ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології, наркології та сексології

Затверджено на методичній нараді кафедри
психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології,
наркології та сексології
Зав.кафедри д.мед.н., професор В.В.Чугунов
_____
“_____”_____2015 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

до самостійного заняття по темі «Психосоматичні та соматопсихічні розлади, психічні розлади при патології щелепно-лицьової ділянки» для студентів 4 курсу медичного факультету
(спеціальність «Стоматологія»)

Запоріжжя – 2015 рік

І. Навчальні цілі заняття:

1.1. Студент повинен знати:

- Визначення понять «психосоматичні та соматопсихічні» розлади.
- Клінічні прояви психосоматозів.
- Зв’язок психотравмівної ситуації з клінічними проявами.
- Особливості психічних розладів при патології щелепно-лицьової ділянки.
- Методи психопрофілактики психосоматичних та соматопсихічних захворювань.

1.2 Студент повинен уміти:

- Виявити наявність психоматичного та соматичного захворювання.
- Провести диференційну діагностику з іпохондричним бредом.
- Визначити необхідні психотерапевтичні методи та методики лікування.

ІІІ. Зміст та структура теми заняття:

Поділ хвороб на психосоматичні та соматопсихічні багато в чому умовний. Згадуючи психологічні чи фізіологічні процеси, мають на увазі різний підхід до одного і того ж явища. Саме ж явище неподільне. Отже, у цьому значенні немає ні соматогенної, ні психогенної хвороби, а є просто хвороба.

Психосоматичні розлади

Психосоматика - галузь психіатрії, що вивчає розлади внутрішніх органів та систем, які виникають під дією психотравмуючих факторів, а також зв’язки між характером психічного стресового чинника та ураженням певних органів і систем.

Історичні дані

Спостереження щодо тісного зв’язку між емоційними реакціями та соматичними змінами в організмі з’явились досить давно. Загальновідомими

є вислови про відчуття страху - "стиснулось серце"; образи - "підступила грудка до горла"; несподіванки - "перехопило подих" та ін. Знамениті лікарі та філософи Гіпократ, Кос, Платон, Спіноза, Декарт звертали увагу на взаємодію між тілом і психікою (душею). Сам же термін "психосоматика" був запропонований Heinrot у 1918.

Важливим етапом дослідження цієї патології стала створена на початку двадцятого сторіччя S.Freud теорія психоаналізу.

Вона передбачала можливість перетворення нереалізованих в силу соціальних обмежень афектів, у симптоми різноманітних захворювань. Процес такого перетворення отримав назву "конверсія". Фрейдисти вважали психогенно обумовленими такі захворювання, як бронхіальна астма, виразка шлунку, жовчнокам'яна хвороба та ін. Подібні погляди з самого початку сприймались у колі науковців досить неоднозначно. Зокрема, М.І. Аствацатуров (1935) зазначав, що "...психоаналіз своїми спробами пояснити все і в той же час залишатись непогрішимим на довгі роки дискредитував справедливі погляди на можливість виникнення соматичних симптомів, як безпосередніх проявів психічних (афективних) переживань. Але при цьому у багато психологічних та психіатричних школ під психосоматикою і досі розуміють метод діагностики та лікування соматичних захворювань передовсім з позицій психоаналізу.

Ідея цілісності організму, проблема зв'язку його із навколишнім середовищем давно вивчається вітчизняною медициною, яка збагатила світову науку роботами В.М. Бехтєрєва (1928), Е.К. Краснушкіна (1936), В.А. Гіляровського (1947), П.К. Анохіна (1970), А.Д. Зурабашвілі (1970), А.Г. Іванова-Смоленського (1974) та багатьох інших вчених.

І.М. Сєчєнов заклав основи рефлекторної теорії; І.П. Павлов (1936) розробив метод вивчення зв'язків організму із навколишнім середовищем, розвинув ідею нервізму, показавши, яким чином центральна нервова система та її найвищий відділ - кора головного мозку «тримає під своїм контролем усі явища, які відбуваються в організмі». Теорія нервізму створила підгрунтя для

вивчення ролі рзноманітних умов життя у виникненні та розвитку неврогенних захворювань.

