

Евсегнеева Е.Р. ✉, Евсегнеев Р.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Сравнение вмешательств при расстройствах аутистического спектра, рекомендованных клиническими протоколами разных стран, и их влияние на повседневную лечебную практику

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Евсегнеева Е.Р. – идея и концепция статьи, сбор материала, написание первого варианта текста; Евсегнеев Р.А. – анализ и интерпретация собранных данных, написание текста, редактирование.

Подана: 30.08.2024

Принята: 02.09.2024

Контакты: kat-kat@tut.by

Резюме

В статье сравнивается и обсуждается содержание клинических протоколов (руководств) в отношении помощи лицам с расстройствами аутистического спектра, действующих в Российской Федерации, США и Республике Беларусь. Приведены их сходства и различия, а также их влияние на организацию помощи лицам с этой патологией. Обсуждаются некоторые направления дальнейшего развития форм и системы этой помощи.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, лечение и оказание помощи, клинические протоколы

Evsegneeveva E. ✉, Evsegneevev R.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Comparison of the Interventions for Autism Spectrum Disorders Recommended by the Guidelines in the Different Countries and their Impact on Everyday Treatment Practice

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Evsegneeveva E. – the idea and concept of the article, collection of the materials, writing the primary version of the article; Evsegneevev R. – analysis and interpretation of the collected data, writing the text, editing.

Submitted: 30.08.2024

Accepted: 02.09.2024

Contact: kat-kat@tut.by

Abstract

This article discusses and compares the content of guidelines (clinical protocols) for the care of individuals with autism spectrum disorders in the Russian Federation, the United States of America, and the Republic of Belarus. Their similarities and differences, as well as

their impact on the organization of care for persons with autism spectrum disorders are presented. Some directions of further development of forms and system of this care and assistance are discussed.

Keywords: autism spectrum disorders, treatment and care, clinical guidelines

■ ВВЕДЕНИЕ

Расстройства аутистического спектра (РАС) относительно недавно вошли в число форм психической и поведенческой патологии, привлекающей к себе значительное внимание во многих странах мира. Лишь в последние 2–3 десятилетия стала очевидна их относительно широкая распространенность, а также многочисленные вызовы, возникающие в связи с этим перед системами здравоохранения, социального обеспечения, образования и другими ведомствами различных стран.

Как известно, термин «аутизм» для описания отдельной формы психического расстройства впервые был использован Н. Asperger и L. Kanner в 1944 и 1943 гг. [1, 2]. Отметим также, что приоритет в данной области все же принадлежит, по всей вероятности, выдающемуся отечественному психиатру Г.Е. Сухаревой, которая еще за 2 десятилетия до этого привела клинические описания мальчиков с аутизмом сначала в российском (1925 г.), а затем в немецком (1926 г.) журнале [3].

Данный термин в его сегодняшнем понимании начал широко использоваться относительно недавно – около 50 лет назад. В 1997 г. и далее L. Wing была сформулирована концепция спектра, лежащая в основе современных классификаций, согласно которой постепенно сформировалось мнение об аутизме как о спектре расстройств с континуумом симптомов от легкой степени выраженности до тяжелой [4].

В США диагноз «детский аутизм» был введен в 3-м издании классификации DSM [5]. Первоначальные описания были узкими и касались лишь людей с глубокими нарушениями. Публикация DSM-IV 1994 г. расширила диагноз до спектра симптомов, названных первазивными расстройствами развития. В 2013 г. классификация DSM-5 консолидировала диагноз РАС в единую категорию и подчеркнула важность выявления сопутствующих нарушений развития, поведения и их симптомов [цит. по 5, 6].

До начала 20 в. расстройства аутистического спектра не считались распространенной патологией и диагностировались нечасто, однако в последние годы эпидемиологические исследования показывают выраженный рост диагностики РАС в различных странах мира. В соответствии с официальными документами ВОЗ в среднем в мире РАС встречаются у 1 из 160 детей [цит. по 7, 8], это означает, что в Республике Беларусь речь идет о более чем 10 тысяч таких пациентов, что в свою очередь оказывает весьма существенное влияние на жизнь огромного числа членов их семей. Усиление внимания к данной проблеме в последние десятилетия связано с осознанием всей ее социально-экономической важности, улучшением информированности как в профессиональной среде, так и в непрофессиональных сообществах, расширением диагностических границ этой патологии, а также с ростом доступности и качества помощи пациентам и их семьям.

