

УДК 616.8:615.851

*Н. Г. Ермакова*

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА В ЛЕВОМ И ПРАВОМ ПОЛУШАРИЯХ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, Санкт-Петербург

В последнее десятилетие отмечается увеличение числа заболеваний церебральным инсультом, что делает актуальной медико-социальной проблемой, как отмечают Е. И. Гусев и А. С. Кадыков, реабилитацию постинсультных больных, направленную на восстановление нарушенных функций, социальных контактов, профессиональных навыков, возвращение больного в общество и к посильному труду [1, 2].

Одним из серьезных осложнений после перенесенного инсульта является нарушение высших психических функций, выраженность которых зависит как от обширности, так и от локализации очага поражения.

Как отмечают А. М. Вейн и соавт., при поражении левого полушария у больных отмечаются более выраженные нарушения психологических показателей по сравнению с больными с поражением правого полушария [3]. В то же время они лучше, чем пациенты с правосторонним инсультом, клинически и психологически восстанавливаются вне зависимости от степени выраженности двигательного дефекта, размера очага и афатических нарушений.

По мнению D. V. Nier с соавт., при поражении правого полушария восстановление менее выражено и не является полным [4].

В этом случае, как отмечают авторы [5], преобладают нарушения различных видов чувствительности, анозогнозия, синдром «половинного внимания», психические нарушения и депрессия.

При неполном сознании развившегося дефекта у больных формируется пассивное отношение к своему заболеванию, хотя одновременно с этим сохраняется беглость речи, в силу чего они могут казаться социально полноценными. Однако такие авторы, как Т. Д. Демиденко, О. А. Балун, И. В. Дамулин, В. Bernspang, A. Fisher, высказывали мнение, что сторона поражения не имеет принципиального значения для функционального исхода [6–9].

Нарушения высших психических функций, как отмечают В. Д. Трошин, В. М. Шкловский, Л. В. Климов, В. А. Парфенов, нередко затрудняют процесс восстановительного лечения [10–12]. Поэтому особое значение имеет психокоррекционная работа с больными после инсульта, направленная на повышение активной включаемости последних в процесс восстановительного лечения и психосоциальной адаптации.

Нами было проведено изучение психологических особенностей больных с последствиями инсульта с очагами поражения в левом и правом полушариях для более целенаправленного построения программ психологической коррекции и психотерапии, предназначенных для формирования активизации личности в процессе реабилитации.

© Н. Г. Ермакова, 2008

Целью настоящей работы явилось выявление особенностей высших психических функций у больных с разной локализацией очага поражения и их влияния на качество жизни в процессе восстановительного лечения.

**Объект и методы исследования.** В исследовании участвовали 192 больных с последствиями нарушения мозгового кровообращения в возрасте от 38 до 65 лет — 150 мужчин, 42 женщины; с давностью заболевания от 2-х до 6 месяцев — 92 больных; от 6 месяцев до года — 95; от года до 3-х лет — 5 больных. С левополушарной локализацией очага поражения наблюдалось 111 человек, с правополушарной локализацией — 81. У 95 % пациентов наблюдался ишемический инсульт.

Очаг поражения был подтвержден клиническим и нейровизуальным исследованиями (КТ, МРТ, ПЭТ). У 18 больных наблюдались остаточные проявления речевых нарушений в виде моторной, акустико-мнестической, динамической афазии; у 20 больных — проявления апраксии. Легкие когнитивные нарушения отмечались у 59 больных; умеренные — у 38. Оценка тяжести заболевания была следующей: больным с легкими двигательными нарушениями присваивался 1 балл, с гемипарезом средней тяжести — 2 балла; с гемипарезом средней тяжести и с когнитивными нарушениями — 3 балла.

В исследование не включались пациенты с локализацией поражения в вертебробазилярном бассейне, с сопутствующим эпилептическим синдромом, с выраженными когнитивными нарушениями, препятствующими проведению исследования.

Больные получали комплексное восстановительное лечение в стационарном центре реабилитации городской больницы № 40 в период 1997–2005 гг. В процессе стационарной реабилитации все больные занимались лечебной физкультурой, им назначалась физиотерапия, психотерапия, занятия в комнате бытовой реабилитации, при необходимости — логопедическая помощь. Со всеми больными, принимавшими участие в исследовании, проводилась симптоматически ориентированная, когнитивно-поведенческая психотерапия.

