

ПСИХИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ

Проведены клинические и эпидемиологические исследования среди студентов-медиков 1–3–5 курсов лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов с целью определения уровня потребления психоактивных веществ (ПАВ) среди студентов. Сделан вывод о преобладании в клинической картине невротических реакций, связанных со стрессом и соматоформными расстройствами, над другими психическими и поведенческими заболеваниями. Основные вещества, потребляемые студентами-медиками – это табак и алкоголь, но периодическое употребление наркотических веществ и психотропных препаратов уже характерно для студенческой популяции. Исследователями не было выявлено клинических форм зависимости от психоактивных веществ, а данными анонимного опроса – тенденции к резкому росту потребления наркотиков. В целом работа показала актуальность проведения клинических и эпидемиологических исследований психических и поведенческих расстройств среди студентов-медиков, прогнозирования наркологической ситуации в вузе и дальнейшей профилактической работы.

Ключевые слова: студенты-медики, психические и поведенческие расстройства, психоактивные вещества, клинические и эпидемиологические исследования.

Scientific supervisor: F.M. Gajduk - Professor of BSMU Chair of Psychiatry and Medical Psychology Head of the Chair of Psychiatry and Medical Psychology: Professor E.I. Skugarevskaja The abstract: The clinical and epidemiological study in medical students – of the 1st–3d–5th year of general medicine, pediatric and preventive-medicine departments was carried out. The task was to obtain data on prevalence of psychological frustration and to define a level of psychoactive substance use among students. It is possible to draw a conclusion on higher prevalence of anxiety neurotic disorders, connected with stress and somatoform abnormalities, in comparison with other mental and behavioral disorders. The basic substances used by medical students are tobacco and alcohol, but the periodic use of drugs and psychoactive substances is already typical for student population. Clinical forms of substance abuse were not revealed. The data of anonymous questioning have not revealed the tendency of drug consumption growth. The work has shown the significance of clinical and epidemiological studies of mental and behavioral frustration among medical students – predicting addiction situation in higher educational establishments and further preventive work. Key words: medical student, mental and behavioral frustration, substance abuse, clinical and epidemiological studies

Проблема состояния здоровья студентов вузов привлекает все большее внимание специалистов различных областей медицины. Это обусловлено ролью, которую играет эта социальная группа в обществе. В широком круге вопросов, связанных с проблемой охраны здоровья студентов, значительное место занимают нервно-психические расстройства. При сравнении психического здоровья различных групп населения можно предположить, что в отношении студенчества проблема эта наиболее актуальна. Темп и напряженность учебы, жизни предъявляют повышенные требования к компенсаторным механизмам психики студентов, срыв которых приводит к возникновению стресса, психологическим и социальным конфликтам и, что особенно актуально сегодня, употреблению психоактивных веществ (ПАВ). В

этой области проводятся широкие исследования в самых разных направлениях – от психопатологических до генетических и социально-психологических.

Специфика вузовского обучения, как известно, совпадает с возрастом наиболее высокого риска манифестации психической патологии, что, возможно, обусловлено не только биологической природой психических заболеваний, но также значительными стрессовыми нагрузками, характерными для обучения в вузе и создающими дополнительные условия для манифестации предрасположенности к заболеванию или для активного проявления до сих пор латентного болезненного процесса [1]. Специфически важное значение для студентов имеет и фактор времени, поскольку учебная дезадаптация даже на относительно недлительный период приводит к неустраняемому отставанию от графика обучения и, следовательно, к незаконномерно затяжной дезадаптации вследствие вынужденности по меньшей мере годичного перерыва в учебе (академический отпуск) [4].

