные чувства.

Ощущение, мягко говоря, неловкости у автора, конечно же, в первую очередь могут быть объяснены еще недостаточным навыком использования новой классификации, но во многом сходные мысли и ощущения можно найти и у американских авторов. Например, J. Birley [7] недвусмысленно предостерегает психиатров от фетишизации новых общепринятых классификаций, т.к. ни один из их диагнозов не может быть полностью аутентичен, а отдельные таксоны остаются лишь концептуальными моделями и теориями; при этом сохраняется ситуация, когда пациент страдает от болезни, а доктор от концепции. В своем интервью 1997 г. Журналу *Psychiatric services*, уже упоминавшийся Мэлвин Сабшин, как медицинский директор АРА имевший непосредственное отношение к созданию и внедрению новой классификации эмоционально сказал: «Меня раздражают собеседования с кандидатами в правление, которые на память цитируют DSM». Осознавая опасность превратить DSM в механический подход, при котором утрачивается способность улавливать клиническое и человеческое своеобразие пациентов, М. Сабшин в то же время подчеркивал, что без новой классификации «гуманизм и клиника недостаточно полны». Жесткая унификация мышления пси-

хиатров под влиянием применения методов операционализации, субъективных данных, рейтинговых шкал, опросников вызывает беспокойство у A.Z. Mishara, M.A. Schwartz [19], которые вместе с тем, отмечают их импонирующую ясность и быстроту квантификации с их помощью полученной информации. Но при этом, по мнению авторов, теряется специфика конкретных переживаний пациента. О риске «сверхупрощения» представления о пациенте вследствие чрезмерной алгоритмизации исследования пишут также D.J. Stein and C.O. Jobson [25]. Fabrega H [11] отмечает, что хотя DSM-IV по сравнению с более ранними редакциями, в большей степени учитывает информацию культурологического плана, она таит в себе явную опасность нейробиологического редукционизма и, в конечном итоге, абсорбции психиатрии общемедицинской практикой. Добавим, что МКБ-10 (по крайней мере будучи введенной только в виде краткого руководства) в странах СНГ, представляет еще большую редукционистскую опасность. Parnas J, Bovet P [21] указывают также, что тенденции упрощать психопатологию ради большей надежности диагноза фактически, в конце концов, могут тормозить биологические и другие, имеющие этиологическую направленность исследования. Схожее замечание еще в конце 1993 г. сделал Ю.Л. Нуллер, [5], указавший, что выявлению механизмов заболевания препятствует отсутствие адекватных диагностических критериев, которые в свою очередь должны основываться на знании патогенетических механизмов; формируется «заколдованный круг». Ю.Л. Нуллер пишет, что «чисто феноменологические критерии не могут дать адекватную группировку заболевания» (в данном случае понятие «феноменологический» не имеет никакого отношения к феноменологии Гуссерля и Ясперса, а сходно с понятием «симптоматического».

При желании можно привести еще не малое количество публикаций, которые с одной стороны отмечают явный положительный вклад новых классификаций (DSM-III, III-R, IV и МКБ-10) в современную научную и практическую психиатрию, а с другой - столь же явные издержки и опасности смены технологии диагностики. Таким образом, следует отказаться от восторженного мифа о том, что введение новых классификаций является только лишь однозначным благом: трезвое восприятие реальной ситуации может только способствовать реальному переходу на МКБ-10.

В практике автора наиболее существенные

трудности в диагностике невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств были связаны не соотношением того или иного «набора» диагностических признаков, выявленных каждым врачом в меру своей профессиональной подготовленности у пациентов с перечнем этих признаков в указаниях по диагностике, а с самой способностью однозначно идентифицировать те или иные значимые признаки. Таким образом, прежде всего нуждается в стандартизации сама процедура симптоматической (первичной) диагностики. Без стандартизации такой первичной идентификации операциональная диагностика на уровне диагностических разделов остается произвольной и зависимой от установок и степени имеющейся подготовленности диагноста.