Засновники теорії сучасної психосоматики вважають її універсальним принципом медицини, грунтуючись на тезі про неподільність організму. «Під психосоматичною медициною розуміють лікування розладів, порушень адаптації і, відповідно, вивчення організму, навколишнього середовища та взаємодії між ними» (B. Francl, 1988).

Розповсюдженість

Актуальність даної проблеми зростає. За даними експертів ВООЗ, майже 50% стаціонарних лікарняних ліжок у свт займають хворі на психосоматичну патологію. Підраховано, що 22% осіб зі скаргами психосоматичного характеру забирають до 50% робочого часу лікарів (Lunn, 1984).

Як свідчать результати дослідження проведеного О.К.Напреєнком (1991), майже 70% соматично хворих виявляють ознаки психічних порушень різного регістру та ступеня тяжкості. Більше того, деякі психосоматичні розлади, наприклад серцево-судинні, набули характеру пандемії практично у всіх промислово розвинутих країнах.

Епідеміологічні дослідження показують, що до психосоматичної патології більш схильні люди похилого та середнього віку, а також особи з низьким матеральним прожитковим рівнем. Жінки на психосоматичні розлади страждають частіше ніж чоловіки.

Варто зазначити, що ці показники досить неоднорідні через суттєві розходження у поглядах на нозологічні межі, відмінності епідемічної ситуації у різних регіонах та суб’єктивізм оцінки різних фахівців.

Етіопатогенез

Питання про походження психогенно зумовлених соматичних захворювань тісно пов’язане із проблемою психічних конфліктів і неврозів. На думку В.М. Мясіщева, усім психогенним захворюванням властиві:

1. зв’язок з психотравмуючою ситуацією;

2. наявність мотиву захворювання (патогенетичного);
3. відображення у клінічних проявах захворювання преморбідних особливостей особистості;
4. залежність терапевтичного ефекту від розв’язання психотравмуючої ситуації.

В.Б. Захаржевський вказує, що незважаючи на присутність у клініці неврозів та психосоматичних захворювань однакових компонентів -психогенного і біологічного - їх співвідношення між собою відрізняються. При неврозах головна роль належить психогенному чиннику, а додаткова -факторам ризику, у той час, як при психосоматичних розладах специфіка хвороби визначається біологічними чинниками, а психогенні фактори відіграють вирішальну (ініціюючу) роль.

Посередником між ЦНС та внутрішніми органами, "провідником" емоційних станів виступає вегетативна нервова система, яку іноді справедливо називають «органом вираження афекту». Фізіологічні реакції на психічні (пізнавальні, емоційні, вольові) процеси відбуваються безперервно і у різних фізіологічних системах: серцево-судинній (зміни серцебиття і артеріального тиску, звуження і розширення судин); дихальній (прискорення чи уповільнення дихання); травній (посилення чи уповільненя моторики, нудота); м’язовій (тремтіння, збудження, ступор та ін.), статевій.

Але можливі психосоматичні зрушення і без емоційного компоненту. Згідно теорії І.П. Павлова, психосоматичні реакції можуть виникати за участю першої сигнальної системи, як у хрестоматійному прикладі із хлопчиками, що демонстративно прогулювались з лимонами перед духовим оркестром до тих пір, доки музиканти не припинили гру внаслідок надмірної салівації. Вихідний стимул може бути опосередкований і другою сигнальною системою: наприклад, усний опис того ж лимона повторно викликає уявлення про нього, і відповідну соматичну відповідь.

Різноманітні шкідливі чинники, що є стресогенними для конкретного організму, викликають перенапруження адаптаційних процесів у корі мозку,

де на тлі загальних динамічних зрушень виникають функціональні вогнища застійного збудження і гальмування, які пов’язані із патологічно фіксованими негативними емоціями у відповідь на стрес-фактор. Ці явища патологічного застою поширюються на вегетативну нервову систему і тривалий час створюють у ній певний функціональний стан, відповідний конкретній негативній емоції, який обмежує гнучкість її адаптації до зовнішніх та внутрішніх змін. Застій та інертність можуть тривалий час зберігатися і після усунення зовнішніх чинників, які їх спричинили.

З’являється вегетативна та метаболічна недостатність, а разом з тим і порушення роботи внутрішніх органів. Спочатку зміни мають функціональний, зворотний характер, але при тривалому і частому повторенні вони можуть стати органічними, необоротними.