В процессе индивидуальной работы использовалась когнитивная психотерапия по А. Беку, Р. Мак Малину [13, 14]. В группе применялась поведенческая психотерапия, направленная на освоение приемов саморегуляции: трансовые методы (аутогенная тренировка, тематические медитации, эриксоновский гипноз). Высшие психические функции оценивались с помощью классических методов патопсихологического исследования, описанных в работах А. Р. Лурия, С. Я. Рубинштейн, В. М. Блейхер [15–17]. Исследование внимания: время выполнения трех первых таблиц Шульте; корректурная проба (время выполнения и ошибки). Исследование памяти: запоминание 10 слов в четырех предъявлениях (высчитывался коэффициент запоминания: сумма всех правильно воспроизведенных слов в четырех предъявлениях, разделенная на 40 и умноженная на 100 %); запоминание цифр (методика Джекобса) — максимальная длина ряда правильно воспроизведенных цифр. Исследование мышления: пересказ короткого рассказа (3 балла — максимально полный и правильный пересказ; 2 балла — неполный, но большой восполняет пересказ с уточняющими вопросами; 1 балл — неполный пересказ, наводящие вопросы не помогают). Интерпретация пословиц: 3 балла — правильное понимание переносного смысла, 2 балла — переносный смысл анализируется, но не очень точно; 1 балл — конкретное понимание пословицы. Кубики Коса-2 субтеста из 4 кубиков, 1 из 9 кубиков, фиксируется время и правильность выполнения, при затруднениях применяется подсказка в виде сетки, разделенной на квадраты. Использовалась методика MMSE, описанная в работе А. Н. Беловой; оценка уровня самообслуживания проводилась по шкале Бартеля, шкале

ФИМ. Качество жизни оценивалось по опроснику, описанному в работе К. В. Логунова (максимальный балл — 5); отношение к болезни и лечению по 5-балльной шкале, описанной в работе Т. Д. Демиденко, Н. Г. Ермаковой [18–20]. Чем больше балл по шкале отношения к болезни, тем больше переоценка тяжести заболевания; чем больше балл по шкале отношения к лечению, тем больше ответственности берет на себя больной за исход болезни.

Личностная и реактивная тревожность оценивалась по методике Спилбергера–Ханина [21].

Был произведен сравнительный анализ показателей средних значений у больных с правополушарной и левополушарной локализацией очага поражения с помощью критерия Стьюдента, а также корреляционный и факторный анализы результатов. Работа проводилась с помощью компьютерной программы Statistica ver 5.0.

**Результаты исследования.** По результатам сравнительного анализа группы значительно не различались по возрасту, тяжести заболевания, длительности заболевания (табл. 1).

При изучении высших психических функций у правополушарных больных наблюдается снижение устойчивости внимания, но в то же время достаточно стабильные показатели выполнения задания в трех пробах Шульте. У правополушарных больных несколько больше ошибок в корректурной пробе, оценивающей распределение внимания; время же выполнения пробы примерно одинаковое у больных обеих групп. Сходные достижения наблюдаются при запоминании слов и цифр, при пересказе и интерпретации пословиц.

Значимые различия отмечаются при выполнении проб конструктивного мышления, первой и второй проб (из четырех кубиков Коса) — их левополушарные больные выполняют значительно успешнее ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ ). Это свидетельствует о трудностях оптико-пространственных функций у больных с правополушарной локализацией очага поражения, в связи с чем на выполнение заданий уходит значительно больше времени. Нередко они работают с подсказкой.

Таблица 1

**Сравнительный анализ средних значений показателей больных с правополушарной и левополушарной локализацией очага поражения**

Признак	Правополушарные (N = 81)	Левополушарные (N = 111)	Дост. t-value	P	Достоверность различий
	M±δ				
1	2	3	4	5	6
Возраст, годы	51,26±4,18	50,73±4,23	0,844	0,399	
Качество жизни (max — 5 баллов)	3,10±0,37	3,03±0,38	1,18	0,241	
Длительность заболевания, мес.	5,37±2,11	4,83±2,09	1,76	0,082	
Тяжесть заболевания	1,78±0,82	1,65±0,75	1,13	0,258	
Отношение к болезни	3,37±0,797	3,41±0,545	-0,361	0,718	
Отношение к лечению	2,44±0,69	2,54±0,69	-0,947	0,344	
Шкала Бартеля	82,16±5,75	83,78±5,81	-1,921	0,056	
Шкала ФИМ	91,82±5,98	91,37±5,01	0,561	0,575	