Для устранения подобных трудностей, по нашему мнению, необходимо стандартизированное обучение первичной диагностике с обязательным применением повсеместно используемых рейтинговых шкал, опросников, которые хотя сами по себе, как уже указывалось, не гарантируют адекватную диагностику, но профилируют произвольность распознавания симптомов на начальном этапе. G. Andrews, Peters L. [6] указывают на высокую эффективность, например, такого инструмента как CIDI (Composite International Diagnostic Interview) для комплексного сравнительного изучения диагностики с помощью DSM-IV и МКБ-10. Показаны эффективность изучения тревожности и депрессии с помощью методик PSE [8], выявления малых расстройств психического здоровья и пограничных состояний связанных с ним проявлений психологического дистресса с помощью JHQ (Jeneral Health Questionarie) [8]), а также многочисленные случаи использования шкал различных аффективных расстройств. Внедрение МКБ-10 в практику здравоохранения Украины должно базироваться не на доморощенных кустарных догадках, а на использовании всего общепринятого в мире объема диагностических материалов.

К числу субъективных причин, осложняющих и затрудняющих введение МКБ-10 в практику пограничной психиатрии Украины, можно отнести довольно широко распространенное среди врачей убеждение, что МКБ-10 использует исключительно синдромальный подход к диагностике, а это знаменует отказ от отечественных традиций и низводит дело распознавания психических расстройств на уровень примитивного фельдшерства.

Даже поверхностное знакомство с руководствами, базирующимися на DSM и МКБ-10 позволяет убедиться, по крайней мере, в декларировании приверженности нозологическому подходу. M.Sabshin [24] связывает само появление DSM с повышением интереса к нозологии. Современные теоретические исследования идеологии DSM и МКБ-10 усматривают их прямую генетическую связь с нозологической концепцией Э.Крепелина [19]. Скорее можно говорить об определенном ригоризме нозологического подхода этих классификаций в ущерб необходимости смены диагностической парадигмы в духе позднего Крепелина.. Концепция регистров нарушений психики представляется имеющей гораздо меньшее сродство к современной психиатрии в духе DSM и МКБ-10, чем к традициям даже советской психиатрии.

Вместе с тем, «изгнание» из МКБ-10 как недостаточно определенных для того, чтобы быть научными, терминов «эндогенный», «невроз», «психоз», производит впечатление радикальных перемен. Отказ от терминов – отказом, декларация полной атеоретичности (особенно в Оксфордском руководстве, по мнению A.Munro [20]) – декларацией, однако оставлено в обиходе и прилагательное «невротический», и смысл в это определение вкладывается общепринятый. Что же касается отказа от представления об эндогенности, как маркера определенного прогноза развития симптоматики, то это является большой потерей, прежде всего для возможности выбора оптимального лечения С.Н. Мосолов [3]. Можно только согласиться с Ю.Л.Нуллером [5], что «замешанный на скепсисе прагматизм, выдаваемый за чисто научный объективный подход, едва ли может привести к разрешению проблем, стоящих перед психиатрией». Таким образом, определенная смена словаря психиатра с переходом на МКБ-10 не несет в себе радикальной угрозы для уровня его клинического мышления при условии сохранения профессиональной добросовестности и стремления к самосовершенствованию.

Нозологическая парадигма диагностики в духе Пастера предполагает обязательное выявление этиологического фактора. Ведущая роль психогений (стрессовых воздействий) в совокупности с генетическими (биологическими) и психосоциальными факторами для расстройств рубрики F4 признается и классическими руководствами, ориентированными на МКБ-9 (например, руководство Б.Д. Карвасарского) и тем же Оксфордским руководством. Отмечается даже

поразительное совпадение в их критическом отношении к психоанализу и другим объясняющим психотерапевтическим системам. Канадский рецензент Оксфордского руководства А.Мунго [20] выражает, при общем крайне доброжелательном к книге отношении, неудовлетворенность тем, что «различные виды психотерапии описаны хладнокровно и без заметного энтузиазма». Критицизм руководства, написанного в советское время, по отношению к психоанализу и другим западным психологическим и психотерапевтическим направлениям вполне понятен, но как правильно оценить повышенный критицизм современного западного руководства?