Как известно, РАС являются хроническим состоянием, сопровождающим человека на протяжении всей его жизни. Как правило, симптомы этой группы расстройств проявляются в возрасте до 3 лет, однако в большинстве регионов мира, как и в нашей стране, эти состояния во взрослом возрасте до недавнего времени практически

не диагностировались. Растущая с каждым годом распознаваемость этой группы расстройств, эмоциональное влияние, оказываемое ими на семьи, бремя финансовых затрат, связанное с их лечением и социальной помощью, делают РАС важным заболеванием не только в плане психического здоровья, но и с точки зрения общественного здравоохранения. Детям и молодым людям с РАС требуется обслуживание в различных областях, таких как поведенческая терапия, образование, здравоохранение, организация досуга; также необходимы меры по поддержке семьи. Для оказания эффективной и своевременной помощи врачу-психиатру необходимо иметь современные знания о скрининге, диагностике и оказании помощи при РАС у лиц различных возрастных групп, что и должно быть отражено в клинических протоколах (руководствах), посвященных этой форме патологии.

Сегодня уже не вызывает сомнений, что определенная часть лиц с аутизмом могут достигать высокого уровня социальной и профессиональной адаптации, жить полноценной и продуктивной жизнью, а некоторые из них – обладать уникальными способностями в разных областях, внося неоценимый вклад в развитие научных знаний, искусства, производства и т. д. Так, исторические факты говорят о том, что аутизмом, по всей вероятности, страдали В. Моцарт, Ч. Дарвин и А. Эйнштейн. Среди одаренных людей нашего времени обращают на себя внимание примеры страдающих синдромом Аспергера генерального директора Tesla Илона Маска, одного из создателей компании Microsoft Билла Гейтса, выдающегося актера и композитора Энтони Хопкинса, кинорежиссера Стэнли Кубрика, американской актрисы Дэрил Ханна, британской певицы Сьюзен Бойл, американского ученого-биолога Тэмпла Грандина и ряда других.

Социально-экономическая важность наличия системы ранней диагностики и помощи в таких случаях, где проявления аутизма сочетаются с наличием выдающихся способностей в тех или иных сферах человеческой деятельности в совокупности с высокой креативностью, вряд ли может вызвать сомнения.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнение клинических протоколов (руководств) в разделе РАС, действующих на сегодняшний день в 3 странах – Российской Федерации, США и Республике Беларусь, определение их особенностей, сильных и слабых сторон, а также оценка того, насколько принципы и подходы, формирующие национальные протоколы, влияют на формирования повседневной клинической практики и судьбы людей с РАС и их семей.

Практической целью было обсуждение и обозначение желательных изменений в изданиях национальных клинических протоколов, посвященных оказанию помощи лицам с РАС, что в более отдаленной перспективе будет способствовать формированию и развитию системы помощи этим пациентам.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Документы, содержание которых является предметом дальнейшего обсуждения, включают:

- клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами психологического (психического) развития (взрослое и детское население), утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 ноября 2022 г. № 108 [9];

- клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Расстройства аутистического спектра» 2020 г. [7];
- проект клинических рекомендаций «Расстройства аутистического спектра у детей», одобренный Научным советом Министерства здравоохранения Российской Федерации 30.05.2024, протокол № 31 [8];
- клинический отчет Американской академии педиатрии (АПА) «Выявление, оценка и коррекция нарушений у детей с расстройством аутистического спектра» 2020 г., переведенный на русский язык российской Ассоциацией психиатров и психологов за научно обоснованную практику с разрешения Американской академии педиатрии [6].

