

4, 2010

Noile frontiere ale nosologiei

M. Lăzărescu

Abstract

The author is commenting on the change in view regarding nosology through the appearance of the DSM-III in 1980. The conjoint elements and the differences between DSM-IV TR and ICD-10 are underlined. Next, the great nosological issues that arise as a consequence of application of these systems are being approached, which leads to new frontiers in nosology. Co-morbidity, subtypes, clusters, subclinical disorders, the distinction between episode-disorder, maladies spectra are also being mentioned. Another issue is that of the psychopathological doctrines, which have evolved in parallel with DSM-III/IV: the vulnerability-stress doctrine, developmental psychopathology, evolutionist psychopathology, cognitive psychopathology and neo-phenomenology. We conclude that the reorganization to be made by the new versions, DSM-V and ICD-11, will not completely dissolve the existent issues, a fact that requires an increase in the diagnostician's responsibility.

Keywords: nosology, DSM-III, DSM-IV (V), cluster, comorbidity

Rezumat

Autorul comentează schimbarea de optică care s-a produs în nosologie prin apariția în 1980 a manualului DSM-III. Sunt subliniate elementele comune și diferențele dintre DSM-IV-TR și ICD-10. În continuare sunt abordate marile probleme nosologice care au apărut în urma aplicării acestor sisteme, fapt care conduce spre noi frontiere în nosologie. Sunt menționate: comorbiditatea, subtipurile, clusterelor, tulburările subclinice, distincția episod tulburare, spectrele maladive. Alt aspect îl constituie doctrinele psihopatologice care s-au dezvoltat în paralel cu sistemul DSM-III-IV, și anume: doctrina vulnerabilitate/stres, psihopatologia dezvoltamentală, cea evoluționistă, cognitivă și neofenomenologia. Se concluzionează că, punerile la punct pe care le vor realiza noile variante DSM-V și ICD-11 nu vor înlătura complet problemele apărute, fapt ce necesită creșterea responsabilității diagnosticianului.

Cuvinte-cheie: nosologie, DSM-III, DSM-IV (V), tulburări de spectru, comorbiditate

Nosologia psihiatrică - și corelat ei diagnosticul psihiatric - au suferit importante schimbări în ultimii 30 de ani, generate de o tendință marcată spre standardizare, a cărei expresie sunt DSM-III-IV (V) și ICD-10, cu instrumentele lor adiacente.

Obiectivul central al acestor Sisteme Nosologice Nosografice (SNN) a fost acela de a facilita comunicarea dintre specialiști, cercetarea și unele aspecte legate de fațeta publică a bolilor (tulburărilor) psihice. Așa sunt: statistica și deci morbiditatea, învățământul la toate nivelele, comunicarea cu alte specialități medicale și alte științe (e.g. religia), cercetarea etc.

Această mișcare s-a defășurat în contextul unei pronunțate socializării a vieții umane, cu importante mutații dinspre zona intimă spre cea publică a desfășurării existenței persoanei umane conștiente, de reducere a ponderii subiectivității (Lăzărescu, 2010).

Sistemele NN (DSM-III-IV-TR 1994) și ICD-10 (1992) au elemente comune și elemente distincte în construcție și utilizare (Bolton, 2008).

Elemente comune pot fi considerate:

- ✗ utilizarea unor liste finite de entități nosologice categoriale, considerate distincte între ele și împărțite în câteva clase;

- ✗ definiții operaționale pentru entitățile nosologice constând din enumerarea unor itemi dintre care un minim trebuie să fie prezent;

- ✗ acceptarea de principiu și a unor entități (diagnostice) care nu sunt menționate și descrise, specificate;

- ✗ claritatea circumscrisierilor, ușoara utilizare și comunicabilitate, reproductibilitatea bună a diagnosticului, consens major al specialiștilor, baza empirică a etiopatogeniei;

- ✗ implicarea periferică a etiopatogeniei în SNN și evitarea referinței la doctrine psihopatologice;

- ✗ utilizarea unui diagnostic pe axe;

- ✗ acceptarea din principiu și a nevoii de revizuire periodică.

În prezent suntem în apropierea unei astfel de revizuirii (Salloum, I.M., Mezzich, J.E., 2009).

Ca particularități și diferențe între DSM-III-IV - ICD-10 pot fi menționate.