По обобщенным литературным данным, наибольшее число расстройств нервно-психического уровня представляют невротические колебания (около 19%), выявляющиеся у студентов на первом курсе и на протяжении учебы составляющие от 5,8% до 14,8% в зависимости от факультета и курса вуза [4]. У отдельных авторов приводится цифра 56,6% распространенности пограничных нервно-психических заболеваний у студентов [1]. От 51% до 70,5% пациентов с невротическими заболеваниями приходится на возрастные рамки 19–25 лет [3, 8]. Е.Д. Красик с др. (1982) провели анализ различных многопрофильных вузов. Исследования показали, что распространение пограничных нервно-психических расстройств на технических, медико-биологических, физико-математических и гуманитарных факультетах составило пропорцию 1:1,5:2:6 [1]. Различные авторы считают, что риск возникновения этих заболеваний в изучаемой студенческой популяции приходится на младшие курсы (I и II), достигая к III курсу своего максимума. Это связано с трудностями адаптации к новым профессиональным и бытовым условиям. Затем снижается, будучи минимальной, на IV–VI курсах обучения [1, 3, 4]. Изучение периода семестра, в котором выявляются пограничные нервно-психические расстройства, показывает, что у 46,6% заболевание возникло во время экзаменационной сессии или подготовки к ней. В литературе высказывается мнение, что экзаменационная сессия является пиком умственной перегрузки и сильной стрессовой ситуацией [1, 3]. Ведущим синдромом невротического расстройства является астенический. Он возникает в результате психогений, связанных с учебной деятельностью студентов, и оказывает наиболее сильное дезадаптирующее влияние. Отчисления из вузов по причине пограничных состояний преобладают у студентов I курса (Е.Д. Красик и др. – 6,4% всех больных этого курса). Дезадаптация в целом характеризуется ухудшением успеваемости и необходимостью оформления академических отпусков [1].

Результаты выборочных и клинико-эпидемиологических исследований свидетельствуют о значительной распространенности экзогенно-органических нервно-психических расстройств среди студентов (В.Н. Судаков, 1990; В.Д. Семке, Б.С. Положий, 1990). В общей структуре нервно-психических заболеваний непсихотические экзогенно-органические расстройства занимают от 35,2% до 44%, а сами непсихотические расстройства занимают 78% в структуре психических расстройств. Клинические проявления невротоподобных и психопатоподобных расстройств экзогенно-органической природы у студентов наиболее часто

проявлялись астеническим (63%), эксплозивным (15%), гипоталамическим (8 %) синдромами (М.Н. Михайлова, 1991).

Если внимание к амбулаторной психической патологии в юношеском возрасте акцентировано почти исключительно на пограничных заболеваниях, возникающих, в частности, в процессе вузовского обучения, то аффективные нарушения неглубокого, непсихотического уровня изучаются недостаточно и мало знакомы практикующим врачам. Между тем по некоторым эпидемиологическим данным аффективные расстройства в студенческой популяции достигают 20–30% среди всех опрошенных, а суицидальные мысли, связанные с депрессией, в юношеском возрасте встречаются в 2 раза чаще, чем вообще у населения [4]. Причина того, что амбулаторные депрессивные больные в юности редко попадают в поле зрения психиатров, имеет клинические и социально-психологические корни. Стертые депрессивные расстройства в большинстве случаев носят атипичный и «маскированный» характер, поэтому плохо распознаются. При этом у многих больных отсутствует сознание своего болезненного состояния как психотического расстройства, и не только у самих больных, но и у их окружения. Например, анализ результатов работы в студенческой поликлинике при одном из вузов Москвы показал, что амбулаторная психическая патология составляет около 80% всей психиатрической заболеваемости среди студентов, а стертые субклинические депрессии пограничного уровня — 64%. По данным поликлиники, психические расстройства стоят на первом месте по приросту дней нетрудоспособности, на втором (после простудных) – по количеству дней нетрудоспособности, на первом – по росту заболеваемости в год, которые послужили причиной 31–47% академических отпусков [3]. В целом есть особенности депрессивных расстройств пограничного уровня в студенческой популяции (астенических, адинамических, тревожно-меланхолических) различной нозологической природы – циклотимной, шизофренической, органической, соматогенной. Главная особенность состоит в редкости относительно простых синдромов. Чаще картина субдепрессии психопатологически полиморфна, в ней помимо собственно аффективного симптомокомплекса присутствуют сенестопатии, различные расстройства мышления, ипохондрическая настроенность, массивная сомато-вегетативная симптоматика. Для всех субдепрессивных синдромов характерно четко очерченное приступообразное (фазное) течение, в основном с сезонной зависимостью. Именно для студенческого контингента особенно характерны атипичные астено-адинамические субдепрессии с ведущими интеллектуальными расстройствами, которые хуже всего распознаются как болезненные состояния и служат наиболее частой причиной учебной дезадаптации студентов [3].