Дана теорія відстоює принцип неспецифічності, який полягає у тому, що будь-який тривалий стрес здатний викликати соматичні розлади. Але у залежності від онтогенезу хворого та перенесених ним захворювань, місця найбільшої патології і найураженішої фізіологічної функції у кожному окремому випадку інші. Причини цієї «вибірковості» у тому, що ушкоджений орган (чи система) вже перебував у передпатологічному стані. «Нервовий удар» тільки сприяє завершенню формування патології «locus minoris resistentiae» - «місця найменшого опору».

Іншу точку зору висловлюють прихильники теорії специфічності. Вони наводять систему доказів того, що «вибір органа» зумовлюється головним чином завдяки характеру психотравмуючого агента або реагуючої особистості. Зокрема, F. Dunbur описав риси особистості типу А, які є специфічними для виникнення коронарної патології.

H. Selye дослідив загальний адаптаційний синдром, який є сумою неспецифічних реакцій організму на дію тривалого стресу.

Центральною ланкою такої відповіді виступає система гіпоталамус-гіпофіз-наднирники, яка реагує на стрес надмірною секрецією кортизолу, що у підсумку призводить до структурних змін внутрішніх органів.

Нейротрансміттерами стресових реакцій є такі гормони, як кортизол, тіроксин та адреналін.

Класифікація психосоматичних розладів

Деякі сучасні дослідники виділяють психосоматичні реакції та власне психосоматичні захворювання. Перші, за своєю суттю ще не є патологією і зустрічаються у здорових людей як поодинокі, ізольовані реакції організму на стресорні впливи. Як приклад таких реакцій можна навести випадки частого сечовипускання та діареї у студентів перед відповідальними екзаменами.

Термін «психосоматика» вживається в багатьох значеннях. За М. Блейлером (1970), психосоматичні розлади поділяють на три типи.

1. Психосоматози - класичні психосоматичні захворювання, які супроводжуються виникненням органічної патології під дією психологічних чинників. Лікування в такому випадку має бути спрямоване передовсім на психіку (психотерапія та психофармакотерапія). Переважно до цієї групи відносять гіпертонічну хворобу, пептичну виразку, бронхіальну астму, неспецифічний виразковий коліт, нейродерміт, інфаркт міокарду, мігрень. Психологічні та поведінкові чинники, змінюючи реактивність організму, відіграють важливу роль у виникненні та перебігу і інших захворювань (ендокринних, інфекційних, злоякісних), але при цьому не являються первинними етіологічними факторами.
2. Функціональні психосоматичні розлади, які ін оді ще називають системними неврозами - нестійкі порушення функцій органів та систем пов’язані з дією нервово-психічних факторів (особливостями емоційних реакцій, переживанням психотравми). До них відносять затинання, енурез, невротичні тики, закрепи, психогенну імпотенцію та ін.
3. Психосоматичні розлади, пов’язані з особливостями емоційно-особистісного реагування (вживається у більш широкому, непрямому

змісті). Порушення здоров’я у цих випадках зумовлюється відповідними особливостями поведінки людини, що витікають із певних рис особистості і її переживань. Сюди відносять схильність до травм, ожиріння, алкоголізму, токсикоманій та ін.

Клінічна картина

Стоматологам часто доводиться мати справу з проявами так званої прихованої, або соматизованої депресії, коли власне депресивні явища (стійко пригнічений настрій) виявляються прихованими за "маскою" болів або вегетативних розладів.

Найпоширеніші варіанти маскованої депресії:

а) алгічно-сенестопатична форма - на першому плані болі та неприємні відчуття у різних ділянках тіла. Можливий її цефалгічний, абдомінальний і кардіальний варіант. У жінок часто зустрічається глосалгічний варіант, що особливо важливо в практиці стоматолога.

б) агрипнічна форма - провідним є порушення сну.

в) діенцефалічна форма - у вигляді різноманітних вегетативних кризів.

г) обсесивно-фобічна - з нав’язливими думками та страхами.

Сенсорні порушення в ділянці м’яких тканин обличчя і слизової рота можна розділити на: парестезії - поколювання, печіння, зтягування; болі - розпирання, пульсація; смакові розлади - гіркота, сухість. При діагностиці соматизованої депресії враховують скарги хворого, особливості анамнезу та динаміки хвороби, а також ефект від проведеної стоматологічної терапії.