Обращает на себя внимание, что сам по себе взгляд на аутизм как на расстройство аутистического спектра в контексте расстройств нейроразвития (DSM-5), в отличие от подхода к аутизму в разделе «Общие расстройства развития» (F84 МКБ-10) [10], предполагает значительно более широкие диагностические границы и, следовательно, делает очевидным существенно больший перечень проблем и вызовов, с которыми сталкиваются люди, страдающие РАС, и их семьи. Одним из самых ярких отличий является признание того, что аутизм не исчезает после достижения 18-летнего возраста и не трансформируется в другие психические и поведенческие расстройства, хотя проявления и перечень актуальных проблем у пациентов с возрастом, безусловно, изменяются.

Тем не менее даже в условиях использования одной и той же классификации (МКБ-10) в соседних странах (Беларусь и РФ) в клинических протоколах наблюдаются весьма существенные различия, которые не могут не влиять на оказание помощи и понимание проблем людей, страдающих РАС, и их семей. Так, российские клинические протоколы 2020 г. включают себя 72 страницы, отечественные того же 2022 г. – всего 11 страниц. В российском руководстве отводится много места описанию этиологии и патогенеза, эпидемиологии, скринингу, процедуре диагностики, коморбидным РАС-расстройствам, развернутым описаниям симптомов, рекомендациям по обследованию и лечению с учетом уровня доказательности. Тем самым у максимального количества практикующих врачей формируется более полное и цельное представление о расстройстве, его клинических проявлениях и рекомендованных вмешательствах.

В общих чертах в современной мировой практике цели терапии детей с РАС включают следующие:

- минимизировать ключевые дефициты (социальной коммуникации и взаимодействия, ограниченного или повторяющегося поведения, интересов) и связанные с этим нарушения;
- в наиболее возможной степени увеличить функциональную самостоятельность, способствуя обучению и приобретению пациентом необходимых ему адаптивных навыков;
- устранить, уменьшить или предотвратить проблемное поведение, которое может мешать приобретению и проявлению функциональных навыков.

Терапия должна быть индивидуализированной, соответствующей уровню развития пациента и интенсивной, должны собираться количественные данные результатов терапии в отношении поставленных целей, чтобы можно было оценить эффективность вмешательства и при необходимости скорректировать его. Спорадические

вмешательства недопустимы. Все виды вмешательств должны проводиться подготовленными специалистами (психологами, педагогами, логопедами, психиатрами и др.), базироваться на обоснованных теоретических конструкциях, строгой методологии и объективных научных доказательствах эффективности.

Перечисленная информация содержится в российском руководстве [7, 8]. В отечественном ее, к сожалению, нет.

Российское руководство акцентирует внимание читателя на том, что в настоящее время не одобрено ни одного лекарственного препарата, способного влиять на ключевые симптомы РАС. Основные методы лечения РАС носят преимущественно немедикаментозный характер и включают поведенческие, образовательные и психологические вмешательства. Вместе с тем фармакологические средства могут быть эффективными при лечении коморбидных расстройств, включая повышенную раздражительность, самоповреждающее поведение, агрессию, обсессивно-компульсивное расстройство, расстройства настроения, кататонию, синдром дефицита внимания с гиперактивностью или без нее, расстройства сна. Фармакологическое лечение рекомендовано начинать только после того, как исключены иные, не относящиеся к психическим нарушениям медицинские проблемы (болевые синдромы, эпилептические приступы и т. д.), а также влияние различных факторов внешней среды. При этом применение лекарственных средств целесообразно рассматривать лишь в тех случаях, когда поведенческие симптомы вызывают значительные нарушения функционирования и не поддаются немедикаментозной коррекции.

Отечественный протокол ограничивается замечанием о том, что «ключевые проявления расстройства не поддаются фармакотерапии» [9].

Когда речь заходит о психофармакотерапии, перечень лекарственных средств во всех 3 руководствах весьма близок с учетом зарегистрированного для использования в этих странах перечня лекарственных средств.

В таблице приведены варианты применения психотропных препаратов для коморбидных целевых симптомов РАС, опубликованные в рекомендациях Американской академии педиатрии [6].

В рекомендациях ААП есть разделы, посвященные распространенным сопутствующим РАС-проблемам и медицинским состояниям, таким как самоповреждающее и агрессивное поведение, пищевая избирательность, стоматологические проблемы, проблемы с питанием и желудочно-кишечным трактом, уходы из дома, судорожные припадки.