Распространенность шизофрении, по данным исследований в США, Германии, Финляндии, Польши, среди учащихся университетов, обратившихся за психиатрической помощью, составляет от 3 до 25% случаев. При этом студенты на 6–8% чаще заболевают шизофренией по сравнению с остальным населением (хотя давность болезни на момент выявления обычно составляет 2–10 лет и более). После клинического обследования до 74 % студентов поступали в вуз, будучи уже больными. Отчисления из институтов в группе больных студентов шизофренией по разным источникам варьируются в пределах 6,6–13,3% [1]. Проведя сравнительное изучение заболеваемости шизофренией среди студентов различных вузов, Е.Д. Красик и др. выявили, что наиболее высокие показатели были зарегистрированы среди учащихся физико-математических факультетов, самые низкие – среди студентов

технических факультетов, а гуманитарные и медико-биологические факультеты занимали промежуточное положение. Пики заболеваемости регистрируются среди студентов первых трех курсов, спад среди студентов – V–VI курсов института [1, 3, 4]. Знание этого вопроса представляется существенным для профорientации, правильной организации и планирования психиатрической помощи в вузах различного профиля, т.к. шизофренический процесс может оказывать значительное влияние на социально-трудовые возможности больных студентов.

Выявление психических расстройств, особенно употребления психоактивных веществ (ПАВ — табак, алкоголь, наркотические вещества, психотропные препараты и т.д.), сопряжено с определенными трудностями. Входящие в эту группу лица редко госпитализируются в психиатрические стационары; заболевшие же даже в случаях выраженной декомпенсации не всегда обращаются в психоневрологические диспансеры. Это связано с недооценкой необходимости лечения, лечением у врачей других специальностей, а также с наличием психологического барьера, препятствующего визиту к психиатру. Работа и учеба, требующая большого напряжения, доступ к психотропным лекарственным средствам и возможность самим выписывать лекарства – это лишь некоторые причины развития злоупотребления ПАВ среди медицинских работников. По данным исследований в США, злоупотребление алкоголем и наркотиками среди врачей составляет от 8 до 12%. В число некоторых факторов риска, предрасполагающих к употреблению ПАВ, входят семейный анамнез (положительный в 85,6% случаев), факторы окружающей обстановки, отсутствие методов приспособления к стрессорным нагрузкам, отсутствие профилактических мероприятий и доступность лекарственных средств [7, 8, 9]. В среднем начало употребления различных ПАВ приходится на возраст до 23 лет, причем приобщение к большинству их видов начинается в возрасте до 20 лет (табл.) [6].

Средний возраст начала употребления различных ПАВ

Психоактивное вещество	Возраст (годы)
Никотин (курение)	15,0
Алкоголь	17,0
Марихуана (гашиш)	18,2
Седативные средства	19,6
Героин	20,1
Кокаин	21,4
Транквилизаторы	23,8

Среди студентов медицинских учебных заведений и врачей резидентов, по данным американских источников, не было зафиксировано тяжелых случаев злоупотребления наркотическими веществами. Кроме того, врачи-резиденты имеют существенно более низкий уровень употребления психотропных средств, за исключением бензодиазепинов и алкоголя – двух психоактивных веществ, злоупотребление которыми характерно для врачей [6]. По данным тех же исследований, студенты старших курсов медицинских учебных заведений, принимающие ПАВ для развлечения, наиболее часто употребляют алкоголь (87,5%), марихуану (10%), сигареты (10%) и кокаин (2,8%).

Сотрудниками кафедры психиатрии и медицинской психологии БГМУ на протяжении трех лет (1997–2000 гг.) проводилось клиническое и эпидемиологическое исследование студентов по изучению распространенности у них психических расстройств. Особую значимость в работе составило исследование на выявление распространенности употребления и злоупотребления психоактивных веществ (ПАВ

— табак, алкоголь, наркотические вещества, психотропные препараты, ингалянты и др.) среди студентов-медиков.