Здесь необходимо остановиться на исторической оценке и нынешнего момента в развитии психиатрии в некоторых странах, и его предшествующих этапов.

Американизация европейской жизни в послевоенные годы стала общеизвестным фактом; любой обыватель ощущает ее не только в смене своего пищевого и зрелищного рациона, но и в изменении языковой среды. Духовное пространство заполняется идеологией протестантских сект, имеющих штаб-квартиры в США... Совсем недавно (13.07.99) С.Ф.Глузман на заключительной дискуссии Нучно-практического семинара по актуальным вопросам психосоматической медицины в Киеве отметил, что отечественная психиатрия, традиционно бывшая немецкоговорящей, стала англоговорящей.

Переход на МКБ-10 стал ответом ВОЗ на «вызов» DSM. Ответ этот во многом представляется почетной капитуляцией; разработанная, вроде бы, с участием многих стран МКБ-10 отличается от DSM всего лишь некоторыми нюансами, «вольностями», вроде «неврастении» или «смешанного тревожно-депрессивного расстройства». Описывая происхождение МКБ-10 А.Мунго [20] отмечает, что «издания DSM оказали чрезвычайно большое влияние на психиатрическую общественность во многих частях планеты, которая стала быстро стандартизировать терминологию, определения и диагностические категории». Автор настоящей публикации далек от реваншизма, замешанного на ксенофобии. Приведенные выше соображения приводятся лишь к тому, чтобы, восприняв введение МКБ-10 как общемировую реалию, мы, поняв генезис этой классификации, могли бы более точно представить механизмы ее формирования и, зная эти механизмы, могли бы прогнозировать реальный характер перехода на эту классификацию и последствия такого перехода.

Итак, исходя из того, что МКБ-10 является классификацией весьма близкой к DSM, вспомним некоторые этапы развития американской психиатрии в последнем столетии, предшествующие появлению DSM.

А.Брилл [7] в «Лекциях по психоаналитической психиатрии» описывает атмосферу в психиатрии штата Нью-Йорк в начале девятисотых, как очень напоминающую ту, в которой оказался герой «Палаты № 6», угодив в соответствующую палату маленькой русскрй земской больницы. Брилл сообщает, что первое знакомство американской психиатрии с идеями Крепелина относится к 1903 году. Ю.Л.Нуллер [5] относит внедрение классификации Крепелина в США к послевоенным годам (имеется в виду 2-я мировая война). Важнейшие дальнейшие достижения европейской психиатрии также не стали широким достоянием американских специалистов: «феноменология (как философская традиция, начатая Гуссерлем, и традиция в психиатрии, инициированная Ясперсом) никогда не имела устойчивого положения в англо-американской психиатрической и психоаналитической литературе». [22]. С конца 30-х годов и окончательно к 50-м, американская психиатрия стала, по словам L.Eisenberg, доктора медицины, профессора психиатрии Гарвардской медицинской школы в Бостоне [10] «рабыней психоанализа», что было практически неизбежно в ситуации отсутствия серьезных научных исследований и одних только ссылок на клинический опыт. Психоанализ, как указывает L.Eisenberg, смог занять доминирующее место благодаря тому, что тогда не существовало других столь эффективных теорий и способов лечения, а также потому, что психоанализ был необыкновенно «требователен» к врачам, понуждая их глубоко вникать в проблематику больных. Для самих психиатров психоаналитически-ориентированная практика была гораздо более экономически выгодна, чем работа в традиционной медицине.

Еще в начале шестидесятых психоанализ в США критиковать было опасно, хотя уже тогда он становился на пути развития биологически – ориентированной психиатрии и клинической феноменологии. Однако окончательный приговор психоанализу подписали не первые успехи психофармакотерапии и не открытие других психологических и психотерапевтических направлений, а также не достижения нейропсихиатрии; «разжалование» психоанализа было предопределено тем, что «острая финансовая необходимость делает роскошью выслушивание хрони-

чески больного человека» [10].