Лікар повинен виходити з реальності існуючої соматичної патології і передовсім провести ретельне інструментальне обстеження, а при його негативних результатах та за наявності відповідних психїопатологічних ознак зупинитись на діагнозі депресії.

Серцево-судинна система

Ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарду найчастше трапляються у так званих "коронарних особистостей". Їх тип характеру отримав назву «стрескоронарний профіль», «тип А» або «сізіфовий тип», що відображає

прагнення утримувати себе у стані безперервного емоційного напруження. Преморбідно таким людям притаманні виразний перфекціонізм - честолюбність, завищений рівень бажань із прагненням до досягнення високих стандартів суспільного життя, мотивація на досягнення високої соціальної мети. Вони відзначаються прагненням до конкуренції, квапливістю у веденні справ, нетерплячістю, почуттям високої відповідальності за доручену справу, азартністю, іноді ворожістю. Характерним є «занурення у роботу», адже на все інше просто не вистачає часу. До того ж це пояснюється тим, що такі люди краще справляються з ситуаціями, орєнтованими на досягнення високої соціально значущої мети, ніж проблемами сім'ї чи при спілкуванні з друзями.

Стенокардія, аритмія, коронарний спазм виникають у них на тлі тривалих переживань, тривог, гніву, фрустрації. Біль при стенокардії часто носить атиповий характер і локалізацію. Панічні реакції можуть супроводжуватись вираженою аритмією, тахікардією, відчуттям нехватки повітря. Можлива смерть внаслідок шлуночкової екстрасистолії при переживанні тяжкого стресу.

Під час громадянської війни у США (1871) було описано синдром да Кости ("збуджене серце"). При цьому стані безпідставне переконання у тому, що розвинулась тяжка хвороба серця, супроводжується тахікардією, задишкою, стенокардією та надмірною стомлюваністю.

Виникнення внутрішньоособистісного конфлікту між агресивними імпульсами та потребою бути залежним від значущих осіб, може призводити до розвитку гіпертонічної хвороби. В її етіології значна роль належить конфліктній ситуації, оскільки люди схильні до гіпертонії, як правило, гірше адаптуються до стресогенних ситуацій, їх особистість характеризується інтравертованістю, емоційною лабільністю та істероідністю. Такі риси сприяють психосоматичному реагуванню.

Спазми периферичних судин при хворобі Рейно можна вважати безпосередньо пов’язаними з тютюнопалінням, як видом токсикоманії (третій тип психосоматичних розладів за М. Блейхером).

Дихальна система

Серед особистісних рис, що формують схильність до бронхіальної астми, виокремлюють істеричність, іпохондричність, неусвідомлену тривожність. Психоаналітики вбачають у симптомі бронхоспазму символічне відбиття особистісного конфлікту між потребою у ніжності і страхом перед нею. Астматичне свистяче дихання є несвідомим проханням про любов і захист. Головне значення у розвитку бронхіальної астми має пригнічення матір’ю емоційних проявів дитини у ранньому дитинстві - крику, плачу та ін.

Сім’ї хворих на бронхіальну астму відзначаються стриманістю у проявах емоцій, батьки прагнуть контролювати ініціативу своїх дітей, блокувати несанкціоновані вчинки. Напади астми тим сильніші, чим більше хворий змушений боротися із почуттям гніву відносно до тих авторитетних осіб, які відмовляють йому у бажаній любові.

Шлунково-кишковий тракт

Іноді виникнення виразкової хвороби шлунку та 12-палої кишки буває не пов’язаним з інфекцією чи фізичним подразненням. У преморбіді таких пацієнтів характерним є прагнення до пригнічення потреби у залежності з прагненням отримувати любов і турботу. На сьогодні виділено 7 профілів особистості, які зумовлюють не лише розвиток виразкової хвороби, але й клінічні особливості її перебігу. До їх складу входять найпоширеніші: а) «тиранічний пацієнт» - відрзняється внутрішньою залежністю від оточення і одночасним страхом перед цією залежністю.

