

**ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИИ**

*Давыд Моисеевич Менделевич<sup>1</sup>, Александр Юрьевич Зимаков<sup>3</sup>,  
Ольга Владимировна Василевская<sup>2</sup>, Наталья Николаевна Чумакова<sup>3</sup>,  
Елена Евгеньевна Платова<sup>3</sup>, Елена Алексеевна Василевская<sup>1</sup>*

*ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»,  
<sup>1</sup>кафедра психиатрии и наркологии, <sup>2</sup>кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики,  
420012 Казань, ул. Бутлерова, 49, <sup>3</sup>Республиканская клиническая психиатрическая больница  
им. акад. В. М. Бехтерева МЗ РТ, 420061 Казань, ул. Н. Ершова, 49, e-mail: eplatova@yandex.ru*

Реферат. Проанализировано клиническое наблюдение височной эпилепсии у пациентки стационарного психиатрического отделения. Сложность заключалась в наличии у больной шизоформной, истерической симптоматики и личностных расстройств. Проводилась дифференциальная диагностика данного наблюдения.

Ключевые слова: височная эпилепсия, психозы при височной эпилепсии, дифференциальная диагностика при височной эпилепсии.

**ЧИГ• ЭПИЛЕПСИЯСЕ ВАКЫТЫНДА  
КУЗ•ТЕЛГ•Н ПСИХИК ТАЙПЫЛЫШЛАР**

Давыд Моисеевич Менделевич, Александр Юрьевич Зимаков, Ольга Владимировна Василевская, Наталья Николаевна Чумакова, Елена Игнатьевна Платова, Елена Алексеевна Василевская

Казан дәүләт медицина университеты, психиатрия һәм наркология кафедрасы, неврология, нейрохирургия һәм медицина генетикасы кафедрасы, 420012, Казан ш.һ.р.е, Бутлеров урамы, 49, ТР С.лам.тлек саклау министрлыгының акад. В.М.Бехтерев ис. Республика клиник психиатрия больницасы, 420061, Казан, Н.Ершов урамы, 49, e-mail: eplatova@yandex.ru

Стационар психиатрия бүлегендә дәваланыучы пациенткада чиг• эпилепсиясен клиник күз•түне тикшергәннәр. Авыруда шизоформлы истерия симптомнары һәм ш.х.ес буларак тайпылышлар булу х.лне тагын да катлауландырган. • леге күз•түне• дифференциаль диагностикасы бирелә.

Төп төшенчеләр: чиг• эпилепсиясе, чиг• эпилепсиясе вакытындагы психозлар, чиг• эпилепсиясе вакытында дифференциаль диагноз.

**MENTAL DISORDERS AT TEMPORAL EPILEPSY**

David Moiseevich Mendelevich<sup>1</sup>, Alexander Jurjevich Zimakov<sup>3</sup>, Olga Vladimirovna Vasilevskaya<sup>2</sup>, Natalja Nickolaevna Chumakova<sup>3</sup>, Elena Evgenjevna Platova<sup>3</sup>, Elena Alexeevna Vasilevskaya<sup>1</sup>

«Kazan State Medical University of Russian Health Ministry», <sup>1</sup>chair of psychiatry and narcology, <sup>2</sup>chair of neurology, neurosurgery and medical genetics, 420012, Kazan, Butlerov Street 49, <sup>3</sup>Republican clinical mental hospital named after academician V.M. Bekhterev of Russian Health Ministry, 420061 Kazan, Ershov Street, 49, e-mail: eplatova@yandex.ru

There was performed an analysis of clinical follow-up of temporal epilepsy in a patient of stationary mental department.

Severity of patient's case is caused by presence of schizoid hysterical symptomatology and personal disorders. Differential diagnostics of follow-up was presented.

Key words: temporal epilepsy, psychosis at temporal epilepsy, differential diagnostics at temporal epilepsy.