DSM-III-IV (V)

- ✗ Este un manual destinat special psihiatrilor și exprimă punctul de vedere al psihiatrilor ce fac parte din APA. Manualul este adaptat după studii sistematice a experților, dezbateri publice și votul majorității comitetului responsabil.

- ✗ Exprimă prominent și explicit valorile promovate în SUA Nova Amiral a țărilor industrializate, și anume: individualismul, raționalismul, pragmatismul, conservatorismul, naturalismul, (Sadler, J.Z., 2005).

- ✗ Este proprietatea APA care îl negociază comercial și își aducă veniturile.

- ✗ Are o variantă unică, utilizată în toate direcțiile necesare.

- ✗ Are o proprie scală de evaluare a handicapului social (GAF) care combină amploarea simptomatologiei psihiatrice cu disfuncții sociale.

- ✗ Nu acceptă noțiunea de determinism endogen și cea clinică de nevroză; iar termenul de psihoză îl folosește restrictiv (de exemplu, episoadele tulburării bipolare pot fi „cu sau fără aspecte psihotice”).

- ✗ Nu are o concepție clară asupra distincției dintre episod și tulburare.

ICD-10 (11)

- ✗ Este elaborat de OMS ca unul din capitolele (V, F) ale clasificării tuturor bolilor.

✗ OMS-ul are o clasificare distinctă a Handicapurilor (Disabilităților) astfel încât nu evaluează disfuncția socială prin combinare cu simptomatologia psihică, considerând că ea poate fi condiționată și de alte boli sau condiții (ICF-2001).

✗ Capitolul V (F) a ICD-10 ce se referă la tulburările psihice și comportamentale în ansamblu plasând pe aceeași axă și tulburările de personalitate. El este doar o unitate dintr-o familie de manuale ce mai cuprinde:

- ◆ manual pentru cercetare (DSM-III-IV le confundă);
- ◆ manual pentru diagnostic pe axe (DSM-III-IV include axele în diagnosticul general și nu are, ca ICD-10, axă separată pentru condiții developmentale și favorizate);
- ◆ manual pentru medici generalişti;
- ◆ manual pentru sănătatea mentală.

✗ OMS-ul a dezvoltat alte instrumente de diagnostic decât APA (SCAN etc.).

✗ ICD-10 este mai puțin restrictiv în includerea deficienței (*impairment*) de funcționare socială în cercetarea bolii psihice, deoarece se aplică și în țări în care nu este o axiomă ca orice cetățean ar trebui să fie activ și performant socialmente standardizat până la vârste înaintate.

✗ ICD-10 e mai tradiționalist și lax în circumscrierea bolilor pentru a face loc tradițiilor psihiatrice din toate țările lumii.

Există un set comun de probleme cu care s-a confruntat și se confruntă sistemele standardizate DSM-III-IV și ICD-10.

Principalele probleme se referă la:

1. comorbiditate;
2. subtipuri;
3. clustere;
4. tulburări subclinice;
5. distincția episod tulburare;
6. spectre maladive.

1. Comorbiditatea este cea mai mare problemă a sistemelor categoriale. Ea este definită simplu ca prezența a mai mult decât o tulburare specifică la același individ (Wittchen, 1996):

◆ Dacă se respectă strict criteriile din manuale și se ține cont nu doar de comorbiditatea sincronă, ci și de cea diacronă („*long life*”, de-a lungul întregii vieți), atunci se consideră că 70-80% din cazuri prezintă comorbidități. Și astfel, nu se mai întâlnesc decât excepțional „cazuri pure” pentru cercetare. Practic, problema e soluționată prin ignorarea comorbidității „*long life*”, dar acesta e un procedeu de autoînșelare evidentă. De exemplu, în cazul psihozelor funcționale (endogene) la un interval de 5-10 ani apar frecvente episoade de interferență între schizofrenie, tulburările dispoziționale și cele delirante.

◆ Comorbiditatea ridică problema cazurilor mixte sau intermediare. Așa este statutul nosologic insuficient de clar al patologiei schizo-afective și cea în care se combină depresia și anxietatea sau impulsivitatea și adicțiile (de exemplu, în jocurile de noroc). Problema își caută o soluție prin ideea de spectru, care este însă greu de standardizat.