Як реакція гіперкомпенсації в поведінці у нього виступає прагнення до тиранічного пригнічення оточуючих зі спалахами агресії у випадках невдач; деякі з цих пацієнтів мають схильність до алкоголізації;

б) хворі з психопатичними рисами характеру, компульсивно-депресивними рисами. Їм притаманна схильність «розсіювати» агресивне напруження на оточуючих, вони глузують з них, висловлюють постійне незадоволення. Це спричиняє негативне ставлення оточуючих і така негативна реакція ще більше спонукає пацієнта проявляти агресію, таким чином формується «хибне коло». Хвороби ендокринної системи та порушення обміну.

Виділяють 3 психологічні механізми, що сприяють захворюванню на цукровий діабет:

а) внутрішньоособистісні конфлікти та потреби компенсаторно задовольняються актом харчування (формула: їжа - любов). Інтенсивний апетит та схильність до ожиріння призводять до стабільної гіперглікемії, яка, в кінцевому результаті, функціонально ослаблює секреторну діяльність острівків Лангерганса підшлункової залози;

б) ідентифікація їжі з любов'ю. Блокування цієї емоції викликає стан голоду, що посилюється незалежно від вживання їжі. Формується «голодний» метаболізм, який відповідає метаболізмові хворого на діабет;

в) неусвідомлені страхи, що виникають протягом всього життя, призводять до постійного реагування за типом «уникнення-боротьба», що супроводжується гіперглікемією. Оскільки психологічна напруга адекватно не реалізується, діабет може розвинутися з початкової гіперглікемії.

Прагнення до надмірного споживання їжі, і, як наслідок, ожиріння може бути захистом від небажаного шлюбу, від невдач у соціальних стосунках, воно часто спостергається у людей із незадоволеною потребою у самореалізації або як компенсація невдалого сімейного життя.

Лікування

Комплекс лікувальних заходів включає в себе психотерапевтичну роботу з хворим; психологічну та психотерапевтичну допомогу членам його сім'ї та найближчому оточенню, застосування ефективних психотропних та інших біологічних психокоригуючих засобів. Ці методи лікування проводяться

паралельно з суто терапевтичними впливами які реалізують спеціалісти відповідного профілю в умовах соматичних стаціонарів за участю психіатра, який не є лікуючим лікарем (взаємодіюча психіатрія).

Хворих з тяжкими психічними розладами доцільно лікувати у психосоматичних відділеннях багатопрофільних лікарень, або у психіатричних стаціонарах (якщо дозволяє соматичний стан). Хворим, які не потребують стаціонарного лікування цей вид спеціалізованої медичної допомоги надається в амбулаторних умовах, теж на засадах взаємодіючої, а не заміщаючої моделі (психіатр підміняє лікаря іншого профілю) через організаційну та економічну нераціональність останньої.

З урахуванням структури психопатологічних синдромів переважно застосовують седативні засоби (броміди, валеріану, ново-пасит) та транквілізатори (сибазон, транксен, тазепам, медазепам). Цих груп препаратів достатньо при наявності незавершених (субсиндромальних) клінічних проявів. Можуть використовуватись вітаміни, препарати групи бета-блокаторів, які викликають анксіолітичний (протитривожний) ефект, а також ніфедіпін та верапаміл, що мають нормотимічні властивості, фізіотерапевтичні процедури (електросон, солярій), загальнозміцнююче лікування (полівітаміни, магне В6).

При психопатологічно завершених станах призначають антидепресанти (амітриптилін, меліпрамін, коаксил, золофт, ципраміл). Для корекції неадаптивної поведінки виправдане застосування в першу чергу таких нейролептиків, як неулептил, сонапакс.

При цьому варто пам’ятати про підвищену чутливість соматично хворих до психотропних медикаментів, а іноді - парадоксальну реакцію на них. Тому спочатку їх призначають у мінімальних дозах, а потім збільшують з урахуванням індивідуальної психічної реакції та соматичного стану.

III. Рекомендована література.:

Основна:

1. Психіатрія /За ред. О.К.Напрієнка.- К., 2003

2. Психіатрія (клініко-діагностичні алгоритми): Навчально-методичний посібник/ За ред. проф. Л.М. Юр'євої.-Д.:АРТ-ПРЕС, 2002.-168с.

3. Менделевич В.Д. Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство для врачей и студентов. - М.:ТОО «Техлит», 1997.-496с.

4. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике.-СПб.,1999.-518с.