Экономическая необходимость, финансовая выгода психотерапии, ее эффективность стимулировали «отход от идеологии к эмпиризму», к «ремедиализации психиатрии» с 1970, «интересу к нозологии, лечению, эпидемиологии и превентивным стратегиям» [24]. Деидеологизация и определенная дегуманизация психиатрии в США за последние четверть века привели, по едкому выражению L.Eisenberg [10], к тому, что «психиатрия стала превращаться из односторонней «безмозглой» психиатрии прошлого в «безумную» психиатрию настоящего». На смену психологизированной, не интересовавшейся мозговой организацией психических функций, пришла рассудочная и холодная (но «безумная», так как она не находила глобальных моделей) психиатрия эпохи DSM.

Несмотря на то, что в США был наработан огромный опыт клинической психологии и клинической психотерапии, к настоящему времени там возникло ощущение «атрофии психологического мышления и психотерапевтических навыков» [9]. По словам M.Sabshin [24] в 1997 в одной итальянской публикации появилось мнение о том, что «психотерапия в США мертва», что там полностью преобладает биологическое лечение.

Нейропсихиатрия и другие биологически ориентированные направления, несмотря на очевидные успехи, по мнению ряда исследователей [15,19], находятся при этом в весьма неопределенном состоянии, обусловленном трудностью интерпретации новых нейробиологических данных ввиду отсутствия единой концептуальной схемы соотношения уровней организации психики, выходящей за пределы биологического подхода. Недостаток методологической разработанности подменяется декларациями типа «нейронаука сделала очевидным тот факт, что «душа» имеет свои корни в мозге», или «дихотомия мозг/психика более не актуальна» [17,18]. Современная нейропсихиатрия выступает одной из форм новой «френологии» - интуитивного знания о локализации когнитивных функций в различных участках мозга, подпитываемого результатами позитронно-эмиссионной и магнитно-резонансной томографии [16]. Клинически биологическая психиатрия является жестокой версией редукционизма, что ограничивает ее применение [15].

Определенные достижения нейропсихиатрии касаются проблемы невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств: по данным L.Eisenberg [10] у пациентов с обес-

сивно-компульсивными расстройствами в процессе поведенческой терапии были обнаружены те же положительные изменения в базальных ганглиях и лимбической системе, что и при применении ингибиторов обратного захвата серотонина; Показано также, что психологические раздражители способны вызывать обсессии, приводящие к усилению регионарного кровотока в определенных участках мозга. Однако наиболее оптимистические результаты касаются случаев синтеза биологически-ориентированных и психотерапевтических методов лечения; предполагается, что ответы на основные неразрешенные вопросы, касающиеся ранней диагностики следует искать в междисциплинарном взаимодействии клинической психиатрии, психологии и эпидемиологии [13,26]. Перспективу успешного будущего американской психиатрии L.Eisenberg [10] видит в первостепенном развитии пациент-центрированной, психологически чувствительной интегративной медицины.

Таким образом, путь развития американской психиатрии пролегает на протяжении последнего века от провинциальной заброшенности и некомпетентности в передовых достижениях мировой психиатрии в начале девятисотых через длительный период доминирования психоаналитической ориентации к современному этапу преобладания психобиологической ориентации, отражением которой является и новая система классификации. Текущий момент в глазах самих американских психиатров представляет угрозу для их психологического мышления и психотерапевтических возможностей.

Наша отечественная история на начальном этапе может быть складывалась чуть более успешно, но, в дальнейшем, монокультура советской психиатрии развивалась без скольких-нибудь значимых прививок и феноменологического, и психоаналитического, и экзистенциального подходов. Реального психоаналитического движения в СССР после тридцатых годов не существовало. Советская психология с ее грандиозными методологическими конструкциями, вроде «деятельностного подхода» очень мало могла дать практической, клинической психологии (позитивный вклад школы Бехтеревского института в значительной степени терялся на просторах огромной страны). Весь ход развития психиатрии и психологии в СССР, вплоть до самого его распада, привел к тому, что у большинства врачей-психиатров психологическое мышление оказалось на самом низком уровне развития, а медицинским психоло-