После длительного отбора были выбраны надежные и валидные инструменты, применимые для работы со студенческой популяцией и прошедшие адаптацию в Республике Беларусь в ходе международных проектов 1996–1997 гг. [2, 5]. В ходе нашей работы были использованы Опросник общего состояния здоровья, краткая версия из 12 пунктов (General Health Questionnaire, GHQ, Goldberg & Williams, 1988); Шкала тревоги и депрессии Гольдберга (The Goldberg scales for anxiety and depression, Goldberg et al., 1988); Бредфордский соматический опросник (The Bradford Somatic Inventory, BSI, Mumford et al., 1991); Опросник по выявлению распространенности употребления психоактивных веществ (разработан и адаптирован в Республике Беларусь группой социальной психиатрии МГМИ, научный руководитель канд. мед. наук, доц. В.Б. Позняк, 1997). Для исследования в МГМИ, с разрешения разработчиков, опросник был адаптирован и видоизменен к работе в студенческой популяции. Диагностическая оценка выявленных психических расстройств проводилась с использованием критериев современной Международной классификации болезней 10-го пересмотра (ICD–10, WHO, 1992) [2]. В исследовании чаще всего использовались следующие рубрики: F1 – «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ»; F3 – «Аффективные расстройства настроения»; F4 – «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства»; F5 – «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами».

Распространенность некоторых диагнозов по МКБ–10

Диагноз по МКБ–10	Распространенность
F1. Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	3,6% (не входят данные по табакокурению)
F3. Аффективные расстройства настроения:	21%
F30. Маниакальный эпизод	2,1%
F31. Биполярное аффективное расстройство	1,4%
F32. Депрессивный эпизод	7,5%
F33. Рекуррентное депрессивное расстройство	4,1%
F34. Хронические (аффективные) расстройства настроения:	
F 34.0. Циклотимия	2,1%
F 34.1. Дистимия	1,5%
F38. Другие (аффективные) расстройства настроения	1,1%
F39. Неуточненные (аффективные) расстройства настроения	1,2%
F4. Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства:	36,6%
F40. Тревожно-фобические расстройства	12,3%
F41. Другие тревожные расстройства	7,4%
F42. Обсессивно-компульсивное расстройство	1,8%
F43. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	4,2%
F45. Соматоформные расстройства	6,1%
F48. Другие невротические расстройства:	
F48.0. Неврастения	4,8%
F5. Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами:	5,6%
F51. Расстройства сна неорганической природы	2,2%
F55. Злоупотребление веществами, не вызывающими зависимости (антидепрессанты, слабительные, анальгетики, стероиды или гормоны и др.)	3,4%

Для скрининговых опросников использовались временные рамки в один месяц («последние четыре недели») с отметкой данных о студенте (личные данные, группа, факультет, курс). Опросник по выявлению распространения психоактивных веществ предлагался отдельно и проводился анонимно (имелись только данные у

исследователя о факультете и курсе студента). Чтобы избежать многочисленных ошибок и недостоверных данных, все исследования проводились на протяжении 3 лет с их адаптацией и проверкой ошибок, допущенных в начале работы. Для быстроты обработки данных была создана анкета для каждого опрошенного, введенная в компьютерную программу, сопоставимая с электронной версией диагностических рубрик МКБ-10 и отобранными опросниками (инструментами). Исследования проводились среди студентов-медиков 1–3–5 курсов МГМИ лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов (на V курсе педиатрического факультета работа не проводилась по причине отсутствия на тот период студентов V курса) . Факультеты были определены по мере доступности кафедры психиатрии в работе со студентами, возможностью в дальнейшем сравнения собственных исследований с опросами, проведенными в медицинских институтах России и на медицинских факультетах университетов стран Европы. Опросник по выявлению употребления психоактивных веществ предлагался для заполнения в течении 3 лет (т.к. данные при проведении разового опроса не давали бы полную и достоверную картину распространенности психоактивных веществ среди студентов, учитывая даже анонимность опроса).