**В**исочная эпилепсия — это локализационно обусловленная, чаще симптоматическая форма эпилепсии, при которой эпилептогенный очаг локализуется в височной доле. Как указывает А.Е. Новиков [3], среди симптоматических парциальных эпилепсий эта форма составляет 60%. Причины, приводящие к возникновению височной эпилепсии, могут быть представлены двумя основными группами: перинатальными и постнатальными. Перинатальное поражение ЦНС в анамнезе отмечается у 36% пациентов — это внутриутробные инфекции, гипоксия, фокальные кортикальные дисплазии, родовая травма и пр. Среди постнатальных факторов наиболее значимы энцефалит, черепно-мозговая травма, опухоли височных долей головного мозга, дисгенезии мозга, туберозный склероз. К.Ю. Мухин и А.С. Петрухин [5] описывают, что на ЭЭГ при височной эпилепсии наблюдается пик-волновая или чаще стойкая региональная медленноволновая (тета) активность в височных отведениях, обычно с распространением кпереди. У 70% больных выявляется выраженное замедление основной активности фоновой записи. У большинства пациентов с течением времени эпилептическая активность отмечается битемпорально.

С помощью МРТ структурные нарушения в височной доле верифицируются в среднем у 62% больных височной эпилепсией [5].

Заболевание обычно начинается в детском или раннем юношеском возрасте. Эпилептические синдромы, связанные с поражением височной доли, характеризуются простыми и сложными парциальными припадками, а также вторично генерализованными. Судороги могут возникать изолированно или в виде серий. Расстройства психики с возрастом определяются у 70—80% больных височной эпилепсией.

Т. Броун и Г. Холмс [1] подразделяют приступы височной эпилепсии на медиальные височные приступы, психическим проявлением которых являются чувство дискомфорта, возникающего из эпигастральной области, тошнота, ночное недержание мочи, выраженные вегетативные проявления, чувство страха и паники, обонятельно-вкусовые галлюцинации и латеральные височные приступы, характеризующиеся слуховыми галлюцинациями или иллюзиями, сноподобными состояниями, изменением зрительного восприятия или речевыми нарушениями. А.Е. Новиков [3] считает сложные слуховые галлюцинации типичными клиническими проявлениями латеральной височной эпилепсии.

У лиц с эпилепсией височной доли психозы наблюдаются более часто, чем при эпилепсии без локального очага или же с очагом, расположенным вне височной доли. Эти хронические шизофреноподобные психозы могут проявляться остро, подостро или иметь постепенное начало. Они обычно возникают только у больных, страдающих в течение многих лет комплексными парциальными приступами, источником которых служат нарушения в височной доле. Наиболее частыми симптомами таких психозов являются бред и галлюцинации (особенно слуховые) при ясном сознании.

В.С. Чудновский [4] указывает, что затяжные психозы при височной эпилепсии встречаются чаще, чем они диагностируются в психиатрической практике. Особенно трудно их выявить в тех случаях когда продуктивная психопатологическая симптоматика «перекрывает» как пароксизмальные проявления болезни, так и свойственные больным эпилепсией характерологические изменения.

Диапазон изменений личности при эпилепсии весьма значителен — от сравнительно нерезких характерологических особенностей до расстройств, свидетельствующих о глубоком, специфическом для этого заболевания слабоумии. По данным А.С. Шмарьяна [9], при поражении височной коры отмечается значительная сохранность мышления, критики, поведения и личности в целом. Больные осознают и адекватно переживают свои нарушения, пытаются восполнить свой дефект с помощью чисто мыслительных операций и нередко ведут подробную запись всего, что им важно запомнить. В начале эпилепсии замедленность и ухудшение подвижности психических процессов, как правило, выражены нерезко. У большинства больных замедленность психических процессов сочетается с другими отклонениями, в частности с повышенной раздражительностью. Крайне полиморфная клиническая картина приступов при височной эпилепсии делает практически каждый ее случай интересным для более детального анализа и рассмотрения.

Приводим клиническое наблюдение.