Немало страниц в российских и американских рекомендациях отведено немедикаментозным вмешательствам как средству первого выбора при РАС.

В отечественных протоколах они ограничены лаконичным перечислением: «тренинг социальных навыков; обучение альтернативным методам коммуникации; показано семейное консультирование».

В российских протоколах также подробно описаны:

- Прикладной анализ поведения (ПАП).
- Целенаправленные вмешательства на основе развития отношений.
- Тренинг для родителей.
- Логопедическое вмешательство.
- Вмешательство в естественной среде.
- Средства альтернативной и дополнительной коммуникации (АДК).

Выбор психотропных препаратов для частых целевых симптомов РАС
Psychotropic Medication Options for Commonly Targeted ASD Symptoms

Целевые симптомы	Класс препарата	Комментарии
Гиперактивность Импульсивность Невнимательность Отвлекаемость	Психостимуляторы (метилфенидат, соли амфетамина, лиздексамфетамин, декстроамфетамин)* СИОЗСН Атомоксетин** Агонисты альфа2-адренорецепторов Гуанфацин* Клонидин** Атипичные антипсихотики Рisperидон Арипипразол	Шаги - реализация поведенческих подходов - если проблемы остаются, назначение медикаментов
Раздражительность и тяжелое деструктивное поведение	Атипичные антипсихотики Рisperидон Арипипразол	Медикаментозная терапия приемлема в сочетании с поведенческими методами, которые учитывают выявленные внешние признаки поведения и вырабатывают у ребенка более приемлемую реакцию. Рisperидон и арипипразол являются единственными препаратами, одобренными FDA для совладания при данной клинической ситуации с 6 лет. Распространенные побочные эффекты – набор избыточного веса и дислипидемия. Мониторинг – периодическая оценка роста, веса, ИМТ, глюкозы и липидов крови. Метформин может быть полезен при побочных эффектах. Другие препараты этого класса (кветиапин, оланзапин) могут использоваться с данными целями, но надежных доказательств их эффективности и безопасности нет
	Агонисты альфа2-адренорецепторов Гуанфацин* Клонидин**	Малые по объему исследования показывают преимущества их назначения; необходимы более масштабные исследования. Профиль побочных эффектов более благоприятный, чем у антипсихотиков
	СИОЗС Флувоксамин Циталопрам	Есть отдельные данные об эффективности и безопасности, но для рекомендаций для общей практики данных недостаточно
	Противосудорожные, нормотимики Вальпроевая кислота Дивальпроат натрия	Противоречивые данные, малые исследования, необходимы дополнительные исследования
	СИОЗСН Венлафаксин	Не рекомендован
Повторяющееся поведение Стереотипии, маньеризмы Компульсии Поведенческая ригидность, неприятие перемен	Атипичные антипсихотики Рisperидон Арипипразол	Многочисленные двойные слепые контролируемые исследования зарегистрировали снижение стереотипий, но более эффективны против агрессивного и самоповреждающего поведения. Распространенные побочные эффекты – сонливость, слюнотечение, набор веса, дислипидемия. Более эффективны против истерик, агрессии, самоповреждающего поведения

Окончание таблицы

	Противосудорожные, нормотимики Вальпроевая кислота Дивалпролат натрия	Умеренное улучшение симптомов. Нежелательные побочные явления в когнитивной сфере
	СИОЗС Флуоксетин Флувоксамин	Могут снижать стереотипии и тревожность при включении в комплексную терапию, обязательна поведенческая терапия
Тревожность, депрессия	СИОЗС Агонисты альфа2-адренорецепторов Гуанфацин* Клонидин** Атипичные антипсихотики	Испытания показали снижение тревожности препаратами буспирон и циталопрам, а также некоторую эффективность флувоксамина у девочек и женщин с РАС. Гиперактивация – нежелательный побочный эффект СИОЗС. Лучше всего воздействуют на генерализованное тревожное расстройство, социальные фобии, тревогу сепарации. Терапия первой линии – когнитивно-бихевиоральное вмешательство. Антипсихотик второго поколения и/или стабилизатор настроения могут рассматриваться в качестве лечения. При выраженных вегетативных проявлениях тревоги эффективны пропранолол, агонисты альфа2-адренорецепторов и СИОЗС, а бензодиазепины короткого действия (лоразепам) могут короткое время применяться при ситуативной тревожности
Медикаментозное лечение используется для помощи в указанных случаях	Сопутствующие поведенческие нарушения (СДВГ, расстройства поведения, эмоциональные и тревожные расстройства). Ассоциированное проблемное поведение, вызывающее существенное ограничение и страдания (агрессия, самоповреждения, невнимательность, нарушения сна, импульсивность)	
Медикаментозное вмешательство следует рассматривать лишь после проведения указанных мероприятий	Тщательный анализ момента возникновения поведения и способствующих его закреплению условий. Проведение функциональной оценки поведения и разработки вмешательства на его основе. Возможно, таким образом ребенок сообщает о своих проблемах или потребностях? Необходимо направление к поведенческому терапевту, а также тщательный анамнез и анализ проблем здоровья, которые могут способствовать данному проблемному поведению	