◆ Comorbiditatea este și mai complicată în sistemul DSM-III-IV în care tulburarea de personalitate (t.p.) (Lăzărescu, 2007) este diagnosticată pe o axă separată și deci apare problema comorbidității dintre Axa I și Axa II; alături de comorbiditatea dintre diverse tipuri de t.p. Se încearcă să se rezolve această problemă prin introducerea „clusterilor”. Dar „clusterelor” sunt greu de oficializat într-un SNN.

◆ Comorbiditatea apare ca o problemă deosebită în perspectiva psihopatologiei developmentale în care se constată că la unele tipuri de tulburări de la vârsta adultă se ajunge de la diverse tulburări prezente la vârsta infanțo-juvenile (echifinalitate), iar prezența unor tulburări în copilărie este predictibilă pentru alte tulburări la vârsta adultă (Cichetti, 2006).

2. Subtipurile sunt acceptate de mult ca un aspect evident în nosologie, atât la nivelul episodului, cât și al tulburării. Interesul față de subtipuri a crescut însă foarte mult în ultimul deceniu.

2.1. Subtipurile episoadelor sunt prezente în descrierile clasice a episoadelor psihopatologice maniacale și depresive. Nu este clar însă întotdeauna dacă este vorba de subtipuri sau comorbiditate, atunci când se identifică un ep.pt. de depresie anxioasă sau depresie cu delir incongruent. Varietatea subtipurilor ep.pt. se referă atât la tabloul clinic, cât și la intensitate și durată, menționându-se astfel ep.pt. de depresie medie, ușoară, ep.pt. distimic sau de depresie scurtă.

În patologia afectiv dispozițională o atenție deosebită se acordă în ultimul timp subtipurilor de ep.pt. mixte (Marneros, A., Goodwin, Fr. (eds.), 2005).

Subtipologia a expandat și în alte domenii ale psihiatriei. De exemplu, în patologia obsesivă compulsivă (TOC) se descriu în ultimul timp 4 subtipuri (Evans, 2006):

- centrat pe ordine și simetrie cu compulsia de aranjare;
- centrat pe contaminare și compulsii de curățenie/spălare;
- centrat pe obsesii agresive și verificări;
- centrat pe colecționarism.

Aceste subtipuri au variate condiții de apariție, manifestare și comorbiditate.

2.2. Subtipurile sunt comentate, deocamdată neoficial, în domeniul tulburărilor de personalitate (t.p.). Millon distinge pentru fiecare tip de t.p. mai multe subtipuri, variind între 4 și 10 (Millon, T., 2004).

2.3. Subtipologia se manifestă în sfârșit în însăși domeniul tulburărilor. DSM-IV-TR acceptă subtipuri în cazul combinației dintre atacul de panică și agorafobie:

- a patologiei TOC (cu insight perturbat și redus);
- în cazul tulburării bipolare cu varianta I și II.

În ultimul caz, Akiskal descrie tot mai multe subtipuri de T.B. în cadrul spectrului bipolar, (Akiskal, H.S., 1983).

3. Clustere

Ideea de „cluster” este promovată în DSM-IV-TR la tulburările de personalitate ce sunt grupate în A, B și C.

Literatura de specialitate comentează în ultimii 10 ani tot mai intens „clusterul psihopatiei”, care este diferit de tulburarea de personalitate antisocială, având în centru conceptual de psihopatie a lui Cleckley, standardizat și operaționalizat de Hare. Ea are însă mai multe interpretări (Millon F., Simonsen E., 2004).

Ideea de „cluster” poate fi aplicată și altor domenii de nosologie psihotică, de exemplu tulburările adictive, impulsive etc., fiind fecundă pentru domeniul cercetării, deoarece apropie cazistica de realitate, coborând-o din abstracțiile entităților generale de DSM-IV-TR.

4. Manifestările psihopatologice subclinice sunt considerate în prezent de o importanță capitală. Dar inserția lor într-un SNN întâmpină mari dificultăți.

Nosologia psihiatrică s-a constituit pe baza „cazurilor clinice” internate în spitale care despărțeau suferința de comunitate,

chiar și actuala circumscriere din DSM-IV-TR face referință la un "sindrom semnificativ clinic". De exemplu, starea maniacă se diagnostichează ca atare doar dacă necesită internare.

Orientarea psihiatriei spre comunitate ce a devenit dominantă în ultimele decenii, pretinde însă depistarea, îngrijirea și monitorizarea episoadelor subclinice.