Пациентка К. 1978 г.р. поступила в психиатрический стационар впервые в жизни с жалобами на судорожные приступы без потери сознания и периодически возникающие голоса внутри головы. Отец злоупотреблял алкоголем. Тётка больной страдала эпилепсией. Родилась в срок от третьей нормально протекавшей беременности. В детстве боялась темноты, с трудом засыпала одна. До третьего класса страдала энурезом. В раннем детстве перенесла очень тяжелую форму дизентерии — теряла сознание, долго лечилась. Всегда плохо переносила духоту, жару. Часто бывали обмороки, в том числе голодные. По характеру тревожная, ранимая, мнительная. Очень аккуратная, тягостно переносит грязь в доме, отсутствие возможности помыться. Легко берет на себя ответственность, стремится опекать близких людей, требовательна к ним. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. В школу пошла в срок, училась легко. Параллельно посещала музыкальную школу. После 9-го класса закончила музыкально-педагогическое училище, затем педагогический институт по классу фортепиано. Замуж вышла по любви, от брака дочь 2001 года рождения. Из-за поливалентной аллергии ребенок находился на особой диете, требовал постоянного контроля. Больная оставила работу и полностью посвятила себя дочери. По мнению мужа, всегда была вспыльчивой, упрямой, а в последние 5-7 лет педантичной и чрезмерно

аккуратной. Отношения с мужем постепенно, без видимых причин, ухудшались, стала считать его безответственным и планировала развод. Начала готовиться к самостоятельной жизни, но заболела и с разводом решила повременить.

Считает себя больной около трех лет, когда после очередного конфликта с мужем впервые испытала тревогу, доходящую до паники. Боялась заразить дочь и себя чем-либо через посуду и бытовые предметы. Целыми днями чистила и мыла, в первую очередь посуду. Постепенно тревога локализовалась в страх перед синтетическими моющими средствами. Много раз переполаскивала белье, отказалась от средств для мытья посуды. Страх постепенно распространился на походы в магазин за продуктами — боялась, что у других людей в тележках лежали моющие средства, и на транспортной ленте могли быть их следы. Нелепость своих страхов понимала, но ничего поделать не могла. Начала лечение у психотерапевта, принимала фенибут и феварин.

В марте 2009 года впервые испытала резкую головную боль: «Будто ядерная ракета взорвалась». В последующем приступы головной боли повторялись, иногда они провоцировались физической нагрузкой, эмоциональным напряжением или приемом небольшой дозы алкоголя, а иногда были совершенно спонтанными. С апреля 2009 г. присоединились судорожные приступы без потери сознания. Характер их был различен — иногда испытывала чувство скручивания, стягивания, в это время появлялся кашель, было трудно дышать, иногда приступ проявлялся «тряской всего тела». Приступам предшествовало ощущение тошноты, дурноты, которые длились несколько часов, постепенно усиливаясь.

Одновременно с судорожными приступами стали появляться голоса внутри головы. Вначале они были неразборчивыми, потом возникали отдельные слова, затем связанные фразы, сформировавшиеся позднее в сложные поливокальные слуховые галлюцинации. «Голоса» обсуждали больную — одни обвиняли, а другие защищали. Вначале галлюцинации появлялись на короткое время, внезапно начинались и заканчивались, затем стали почти постоянными. Сразу поняла болезненность голосов, очень боялась утратить контроль над собой из-за галлюцинаций и стать опасной для окружающих. Пыталась отвлечься — громко включала радио или телевизор, чтоб заглушить их. Начала искать информацию о психических нарушениях в интернете. Сама выставила себе диагноз шизофрении. Написала письмо сестре, где просила позаботиться о дочери, так как скоро станет общественно опасной.

Обследовалась у невролога, скрывая от него слуховые обманы восприятия. К. провели электроэнцефалографическое исследование головного мозга (ЭЭГ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ). МРТ от 15.07.09 г. не выявила какой-либо патологии. Заключение ЭЭГ от 10.07.09 г.:

очаг ирритации, негрубый, в средневисочных отведениях справа; общемозговые нарушения биоэлектрической активности незначительные, в виде дезорганизации основного ритма на функциональную нагрузку по гипертензионному типу на фоне диффузной ирритации корковых клеток. К. предложили госпитализацию в неврологическое отделение. Накануне госпитализации больная обратилась к психиатру, чтобы узнать, можно ли ей с шизофренией лежать в общем отделении. На приеме плакала, была подавлена, рассказывала о своей болезни очень многословно, в деталях и датах. Старалась схематически, графически изобразить голоса. На заверения врача о том, что у неё нет шизофрении и она неопасна для окружающих, горько расплакалась, пыталась понять, достаточно ли серьезно врач отнеслась к ее словам. Потом успокоилась, повеселела. Несколько дней чувствовала себя хорошо. В приемном покое неврологического отделения рассказала все откровенно, в результате в госпитализации было отказано до получения письменного заключения психиатра.