Примечания: СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина; СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина; * препарат не зарегистрирован в Республике Беларусь; ** препарат зарегистрирован в Республике Беларусь, но не включен в действующую редакцию клинического протокола «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами психологического (психического) развития (взрослое и детское население)».

Каждое из этих вмешательств является эффективным и безопасным, должно осуществляться подготовленным специалистом и быть доступным.

Отдельным разделом в российских рекомендациях обозначены опасные и нежелательные вмешательства (гипербарическая оксигенация и хелирование), а также определены как вмешательства, не имеющие достаточных доказательств эффективности при РАС: ноотропные и пептидные препараты, безказеиновая и безглютеновая диета, кетогенная диета, терапия с животными (иппотерапия, канистерапия, дельфинотерапия), остеопатия, иглорефлексотерапия, арт-терапия, метод Томатис и биоакустическая коррекция, микрополяризация головного мозга, фекальная

трансплантация, методика биологической обратной связи, мозжечковая стимуляция и другие. Подчеркнуто, что ввиду отсутствия убедительных доказательств эффективности и безопасности этих методов, высокой их стоимости, отсутствия контроля за качеством выполнения назначение их пациентам с РАС не имеет оснований для использования в практике врача.

В то же время в отечественных клинических протоколах рекомендованы транскраниальная магнитная стимуляция, транскраниальная микрополяризация, биоакустическая коррекция для коррекции нарушений речевого развития, поведения [9].

В российском клиническом протоколе есть раздел «Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов», в котором с указанием уровня доказательности перечисляются рекомендованные вмешательства (например, Денверская модель раннего вмешательства, комплексные и целевые вмешательства, вмешательства на основе ПАП).

Есть также раздел с рекомендациями по подходам к госпитализации и выписке, приведены критерии эффективности медицинской помощи при РАС и постулируется, что смена диагноза РАС на другие психические расстройства при достижении пациентом возраста 18 лет при наличии клинической картины не допускается, не имеет научного обоснования и не является правомерной с точки зрения соблюдения прав пациента. При этом пациенты с РАС в зависимости от тяжести состояния, а также наличия сопутствующих расстройств и заболеваний имеют право на получение инвалидности и создание специальных образовательных условий в учреждениях общего образования.

Таким образом, к негативным особенностям отечественных клинических протоколов, как и повседневной лечебной практики, в сравнении с российскими следует отнести, на наш взгляд, следующие:

- Написание ряда пунктов очень общими словами, что допускает размытую трактовку того, как и кем они выполняются на практике (например, «психологическая помощь семье», «симптоматическое лечение», «применение средств альтернативной коммуникации»).
- Отсутствие рекомендаций таких мер первой линии, как поведенческие вмешательства, и достаточного количества подготовленных специалистов, их осуществляющих.
- Низкая доступность социального тренинга и альтернативных средств коммуникации.
- Неизбежность избыточной медикализации как следствие 2 первых пунктов – вместе с тем отметим, что перечень рекомендованных лекарственных средств вполне соответствует современным зарубежным рекомендациям.
- Присутствие в протоколе в качестве рекомендованных таких вмешательств, как транскраниальная магнитная стимуляция, транскраниальная микрополяризация, биоакустическая коррекция для коррекции нарушений речевого развития и поведения, эффективность которых никак нельзя считать доказанной.
- Недостаточное количество специалистов – медицинских (клинических) психологов, подготовленных для проведения диагностики РАС с помощью стандартизированных инструментов.