Chiar DSM-IV acceptă entități psihiatrice care nu necesită internarea, cum ar fi: „episodul hipomaniacal”, „ciclotimia”, „distimia” sau chiar „depresia scurtă”. În cadrul tulburărilor de personalitate se acceptă: „stări psihotice scurte, cu data de câteva ore sau câteva minute”.

Dar în mod firesc un SNN trebuie să fie precaut, mai ales în domeniul diagnosticului de psihoză, pentru a evita stigmatizarea.

Cercetările psihiatrice din ultimele decenii relevă că aproape toate tulburările psihiatrice au manifestări subclinice sau prodromale. Acest lucru este valabil nu doar pentru tulburările dispoziționale (se comentează de exemplu stări hipomaniacale foarte scurte, de câteva ore etc.), ci și pentru patologia anxioasă, obsesivă, adictivă, impulsivă etc. Mai ales în domeniul psihozelor se atrage atenția asupra frecvenței în populația generală a trăirilor delirante și halucinatorii (între 3-5%).

Studiile privitoare la „primul episod de psihoză” (sau „Early psychosis”) au relevat nu doar marea frecvență a „Duratei Psihozelor Netratate” (DUP), ci prezența în marea majoritate a cazurilor unui „prodrom psihotic” subclinic care poate avea diverse intensități, până la cazurile cu „foarte mare risc”. Depistarea și monitorizarea acestor stări prodromale are o extraordinară importanță practică și teoretică (Sharma, T., Harvey, P. 2006).

Va fi probabil imposibil să se formuleze criterii pentru diagnosticarea oficială a tuturor stărilor psihopatologice subclinice, într-un manual dedicat statisticii. Dar într-un manual dedicate cercetării, identificarea stărilor subclinice, prodromale și a vulnerabilității psihopatologice devine obligatorie.

5. Distincția episod tulburare. În această perspectivă atât DSM-IV-TR, cât și ICD-10 sunt ambigui.

În DSM-IV se acceptă diagnosticul de episod psihopatologic (ep.pt.) în tulburările dispoziției (ep.pt. maniacal, depresiv, mixt), diferențiindu-l de tulburarea bipolară și tulburarea monopolar depresivă.

În cazul schizofreniei nu mai funcționează explicit această distincție și ea este complet ignorată în alte domenii, de exemplu în cazul tulburărilor anxioase. Astfel, nu se poate aplica o etichetă clară de tulburare dacă se succed ep.pt. de anxietate generalizată, agorafobie, fobie socială etc. În plus, este menționată „tulburarea de panică” care are un statut clinic foarte neclar.

Această ambiguitate favorizează creșterea cazurilor etichetate ca și comorbide și lasă dificil de etichetat cazuri care evolutiv prezintă diverse episoade.

Faptul este cel mai relevant în cazul tulburărilor psihotice, de exemplu schizo-afective (sx.). Prezența unor ep.pt. sx.af. izolate nu îndreptățește diagnosticul de tulburare schizo-afectivă, ele putându-se plasa printre ep.pt. schizofrene și/sau ep.pt. depresive și maniacale (Marneros, A., Tsuang, M.T., 1990).

Este de asemenea ambiguă distincția între ep.pt. sx.af. și ep.p. maniacal și depresiv cu delir incorporate.

Noile manuale vor trebui să găsească soluții pentru etichetarea cazurilor ce prezintă „long life” diverse tipuri de ep.pt.

6. Spectrele maladive. Acestea reprezintă cea mai dezbătută problemă actuală a nosologiei psihiatrice.

Ideea de, spectru a apărut pentru a se găsi o soluție clinică comprehensivă pentru conpenetrația dintre înțelegerea categorială și dimensională a nosologiei, cu reducerea unor comorbidități arbitrare.

Ea are la bază și pretenția clinicienilor (Kendell) de a da o perspectivă mai largă diagnosticului, necantonându-l la cel de ep.pt. Adică, de a cuprinde în diagnostic și terenul, episoadele subclinice și încărcătura familială (Kendell, 1975).

Ideea spectrelor psihopatologice a evoluat pornindu-se de la câte o tulburare țintă, bine și clar definită, așa cum e: autismul infantile, tulburarea bipolară, schizofrenie, tulburarea obsesiv compulsivă (TOC) și a se clarifica atât fundalul pe care acestea apar, cât și tranziția spre alte tulburări psihice.