Окончание табл. 1

1	2	3	4	5	6
Время выполнения кубиков Коса (с)-1	70,90±69,56	46,68±48,48	2,84	0,004	**
Время выполнения кубиков Коса (с)-2	70,88±68,03	44,33±37,94	3,44	0,0007	***
Время выполнения кубиков Коса (мин)-3	6,49±3,76	5,57±3,44	1,761	0,079	
Время выполнения таблицы Шульце (с)-1	67,70±27,37	66,32±31,23	0,321	0,749	
Время выполнения таблицы Шульце (с)-2	71,49±28,69	69,51±32,55	0,437	0,662	
Время выполнения таблицы Шульце (с)-3	68,06±25,06	65,95±22,68	0,607	0,543	
Корректирующая проба (ошибки)	13,21±9,09	11,85±7,37	1,137	0,256	
Корректирующая проба, мин	14,36±3,99	14,72±3,70	-0,664	0,507	
Запоминание слов	84,23±5,75	85,36±6,69	-1,229	0,221	
Запоминание цифр	6,34±0,56	6,51±0,64	-1,958	0,051	
Пересказ	2,61±0,49	2,61±0,71	-0,015	0,988	
Интерпретация пословиц	2,77±0,51	2,71±0,56	0,569	0,569	
MMSE	28,70±1,14	29,06±1,07	-2,106	0,035	*
Реактивная тревожность	49,71±6,14	51,83±5,50	-2,459	0,013	*
Личностная тревожность	48,09±5,51	49,35±5,11	-1,622	0,106	

Примечание. Достоверность различий: \*  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ .

Время выполнения кубиков Коса в третьей пробе (из 9 кубиков) также больше у правополушарных больных (6,49 и 5,57).

В пробе MMSE, которая содержит субтест на конструктивное мышление, время выполнения значимо больше также у правополушарных больных (28,7 и 29,06). Реактивная тревожность значимо выше у левополушарных больных (51,82 и 49,71), выше у них и личностная тревожность, хотя и незначимо (49,35 и 48,09).

Показатели оценки качества жизни, отношения к болезни и к лечению, показатели самообслуживания больных обеих групп различались мало (см. табл. 1).

Высокая тревожность у больных с левополушарной локализацией очага, по нашим наблюдениям, приводит к переоценке тяжести состояния и принятию на себя большей ответственности за исход лечения и за исход заболевания. Переоценка тяжести состояния (показатель отношения к болезни) выше у левополушарных больных, хотя и незначимо (3,37 и 3,41), кроме того, у них выше показатель принятия ответственности на себя за исход лечения (показатель отношения к лечению) по сравнению с правополушарными больными (2,44 и 2,54).

Можно предположить, что возрастанию тревожности способствует большая бытовая проблематичность у левополушарных больных, которые при правостороннем гемипарезе вынуждены обучаться все делать левой, здоровой рукой. Происходит перестройка психической регуляции двигательной функции, переложение навыка с одной руки на другую, с включением речи (внешней и внутренней), мышления, памяти, внимания; с использованием тренировки и положительного подкрепления результатов.

Как отмечал А. Р. Лурия, развитие и перестройка функций происходит с непременным участием всех высших психических функций, включая речь и мышление [15].

Формирование нового навыка реализуется при мобилизации всех высших психических функций. Это способствует большей включаемости коры больших полушарий здоровой части мозга, всех сохранных функций, в том числе и лобных, в процесс формирования нового сложного навыка. Можно предположить, что вынужденная мобилизация психических функций у больных с левополушарной локализацией очага поражения способствует развитию у них большей ответственности за исход восстановления нарушенных функций.

По результатам корреляционного анализа нами выделены некоторые признаки, имеющие наибольшее число корреляционных связей с другими признаками и образующие корреляционные плеяды ( $r > 0,40$  при  $p < 0,01$ ). Ниже приведены корреляционные плеяды у больных с локализацией очага поражения в левом полушарии.

1. Концентрация внимания (время выполнения пробы Шульте-1).

Время выполнения пробы Шульте коррелирует с 7 признаками ( $r > 0,40$ ). Чем больше время выполнения пробы Шульте-1, тем больше время выполнения пробы Шульте-2 (+0,85) и Шульте-3 (+0,74); тем меньше объем запоминания слов (-0,49) и цифр (-0,47); тем меньше показатели MMSE (-0,51); тем меньше качество жизни (-0,45); тем больше тяжесть заболевания (+0,44). Таким образом, большее время для выполнения пробы на внимание, т. е. низкая концентрация внимания, коррелирует с меньшим объемом запоминания.

2. Конструктивное мышление (время выполнения кубиков Коса).