С 15.08.09 г. состояние больной резко ухудшилось — за один день было три приступа с судорогами, тошнотой, головокружением и повышением температуры до 37,5°. Прошла срочное повторное обследование и консультацию нейрохирурга.

Эхоэнцефалоскопия от 17.08.09 г.: М-ЭХО — 7,3 см слева и справа, трансмиссия — 7,3 см. КК=14,6 см. Ширина третьего желудочка в норме. Смещения М-ЭХО нет. Признаки интракраниальной гипертензии умеренные.

Повторная ЭЭГ от 17.08.09 г.: очаг эпилептиформной активности корковых, лобно-полюсных, передне-височных отведений справа; общемозговые нарушения биоэлектрической активности умеренные, в виде дезорганизации основного ритма с тенденцией к замедлению по гипертензионному типу на функциональную нагрузку с признаками дисфункции диэнцефальных структур мозга; порог возбудимости подкорковых структур снижен негрубо; признаки диффузной ирритации корковых клеток.

Нейрохирург органической патологии не выявил, предположил наличие у К. психического заболевания.

После обследования у невропатологов К. обратилась в психиатрический стационар. В приемном покое была выявлена субфебрильная температура 37,2°C. Психическое состояние К. во время пребывания в стационаре было следующим. В отделении ориентируется достаточно. Обстановкой и соседством дефектных больных шокирована, но считает, что у нее нет иного выхода, как получить помощь именно тут. Привлечь внимание врача не стремится, во время обхода самостоятельно не подходит, пока не позвонит, однако много времени проводит возле сестринского поста. Часто задает вопросы медперсоналу по лечению, укоряет за несвоевременное измерение артериального

давления, просит о льготах типа пользования мобильным телефоном, частого посещения душа, разрешения принести бритву для гигиенических процедур. Требовательна, придирчива, но на конфликты не идет. В беседе с врачом многословна, излишне детализирует, пытается рассказать все по датам, перечислить имена, названия препаратов, обстоятельства описываемых ею событий и т.п. Рассказы сопровождается символическими рисунками, чтоб ее как можно точнее и правильнее поняли.

Структурировать, вычленив из рассказа главное бывает трудно. Голос тихий, жалобный. Часто горько вздыхает, трет руками лоб, начинает плакать, с трудом успокаивается. Полна мрачных прогнозов и ожиданий. Ищет помощи. С критикой рассказывает о галлюцинациях. Слышит внутри головы множество голосов, из которых выделяет два, говорящих о ней. Женский голос обвиняет ее в том, что она увела у нее мужа, бранит, заставляет что-то сделать с собой или своими родными, говорит, что теперь она опасная для людей шизофреничка. Мужской голос спорит с женским, заявляет, что его никто не уводил из семьи, больная ни в чем не виновата, а женщина может за свои проделки ответить перед милицией. В переговоры с ними не вступает, старается их не слушать. Бредового толкования переживаний нет. В сознании, отвечает на вопросы после пауз, как бы через силу, медленно. Осмысливает вопрос достаточно. На боли не жалуется, говорит о дурноте и слабости. Наблюдаются серии тонических, слабо выраженных судорог в руках и ногах в мышцах-сгибателях, в корпусе — прямых мышц живота. Период подергиваний продолжительностью 1-3 минуты сменяется расслаблением на 1-2 минуты, затем все повторяется. Больная попыталась закусить скрутку из туалетной бумаги, чтоб не «зажевать» язык, с благодарностью приняла предложенное санитаркой полотенце. Лицевые мышцы напрягаются редко и незначительно. Описан также приступ с клоническими судорогами мышц туловища частотой в 1-2 секунды, длительностью 20-30 секунд, с перерывами до 1 минуты 20 секунд и общей длительностью эпизода около 7 минут. Первые дни после поступления субфебрилитет держался 4 дня, в последующем температура поднималась до 37,5°C в дни, когда учащались приступы. В эти же дни увеличивались тревога, напряженность, плаксивость.

По мере улучшения состояния менялся характер голосов: вначале это были отрывочные фразы, потом неразборчивая речь, что беспокоило больную: «Я же должна знать, чего они там говорят!». Позже все сменилось неясным шумом, шелестом, которые слышит непостоянно.