По полученным данным и учитывая исследования, проведенные в нашей республике ранее (J.M. Havenaar, 1992–1993), шкала тревоги и депрессии Гольдберга оказалась предпочтительным инструментом скрининга психических расстройств в изучаемой студенческой популяции из трех предлагаемых опросников. Одна из причин – определенный уровень распространенности тревожного и депрессивного синдромов в данной популяции на разных курсах и факультетах, а также наличие соматоформных и других невротических расстройств, связанных со стрессом. Наши исследования показали, что инструменты GHQ и BSI выявляют симптомы, в боль шей степени относящиеся к общему и соматизированному дистрессу. Они, возможно, имеют собственное значение, но в меньшей степени связаны с расстройствами, классифицируемыми по МКБ-10.

Проблема употребления психоактивных веществ (ПАВ – табак, алкоголь, наркотические вещества, психотропные препараты, ингалянты и др.) среди студентов-медиков в настоящее время вызывает беспокойство не только у органов здравоохранения, руководства и сотрудников медицинских институтов, но и у родителей студентов и их родственников.

Представляем собственные данные исследований по выявлению употребления студентами психоактивных веществ(см. таб.).

**Лечебный факультет / медико-профилактический факультет /
педиатрический факультет**

Вещество	1 курс	3 курс	5 курс
Табаккурение (никотин) %	23 / 28 / 18	33 / 37 / 24	44 / 51
Употребление алкоголя (пиво, водка, вино др. в-ва)	А) Эпизодически 72 / 68 / 44 Б) От 1 до 3 раз в месяц 26 / 28 / 21 В) 1 раз в неделю 2 / 4 / 1	А) Эпизодически 63 / 56 / 51 Б) От 1 до 3 раз в месяц 33 / 37 / 28 В) 1 раз в неделю 4 / 7 / 3	А) Эпизодически 53 / 48 Б) От 1 до 3 раз в месяц 41 / 44 В) 1 раз в неделю 6 / 8
Употребление наркотических веществ (марихуана, героин, кокаин, амфетамины и др.)	А) Один раз в жизни пробовали наркотики 2 / 3 / 2 Б) Принимают эпизодически 1 / 2 / <1 В) Отрицают прием 97 / 95 / 98	А) Один раз в жизни пробовали наркотики 4 / 6 / 3 Б) Принимают эпизодически 3 / 4 / 2 В) Отрицают прием 93 / 90 / 95	А) Один раз в жизни пробовали наркотики 5 / 8 Б) Принимают эпизодически 6 / 7 В) Отрицают прием 89 / 85
Злоупотребление седативно-снотворными препаратами	А) Принимают эпизодически 4 / 6 / 2 Б) Прием 1 раз в месяц 3 / 4 / 2 В) Прием постоянно 2 / 3 / 1 Г) Отрицают прием 91 / 87 / 95	А) Принимают эпизодически 6 / 7 / 4 Б) Прием 1 раз в месяц 4 / 5 / 3 В) Прием постоянно 4 / 6 / 2 Г) Отрицают прием 86 / 82 / 91	А) Принимают эпизодически 8 / 9 Б) Прием 1 раз в месяц 5 / 7 В) Прием постоянно 4 / 8 Г) Отрицают прием 83 / 76
Ингалянты (клеи, аэрозоли, летучие нитриты, закись азота)	А) Прием один раз в жизни 6 / 7 / 2 Б) Прием эпизодически 3 / 5 / 1 В) Отрицают прием 91 / 88 / 97	А) Прием один раз в жизни 3 / 4 / 3 Б) Прием эпизодически 2 / 3 / 2 В) Отрицают прием 95 / 93 / 95	А) Прием один раз в жизни 1 / 2 Б) Прием эпизодически 1 / 2 В) Отрицают прием 98 / 96