Elementele ce se iau în discuție în comentarea și studierea unor spectre psihiatrice:

- Ideea spectrului s-a aplicat și schizofreniei, dar în acest domeniu sunt multe neclarități. Totuși, t.p. schizotipală, t.p. schizoidă și „schizotipia” (Mehl) se consideră ca fac parte din acest spectru. O altă direcție în care ideea spectrului este mult abordată este cea a psihozelor funcționale considerate ca polarizându-se între schizofrenie și patologia bipolară (Marneros, 2007). Pe acest continuum, care reamintește de psihoza unică (Marneros, 2005), s-ar plasa ca forme intermediare atât tulburarea schizo-afectivă, cât și psihozele scurte și tranzitorii (Marneros).

- Crow comentează acest „spectru psihotic” în perspectivă evoluționistă, considerând că psihoza este un tribut plătit de om dezvoltării limbajului (în urmă cu 150.000 de ani).

- Ideea de spectru aplicată psihozelor are și un înțeles mai larg, în sensul considerării unui „nivel psihotic”; ce poate fi activat nu doar în psihozele endogene, ci și în suferințe organice cerebrale, toxicomanii, stări reactive, demențe etc. (Fuji, 2007).

Recent, în perspectiva evoluționistă, „spectru psihotic” (considerat global, incluzând bipolaritatea) este opus spectrului autist cu posibilitatea interferenței între aceste spectre.

Tot mai des se vorbește în ultima perioadă de „comorbiditatea între spectre” și nu între unități categoriale. De exemplu, consensul de la Cap Town (Zohar, 2007) găsește interferențe între:

- spectrul TOC;
- spectrul adictiv;
- spectrul afectiv;
- spectrul autist.

Ideea spectrelor nuanțează mult clinica psihiatrică și o trimite spre interpretări etiopatogenice de profunzime (evoluționiste, cognitiviste, bazate pe funcționarea unor moduli cerebrali).

Chiar dacă din perspective utilizabilă clinic spectrul este o problemă încă neclară, cercetări psihopatologice se bazează tot mai mult pe această idee.

Nosologia psihiatrică așa cum s-a sedimentat ea din 1980 înoace, prin sistemul DSM-III-IV (V) și ICD-10 (11), se nuanțează mereu, prin dezvoltarea amplă a unor doctrine psihopatologice ample și foarte documentate, de care nu poate să nu țină seama. Se pot menționa:

- Doctrina psihopatologiei dezvoltamentale;

Tulburarea psihică bine definită	autism Kanner	tulburare bipolară
tulburări apropiate clinic de diverse intensități	boala Asperger sd.Wett	Bipolar II Ciclotimie
manifestări sublinice	autismul cu bune performanțe sociale	Bipolar III, IV, V, VI, t.p. borderline
particularități tipologice caracteriale și vulnerabilități	persoana orientată spre tehnică și matematică	temperament hipertim
prezența în familie a unei patologiei nucleare, a unor forme subclinice sau a unor particularități ale persoanei		

Problema spectrelor malade este în plină studiere și dezbateri, neexistând încă o concepție unitară. Interesantă este exemplul concepției lui Hollander (Hollander, 1993) privitoare la spectrul TOC care urmărește tranziția progresivă spre alte forme de patologie, în 3 direcții:

TOC	Nehotărâre Compulsii Obsesii Corporale	impulsivitate ticuri idei prelevanțiale corporale
-----	---	--

- Doctrina vulnereabilitate/stres și a integrării sistemice;
- Doctrina psihopatologiei evoluționiste;
- Doctrina psihopatologiei neofenomenologice.

Aceste doctrine își vor lăsa parțial amprenta asupra noului fel de a se înțelege nosologia psihiatrică.

În acest context este firesc să se dezvolte și curentul „diagnosticului central al persoanei” (Mezzich, 2003), făcut de persoane pentru persoane și împreună cu persoanele.

Și astfel, reîntră în drepturi diagnosticul, în abordarea cazului psihiatric ideografic.

Concluzii

Diagnosticul devine în prezent un proces tot mai complex dacă se dorește să se țină pasul cu cunoștințele actuale și să se păstreze acuratețea adecvării la realitate.