В отделении охотно общается с сохранными больными, сообща занимаются настольными играми, беседуют. Помогает беспомощным пациентам, но тяготеет грубыми проявлениями их дефекта, со слезами рассказывает об этом врачу. Тепло относится

к дочери, тревожится за ее здоровье, пока она находится в больнице. Обижена на мужа, считает, что ему нельзя доверить ребенка. В первый же лечебный отпуск наняла дочери няню, подробно рассказав ей и о своей болезни, и об особенностях характера супруга.

В стационаре были проведены дополнительные исследования. ЭЭГ от 18.08.09 г.: умеренные изменения в виде повышенной активности и возбудимости срединных структур мозга, с более четким альфа-ритмом в правой затылочной области. На гипервентиляцию, звук и свет — без особенностей. Пароксизмальная и межполушарная активность не выявляются. МРТ головного мозга в ангиорежиме от 6.09.09 г.: наружное субарахноидальное пространство незначительно расширено, преимущественно над лобными полюсами, предположительно за счет дистрофических изменений. Незначительные дистрофические изменения в коре верхних отделов полушарий мозжечка. На ангиограммах отмечается вариант разомкнутого виллизиева круга за счет отсутствия обеих ЗСА. Признаки блокады кровотока, сосудистой мальформации, дополнительных ветвей кровообращения не выявляются. Заключение — очаговых и сосудистых изменений в головном мозге не обнаружено. Имеются признаки начальных дистрофических изменений в коре больших полушарий.

Проведенная неврологом «аспириновая проба» определила, что длительная субфебрильная температура является следствием нарушения терморегуляции. Кроме того, были выявлены изменения вегетативного тонуса, реактивности по типу симпатикотонии. Очаговой неврологической симптоматики не определялось. Заключение невролога — височная эпилепсия с полиморфными пароксизмами; синдром вегетативной дисфункции, перманентно-пароксизмальное течение с приступами по типу панических атак.

По результатам патопсихологического исследования выявлена сохранность интеллектуально-мнестических функций. Отмечены особенности личностной сферы в виде эмоциональной лабильности, некоторой театральности мимики и жестов, эгоцентричности установок, декларации альтруизма, психосоматического типа реакции на стресс, фиксации внимания на соматических жалобах.

Заключение эпилептолога: эпилептический процесс (ранняя височная локализованная эпилепсия) с полиморфными пароксизмами, психотическими эпизодами, умеренно выраженными изменениями личности.

На основании вышеизложенного у больной К. можно выделить следующий круг симптомов и синдромов.

В анамнезе: отягощенная эпилепсией наследственность; преморбидно стеничная, усердная, с гиперсоциальными установками.

В детстве отмечался ночной энурез. С юности бывали обмороки, состояние «де жа вю». На фоне сложной семейной ситуации возникают сверхценные идеи, связанные с дочерью, фобии. Около полугода назад появились судорожные припадки без потери сознания. Почти сразу же возникают слуховые галлюцинации, которые постепенно усложнились до поливокального вербального галлюциноза. К психотическим проявлениям пациентка относится критично. Мышление обстоятельное, трудно переключаемое. В эмоциональной сфере выявляются тревога, неглубокая депрессия, более выраженные перед приступами и в периоде их учащения. Наблюдаются застреваемость аффекта, злопамятность.

В личности сочетаются ипохондричность, некоторая демонстративность, склонность к доминантной, лидирующе-опекающей позиции с ригидностью установок, отсутствием гибкости в общении, излишней принципиальностью. Интеллектуально-мнестические функции сохранены.

В данном случае мы проводили дифференциальную диагностику между следующими заболеваниями: параноидная форма шизофрении, декомпенсация расстройства личности, височная эпилепсия.

А.Б. Смулевич [7], Р.А. Наджаров [6] указывают, что клинические проявления шизофрении, ее течение и исход отличаются большим полиморфизмом. Это выражается в широком круге синдромов, а также в изменениях синдромальных характеристик в процессе течения болезни. Последовательность смены симптомов от невротического до психотического уровня, наличие слуховых псевдогаллюцинаций с большой долей вероятности могут указывать на наличие у пациентки такого заболевания, как шизофрения. Однако личность больной не имела шизоидных черт преморбидно, не появились они и сейчас. Мышление остается последовательным, связным, лишенным паралолии и псевдоабстракции, эмоции психологически понятны. Не наблюдается редукции энергетического потенциала. К болезненным переживаниям пациентка относится с критикой, что еще более убеждает нас отказаться от того, чтобы расценить процесс как шизофренический.