гам с университетским образованием практически не находилось места в медицине. В независимой Украине положение дел, мягко говоря, нисколько не улучшилось. Чего же можно ожидать в будущем, после окончательного утверждения в нашей стране классификации такого типа, который явно не способствует психологизации клинического мышления? Если даже в США с мощнейшей субкультурой психологической и социальной помощи возникает значительная обеспокоенность депсихологизацией психиатрии, то на почве Украины, практически лишенной культурного слоя психологической традиции, возможно появление чего-то гораздо более страшного, чем «безумная» психиатрия. Особенно тяжкими последствия могут быть в пограничной психиатрии.

Принятие МКБ-10 является событием свершившимся и, в конечном итоге, необходимым для нашей страны, как прием очень сильного лекарства; чтобы лекарство это не превратилось в яд с тератогенным эффектом, по мнению автора, необходим ряд дополнительных мер.

Прежде всего, введение МКБ-10 не должно ограничиваться созданием самодельных транслейтеров с МКБ-9 и обратно и даже не распространением краткого руководства и английского учебника для начинающих. Необходимо целенаправленное переобучение новой классификации в рамках реализации отдельной национальной программы.

Для того, чтобы не скомпрометировать новую классификацию и стоящую за ней диагностическую технологию, для того, чтобы научная

продукция отечественных психиатров имела не кустарный характер, соответствовала мировым стандартам, необходимо, чтобы специалисты страны располагали всем набором документов семейства МКБ-10, рейтинговых шкал, стандартизированных опросников по всем осям классификации. Сведение всей психиатрической премудрости к одной тоненькой зеленой книжечке – верный способ создать еще одно повторение «великой культурной революции».

Еще одним, обязательным, по мнению автора, направлением комплексного внедрения МКБ-10 является развертывание преподавания, ознакомление, хотя бы, с недавно ставшими нам доступными работами Ясперса, Шнайдера, Бинсвангера и др. классиков психиатрии 20 века, преподавание на курсах повышения квалификации по психиатрии и психотерапии прикладных философских вопросов.

К числу самых неотложных мероприятий следует отнести и расширение преподавания психотерапии и психологии как в системе вузовского, так и послевузовского образования; причем, существующие нормативы и программы однозначно необходимо признать неудовлетворительными. Необходимо создать приемлемое требованием текущего момента законодательство о возможности профессиональной деятельности в медицине психолога с университетским образованием. Если психологизация сознания специалистов, работающих в области, по крайней мере, пограничной психиатрии не произойдет, введение МКБ-10 останется всего лишь формальным, в лучшем случае, мероприятием.

О.К.Бурцев

НЕВРОТИЧНІ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ В МКБ-10 ТА ПРОБЛЕМА ЇЇ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ

Донецький Державний Медичний Університет, Україна

Розглядаються концептуальні та організаційні питання впровадження рубрики F4 МКБ-10 у практичну діяльність українських психіатрів. Обговорюються об'єктивні та суб'єктивні труднощі переходу на нову класифікацію. Наводяться заходи, які б сприяли адекватному впровадженню МКБ-10 у вітчизняній психіатрії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 2 (6). — С. 16-22).

A.C.Burtsev

NEUROTIC, CONNECTED WITH STRESS AND SOMATOFORM DISORDERS IN ICD-10 AND THE PROBLEM OF ITS INTRODUCING IN UKRAINE

Donetsk State Medical University, Ukraine

Conceptual and organizing questions of ISD-10's rubric F4 introducing into the practice of Ukrainian psychiatrists are considered. Objective and subjective difficulties of the transference on the new classification are discussed. The measures that may be useful for adequate introducing of ISD-10 into Ukrainian psychiatry are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 16-22).