- Отсутствие рекомендаций, служб, а также опыта оказания помощи для взрослых лиц с РАС.

Вместе с тем обращает на себя внимание то, что актуальный отечественный клинический протокол 2022 г. в сравнении со своим предшественником 2010 г. [11] существенно шагнул вперед и избавился от значительного количества неэффективных и небезопасных вмешательств, задавая направление для дальнейшего развития отечественной клинической практики.

Важно отметить, что характер и содержание клинических протоколов (руководств) в любой стране оказывают прямое воздействие на формирование системы помощи пациентам, повседневную лечебную и социальную практику. Для обсуждаемой здесь патологии это важно и потому, что неразвитость в системе государственного здравоохранения служб для детей с РАС нередко ведет к тому, что семьи этих пациентов готовы использовать самые разные, в том числе и не обладающие доказанной эффективностью, дорогостоящие, опасные и трудно выполнимые методы, игнорируя при этом потребности других членов семьи, чтобы привести ребенка «к норме». Это нередко истощает ресурсы семьи, дает ложные надежды, смещает цели лечения, формирует нерациональный взгляд на расстройство, задерживает реалистическое принятие происходящего и препятствует адекватным лечебным мероприятиям.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

При дальнейшем пересмотре клинических протоколов относительно расстройств аутистического спектра необходимо, насколько это будет возможным, приблизить их содержание к современным требованиям, ориентируясь при этом, прежде всего, на сходные документы, применяемые в РФ, а также международные нормы и стандарты. Это постепенно позволит улучшить выявляемость РАС, внедрить в практику методы вмешательств, обладающих доказанной эффективностью, создать и расширить мультидисциплинарные формы помощи пациентам и их семьям, а также подготовку необходимых при этом специалистов.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Asperger H. Die "Autistischen Psychopathen" in Kindesalter. *Arch. Fur Psychiatr. Nervenkrankh.* 1944;117:76–136.
2. Kanner L. Autistic disturbance of affective contact. *Nerv Child.* 1943;2:217–250.
3. Sher D.A., Gubson J.L. Pioneering, prodigious and perspicacious: Grunya Efimovna Sukhareva's life and contribution to conceptualizing autism and schizophrenia. *European Child and Adolescent Psychiatry.* 2023;32:475–490.
4. Wing L. Reflections on opening Pandora's Box. *J. Autism Dev. Disord.* 2005;35:197–203.
5. Rej Dzh.M., ed. *A guide to child and adolescent psychiatry.* In 2 v. Muzhanovskij K., transl. 2018. V. 1. 772 p.
6. Human S., Levi S., Majer S. Identification, assessment and correction of disorders in children with autism spectrum disorder. Clinical Report of the American Academy of Pediatrics. Skripko T., transl. 2020. 116 p. *Pediatrics.* 2020;145(1):e20193447. doi: 10/1542/peds.2019-3447
7. The Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines for «Autism spectrum disorders». M.; 2020. 72 p. Available at: <https://contact-autism.ru/new/wp-content/uploads/2022/03/klinicheskie-rekomendaczii-po-autizmu.pdf>.
8. The Association of Psychiatrists and Psychologists for Scientifically Based Practice and the Union of Pediatricians of Russia. Draft clinical recommendations «Autism spectrum disorders in children». Approved by the Scientific Council of the Ministry of Health of the Russian Federation. (Protocol No. 31 of May 30, 2024). M.; 2024. 69 p.
9. Clinical protocol «Providing medical care to patients with disorders of psychological (mental) development (adult and child population). Resolution of the Ministry of Health of the Republic of Belarus on November 8, 2022 № 108. 156 p.
10. Nuller Yu.L., Cirkin S.Yu., eds. International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva:WHO; 1994. 300 p.
11. Clinical protocol «Providing medical care to patients with mental and behavioral disorders». Resolution of the Ministry of Health of the Republic of Belarus by December 31, 2010 № 1387.