Невротическая симптоматика, наблюдавшаяся у больной на протяжении как минимум 6 лет, из которых 3 последние года она лечилась у психотерапевта, некоторая демонстративность ее поведения, подчеркивание своей жертвенно-страдательной позиции, наличие ипохондрического радикала, появление судорожных припадков без потери сознания свидетельствуют в пользу расстройств зрелой личности начиная от уровня патологического развития до уровня декомпенсации расстройства личности. Однако мы видим, что такой путь развития симптоматики нехарактерен ни для одного расстройства зрелой личности. Пациентка с детства отличалась, скорее, тормозными и гиперсоциальными чертами — ответственная, последовательная, упорная в достижении целей, стеничная и педантичная, что могло бы указывать на ананкастный вариант психастении [8].

Появление сверхценных идей и фобий тут было бы вполне объяснимо, но судорожные припадки и, тем более, галлюциноз выпадают из общей логики формирования болезни. Если расценивать все припадки как конверсионные и констатировать истерический психоз, то подобный тип реагирования несвойственен личности больной. Не выявляются описанные К. Ясперсом [10] критерии, присущие реактивным состояниям (обусловленность заболевания психической травмой; соответствие содержания переживаний травмирующему фактору; исчезновение переживаний по мере разрешения психотравмирующей ситуации). Напротив, симптоматика развивалась постепенно, начало заболевания не имело связи с какой-либо психотравмирующей ситуацией.

Гиперсоциальные и тормозимые черты личности многими авторами, в частности А.И. Болдыревым [2], расцениваются как преморбид больных эпилепсией, ночной энурез — как эквивалент эпилептического припадка, обмороки, которые сама больная описывает, как состояния внезапного ослабления, — как парциальные припадки, а явления уже виденного относят к дисмнезическим припадкам. Таким образом, ретроспективно оценивая симптоматику, мы можем придти к выводу о раннем начале заболевания. Наличие в настоящее время

парциальных припадков, протекающих без потери сознания, псевдогаллюцинаторные переживания и результаты ЭЭГ, свидетельствующие об очаге в височной области, указывают на наличие у больной височной эпилепсии.

Итак, на наш взгляд, наиболее полно и точно охватить динамику развития и клинику заболевания у данной пациентки мы можем исходя из диагноза: височная эпилепсия с частыми полиморфными парциальными припадками, затяжным эпилептическим психозом с шизоформной симптоматикой и умеренно выраженным изменением личности по эпилептическому типу.

Пациентка продолжила лечение в психиатрическом стационаре.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Броун, Т.Р. Эпилепсия / Т.Р. Броун, Г.Л. Холмс. — Клиническое руководство. Пер. с англ. — М.: Изд-во БИНОМ, 2006. — 288 с.

2. Болдырев А.И. Эпилепсия у взрослых. — М.: Медицина, 1971. — 367 с.

3. Новиков А.Е. Эволюция в клинической эпилептологии. — Иваново, 2006. — 388 с.

4. Чудновский В.С. Клиническая картина психозов при височной эпилепсии / Височная эпилепсия. — Тюмень, 1970. — С.25—28.

5. Мухин, К.Ю. Эпилепсия / К.Ю. Мухин, А.С. Петрухин, Л.Ю. Глухова. — Атлас электроклинической диагностики. — М.: Альварес Паблишинг, 2004. — 440 с.

6. Наджаров, Р.А. Формы течения шизофрении // Шизофрения: Мультидисциплинарное исследование. — М., 1972. — С. 31—76.

7. Смуглевич, А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. — М.: Медицина, 1987. — 240 с.

8. Ушаков, Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.

9. Шмарьян, А.С. Мозговая патология и психиатрия. — М.: Медгиз, 1949. — 349 с.

10. Ясперс, К. Общая психопатология. Пер. с нем. — М.: Практика, 1997. — 1056 с.

Поступила 26.01.10.