5. Клиническая психиатрия/ Под ред. Н.Е.Бачерикова.-К.: Здоров'я,1989-512с.

6. Руководство по психиатрии /Под ред А.В.Снежневского.-В 2-х томах.-М.:Медицина, 1983.

7. Руководство по психиатрии /Под ред. А.С.Тиганова.- В 2-х томах- М.: Медицина,1999г.

8. Руководство по психиатрии /Под ред. Г.В.Морозова.- В 2-х томах._М.: Медицина,1988

Додаткова

1. Каннабих Ю.В., «История психиатрии», Москва ,1923
2. Блейлер Э., «Руководство по психиатрии» ,изд-во «Врач», Берлин,1920
3. Гиляровский В.А., «Учение о галлюцинациях», БИНОМ ,Москва ,2003
4. Крепелин Э., «Введение в психиатрическую клинику», БИНОМ, Москва, 2004
5. Корсаков С.С., «Общая психопатология», БИНОМ,Москва ,2004
6. Суханов С.А., «Семиотика и диагностика душевных болезней» товарищество типографии А.И. Мамонтова, Москва ,1905
7. Снежневский А.В., «Общая психопатология», МЕДпресс-информ Москва, 2001

8. Ганнушкин П.Б., «Клиника психопатий», изд-во НГМА ,Нижний Новгород, 2000
9. Гаррабе Ж., «История шизофрении», Москва – Санкт-Петербург, 2000
10. Аммон Г., «Динамическая психиатрия», Санкт-Петербург, 1996
11. Крафт-Эбинг Р., «Половая психопатия», изд-во «республика», Москва 1996
12. Случевский И.Ф., «Психиатрия», медгиз, ленинградское отделение,1957
13. «Шизофрения, мультидисциплинарное исследование», под ред. А.В. Снежневского, «медицина», Москва ,1972
14. Кербиков О.В., Коркина М.В., Наджаров Р.А., Снежневский А.В, «Психиатрия», «Медицина», Москва ,1968
15. Семке В.Я., «Истерические состояния», «медицина», Москва ,1988
16. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж., «Клиническая психиатрия» в 2-х томах,«медицина», Москва ,2002
17. Свядощ А.М., «Неврозы и их лечение», медгиз, Москва, 1959
18. Бамдас Б.С., «Астенические состояния», медгиз, Москва, 1961
19. Кемпински А., «Меланхолия», наука, Санкт-Петербург, 2002
20. Кемпински А., «Экзистенциальная психиатрия», СПб изд-во «совершенство», 1998
21. Авруцкий Г.П., Недува А.А., «Лечение психически больных» М, «медицина», 1988
22. Нуллер Ю.Л.. «Депрессия и деперсонализация». 1981
23. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. ,«Аффективные психозы» ,1988
24. Пападопулос Т.Ф., «Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика)». М., Медицина, 1975
25. Шнайдер К., «Клиническая психопатология», М.,«сфера», 1999
26. Принципы и практика психофармакотерапии: Пер. с англ. С.А. Малярова / Ф.Дж. Яничак, Дж.М. Дэвис, Ш.Х. Прескорн, Ф.Дж. Айд мл. – К.: Ника-Центр, 1999 – 728 с.

27.«Лечебная физическая культура в психиатрической больнице» В.И.Запускалов, С.А.Каспарова и др. (под. ред. И.З.Копшицер) М Медицина 1965
28.Гиляровский В.А. «Психиатрия» 1954
29.Кречмер Э. «Об истерии» СПб 2002
30.Кречмер Э. «Строение тела и характер»
31.Личко А.Е. «Психопатии и акцентуации характера у подростков»
32.Леонгардт К. «Акцентуированные личности»
33.Зейгарник Б.В. «Патопсихология» 1986
34.Ясперс К. «Общая психопатология» М. «Практика» 1999
35.Ясперс К. Собрание сочинений по психопатологии в 2-х томах СПб изд-во «Белый кролик» 1996
36.Юнг К.Г. Работы по психиатрии СПб изд-во «Академический проект» 2000
37.Блейхер В.М. «Расстройства мышления» 1983
38.Кандинский В.Х. «О псевдогаллюцинациях»
39.Осипов В.П. ,«Курс общего учения о душевных болезнях, государственное изд-во РСФСР ,Берлин ,1923