Таким образом, проведенное исследование распространенности психоактивных веществ показало, что среди студентов достаточно высок процент лиц, употребляющих алкоголь как эпизодически, так и регулярно. Медико-профилактический и лечебный факультеты имеют достаточно высокие данные по распространенности, что не может не беспокоить специалистов, т.к. в дальнейшем у части студентов может возникнуть физическая и психическая зависимость от алкоголя и в дальнейшем дезадаптация, профессиональная непригодность и проведение медицинского лечения. Употребление табака среди студентов-медиков имеет тенденцию к увеличению в зависимости от курса и факультета (от 18% до 51%), что не является нормой в медицинской среде. Наши данные показывают, что до 20% студентов имеют стаж курения от 2 до 5 лет уже на первых курсах института, а 30% употребляющих табак подтвердили, что начали курить в вузе. Исследование на выявление употребления и злоупотребления наркотических веществ в последние годы вызывает повышенный интерес у наркологов и психиатров. В ходе проведенного опроса и индивидуального консультирования мы не выявили студентов с выраженными формами зависимости от наркотических веществ. Процент эпизодического употребления (1 до 4%) и впервые принявших наркотик один раз в жизни (2–7%) в целом уже должен настораживать преподавателей и самих студентов в отношении развития зависимости и синдрома отмены от любого вида наркотика (даже в отношении марихуаны и других видов веществ из конопли). Учитывая, что ведется активное незаконное распространение наркотических веществ в институтах и университетах г. Минска и в Республике Беларусь в целом, нам важно было выявить

виды наркотиков, тенденцию к распространению на курсах и факультетах. Из наиболее известных наркотиков, по нашим данным, студенты-медики употребляют эпизодически или регулярно препараты конопли (курение марихуаны или гашиша) до 45% из всех видов наркотиков. Далее идут психостимуляторы: эфедрин, амфетамин, MDMA (экстази) в виде таблетированных форм, 32% от всех видов наркотиков, распространен больше на I–III курсах. Опиатная группа (опий, героин, метадон) — 15% – распространена на III–V курсах (медико-профилактический, лечебный факультеты), вводится внутривенно или подкожно. Ингалянты и препараты бытовой химии отмечены студентами первых курсов (около 5% от всех видов). Кокаин используется также редко, как и галлюциногены (ЛСД, Фенциклидин), — около 3% от всех видов. Вызывает настороженность злоупотребление седативно-снотворными препаратами (транквилизаторы) и барбитуратами начиная с III курса всех факультетов и необоснованное употребление психотропных лекарств (нейролептиков и антидепрессантов). Получая знания по фармакологии и работая средним медицинским персоналом в лечебных учреждениях (возможность изъятия препаратов), студенты-медики не всегда правильно оценивают риск использования этих средств для коррекции различных расстройств у себя, не обращая при этом к специалистам.

Полученные данные в ходе исследования психических расстройств у студентов МГМИ ставят перед кафедрой психиатрии и медицинской психологии, преподавателями вуза новые задачи по разработке коррекционных программ дезадаптаций у студентов, подготовке современных материалов по вопросам психоактивных веществ, созданию комплексной программы по профилактике и лечению психических расстройств у студентов-медиков.

Исследования, проведенные кафедрой психиатрии и медицинской психологии БГМУ и полученные данные показывают актуальность проблемы распространенности психических расстройств различного уровня в студенческой популяции, дают возможность специалистам использовать результаты для практической работы в различных областях медицины.

Литература

1. Красик Е.Д., Положий Б.С., Е.А. Крюков Е.А Нервно-психические заболевания у студентов. – Томск, 1982. – 7 с.
2. Международная классификация болезней (10-го пересмотра). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русск. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – ВОЗ. – СПб: АДИС, 1994. – С. 71–79.
3. Профилактика учебной дезадаптации у студентов, связанной с депрессивными расстройствами пограничного уровня: Метод. рекомендации. – М., 1987. – С. 4–9.
4. Северный А.А, Ануфриев А.К. Профилактика учебной дезадаптации у студентов, связанной с депрессивными расстройствами пограничного уровня: Метод. рекомендации. – М., 1987. – 3 с.
5. Хавенаар Й.М. После Чернобыля: Исследование психологических факторов, воздействующих на здоровье после радиационной катастрофы. – М., 1996. – 189 с.
6. Фридман Л.С., Флеминг Н.Ф., Робертс Д.Х., Хайман С.Е. Наркология. Пер. с англ. – М., 1998. – С. 27, 78–79, 84–85, 122.
7. Brewster J.M. Prevalence of alcohol and other drug problems among physicians. – JAMA, 1986;255:1913–1920.
8. Eilers K.P. Der Studenten-Patient in der psychiatrischen Universitätsklinik. – Hamburg,

1972;32.

9. Robins L. // Int. J. Methods Psychiatr. Res. – 1992. – V. 2. – P. 1–3.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