Литература

1. Брилл А. Лекции по психоаналитической психиатрии.- Екатеринбург: «Деловая книга», 1998.-335с.
2. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии.- М.: Крон-Пресс, 1997.-576с.
3. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов.- СПб: Медицинское информационное агентство, 1995.-568с.
4. Нуллер Ю.Л. Аффективные расстройства в проекте 10-го пересмотра МКБ: Преимущества и недостатки // Бехтеревское Обозрение Психиатрии и Медицинской Психологии, 1991, № 3, с.5-11.
5. Нуллер Ю.Л. Смена парадигмы в психиатрии // Парадигмы в психиатрии.- Видання АПУ.- Київ, 1993,-с.14-20.
6. Andrews G., Peters L. The psychometric properties of the composite international diagnostic interview // Social Psych.. Epidemiology,-1998,- №33, p.80-88.
7. Birly J.L.T DSM-III: From Left-to Right or from Right to Left // British Journal of Psychiatry,-1990,-Vol.157,-p.116-118.
8. Brown G.W., Harris T.O. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. I. Early adversity // Psychological Medicine.-1993.-Vol.23.- p.143-154.
9. Detre T., Mc.Donald M.C. Managed care and the future of psychiatry // Archives of General Psychiatry, - 1997,- № 54,- p.201-204.
10. Eisenberg L. Past, present and future of psychiatry: personal reflections // The Canadian Journal of Psychiatre.-1997,- Vol.42, Sept.,-p.703-705.
11. Fabrega H.. Cultural challenges of the psychiatric enterprise // Compr. Psychiatry, 1995,-p.377-383.
12. Goldberg D., Huxley P. Mental Illness in the Community. The Pathway of Psychiatric Care.-London and New-York: Tavistock Publ., 1980.-p.85.
13. Hohagen F., Berger M. New perspectives in research and treatment of obsessive-compulsive disorders // British Journal of Psychiatry,-1998,- № 74, p.1-2.
14. Jenkins R. Health targets. // Measuring mental health needs.-Ed. by Graham Thornicroft, C.R.Brewin, J.Wing.-London: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists,-1994,-p.184.
15. Karlson H., Campinen M.. Biological psychiatry and reductionism: Empirical findings and philosophy. // British Journal of Psychiatry,-1995,-Vol.167,-p.434-438.
16. Kosslyn S.M. Neural system and psychiatric disorders [editorial] // Cogn.Neuropsychiatry, 1996,- № 1., p.89-93.
17. Lieberman J.A., Rush A.J. Redefining the role of psychiatry in medicine // American Journal of Psychiatry,- 1996,- № 153,- p.1388-1397.
18. Marazatti D. Cassano G.B. Neuroscience: where is it heading? Some reflections on the future of brain research at the end of the second millenium [editorial] // Biol. Psychiatry,- № 41,- p.127-129.
19. Mishara A.L., Schwartz M.A. Psychopathology in the light of emergent trends in philosophy of consciousness, neuropsychiatry and phenomenology.// Current opinion in Psychiatry, 1997,- № 10,- p.183-189.
20. Munro A. Oxford Textbook of psychiatry. 3-rd edition. M..Gelder, D.Gath, R.Mayou. Oxford University Press, 1996.- 944 p.//The Canadian Journal of Psychiatry,- Vol.42,- № 4, May, 1997.
21. Parnas J., Bovet P. Research in psychopathology: epistemological issues. // Compr. Psychiatry, 1995,- № 36,- p.377-383.
22. Philips J. Psychotherapy and Philosophy // Current Opinion in psyciatry,- 1997,- № 10., p.406-411..
23. Radden J., Lumps and Bumps: Kantian faculty psychology phrenologi, and twentieth century classification // Phylas. Psychiatr. Psychol.-1996,- № 3,- p.1-14.
24. Sabshin M..Reflects on two decades at the helm of APA / // Psychiatric Servises, 48: 1164-1167, 1997.
25. Stein D.J., Jobson C.O. Psychopharmacology algorithms: pros and cons. // Psychiatric Annals,- 1996,- № 26, p.190,191.
26. Witthen H.- U. Recognition and management of anxiety syndroms // Britich Journal of Psychiatry,- 1998,- № 173 (suppl. 34), p.1-3.

Поступила в редакцию 28.06.99г.