Varianta promovată de DSM-III-IV de utilizare a unui unic manual pentru toate necesitățile, tinde să devină tot mai neadecvată. Volumul de informații necesar statisticilor oficiale se îndepărtează tot mai mult de cel important pentru cercetarea științifică sau pentru promovarea sănătății mentale și abordarea cazurilor concrete. Dacă este promovată un manual unic sau unul considerat „de bază” el trebuie să își recunoască limitele și generalitatea abstractă la care se plasează. Și, de asemenea, trebuie să aibă o structură cu un potențial extrem de flexibil, pentru a putea fi dezvoltat de utilizatori în direcțiile necesare.

Nu este posibil în prezent - și este discutabil dacă va fi posibil vreodată - un manual de diagnostic psihiatric care să nu se bazeze pe principii categoriale, ci dimensionale.

Perspectiva dimensională se cere integrată celei categoriale, fapt ce se poate realiza cel mai adecvat prin intermediul axelor.

Distincția între episod și tulburare nu poate fi în continuare escamontată, iar perspectiva longitudinală și globală a patologiei individuale este obligatoriu să își facă loc în diagnostic.

Decontextualizarea tulburării mentale pe care a promovată-o DSM-III-IV se cere neapărat relaxată, în primul rând prin acceptarea tulburărilor relaționale și a variantelor transculturale și apoi prin integrarea în diagnostic a vulnerabilității, cu multiplele sale condiționări recente și îndepărtate.

Este de așteptat ca în viitorul apropiat o responsabilitate crescută diagnosticului, cu toate valențele intelectuale și mo-

rale pe care actul de diagnosticare îl implică. Manualele de organizare a Sistemelor Nosologice-Nosografice vor rămâne în continuare ghiduri orientative, dar nu se vor substitui, prin algoritmele ce le sugerează, procesului activ, creator și responsabil al actului de diagnostic.

Este astfel de așteptat să se recâștige încrederea în demnitatea profesionistului care se ocupă de sănătatea mintală și care nu este reductibil la un robot ce aplică algoritme prestabilite, ci o persoană umană competentă, ce se raportează cu dăruire față de persoana umană centrat de sensul major al existenței umane. ■

Bibliografie

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. DSM-IVTR (1994), American Psychiatric Association Washington.
2. ICD-10. Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament (1998). Ed. All (text original publicat în 1992).
3. Salloum, I. M., Mezzich, J.E. (Eds.), "Psychiatric Diagnosis. Challenges and prospects", Ed. Wiley-Blackwell, WPA, 2009, 313 pg.
4. Wittchen, H.V. (1996), "Critical Issue in the Evolution of Comorbidity of Psychiatric Disorders", *British Journal of Psychiatry*, 168 (Suppl.30), 9-18.
5. Lazarescu, M., Niirestean, A., (2007), "Tulburările de personalitate".
6. Cicchetti, D., Cohen, D.J., (2006), "Developmental Psychopathology", John-Wiley & Sons, Inc.
7. Mameros, A., Goodwin, Fr., (Eds.), (2005) "Bipolar Disorders. Mixed States. Rapid Cycling and Atypical Forms", Cambridge University Press, 395 pg.
8. Akiskal, H.S. (1983), "The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis", in *Psychiatry Update: The American Psychiatric Association Review*, ed. I. Grinspoon, pg.271-92, Washington DC: American Psychiatric Press.
9. Sharma, T., Harvey, R., (Eds.), (2006), "The Early Course of Schizophrenia", Oxford University Press, 267 pg.
10. Mameros, A., Tsuang M. T. (Eds.), (1990) "Affective and Schizoaffective Disorders", Springer Berlin, Heidelberg.
11. Mameros, A., Akiskal, H.S. (Eds.), (2007), "The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra", Cambridge University Press, 299 pg.
12. Brüne, M. (2003), "Schizophrenia - an evolutionary enigma?", *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28: 41-53.
13. Fujii D., Ahmed I., (2007), "The Spectrum of Psychotic Disorders", Cambridge University Press.
14. Zohar, J., Hollander E. Et al (2007), "The Cape Town Consensus Statement. CNS Spectrum, 12:2 (Suppl. 3).
15. Mezzich, J.E., Berganzo, C.E., von Cranach, M. et al. (2003), "Essentials of the WPA International Guidelines for Diagnostic Assessment" (IGDA), *Br. J. Psychiatry*, suppl. 45.