Время выполнения кубиков Коса в первой пробе коррелирует с 6 признаками. Чем больше время выполнения кубиков Коса-1, тем больше время выполнения кубиков Коса-2 (+0,53); тем хуже интерпретация пословиц (-0,57); запоминание слов (-0,55); запоминание цифр (-0,44); тем меньше балл по MMSE (-0,45); тем больше тяжесть заболевания (+0,49). Чем больше время выполнения кубиков Коса в первой пробе, т. е. чем менее успешно конструктивное мышление, тем хуже запоминание и более выражена тяжесть заболевания.

3. Качество жизни.

У левополушарных больных признак «качество жизни» коррелирует с 11 признаками. Чем выше качество жизни, тем менее выражена тяжесть заболевания (-0,69); тем лучше выполнение пробы MMSE (+0,65); запоминание слов (+0,61); шкала Бартеля (+0,58); шкала ФИМ (+0,55); запоминание цифр (+0,48), тем меньше реактивная тревожность (-0,47); тем лучше интерпретация пословиц (+0,46); тем меньше время выполнения таблицы Шульте-1 (-0,45); время выполнения таблицы Шульте-3 (-0,43); время выполнения таблицы Шульте-2 (-0,41). Чем выше балл по качеству жизни у больных с левополушарной локализацией очага поражения, тем лучше показатели запоминания, внимания, понимания переносного смысла, меньше реактивная тревожность и лучше самообслуживание.

У правополушарных больных можно выделить следующие корреляционные плеяды ( $r > 0,40$  при  $p < 0,01$ ).

1. Концентрация внимания (время выполнения таблицы Шульте-3).

Время выполнения таблицы Шульте в третьей пробе коррелирует с 5 признаками. Чем больше время выполнения таблицы Шульте-3, тем больше время выполнения таблицы Шульте-1 (+0,75); таблицы Шульте-2 (+0,75); тем больше ошибок в корректурной пробе (+0,50); тем хуже пересказ (-0,48); тем хуже показатели MMSE (-0,44). Чем больше время выполнения таблицы Шульте в третьей пробе, т. е. хуже показатели концентрации внимания, тем хуже распределение внимания и хуже понимание рассказа.

## 2. Запоминание.

Признак пробы «запоминание слов» коррелирует с 8 признаками. Чем больше балл по запоминанию слов, тем лучше запоминание цифр (+0,82); тем больше балл по MMSE (+0,83); тем лучше пересказ (+0,71); тем лучше интерпретация пословиц (+0,60); тем меньше тяжесть заболевания (-0,77); тем меньше время выполнения проб на конструктивное мышление (кубики Коса-1 (-0,59); кубики Коса-2 (-0,55); кубики Коса-3 (-0,42)). Чем лучше показатели запоминания, тем лучше показатели понимания логических конструкций и переносного смысла и успешнее пробы на конструктивное мышление.

## 3. Качество жизни.

У правополушарных больных признак качества жизни коррелирует лишь с 3 признаками: шкала ФИМ (+0,66); шкала Бартеля (+0,59); тяжесть заболевания (-0,40).

Таким образом, у левополушарных больных большее число корреляционных связей имели такие показатели высших психических функций, как показатели концентрации внимания и конструктивного мышления, в то время как у правополушарных больных большее количество корреляционных связей имели показатели концентрации внимания и запоминания.

При сравнении связей показателя качества жизни было обнаружено, что оценка качества жизни у левополушарных больных зависит от успешности памяти (запоминание слов, запоминание цифр); внимания (таблица Шульте); понимания переносного смысла (интерпретация пословиц), а также от самообслуживания (шкала Бартеля и шкала ФИМ); тяжести заболевания и реактивной тревожности. У правополушарных больных оценка качества жизни зависит лишь от тяжести заболевания и самообслуживания. Контроль высших психических функций и их мобилизация в оценке качества жизни у больных с правополушарной локализацией очага поражения мало выражена.

По результатам факторного анализа были выделены факторы, представленные в табл. 2 и 3.

Таблица 2

### Факторы показателей группы больных с локализацией очага поражения в левом полушарии (n = 111)

1-й фактор		2-й фактор		3-й фактор	
Признак	Вес признака	Признак	Вес признака	Признак	Вес признака
Время куб Коса-1	0,794	Время Шульте-2	0,881	Шкала ФИМ	0,911
Запоминание слов	-0,728	Время Шульте-1	0,873	Шкала Бартеля	0,906
Интерпретация пословиц	-0,715	Время Шульте-3	0,838	Качество жизни	0,619
Запоминание цифр	-0,623				
MMSE	-0,615				
Expl. Var.	4,517		3,743		3,522
Prp. Totl.	0,188		0,156		0,147

По результатам факторного анализа у больных с левополушарной локализацией очага поражения наибольший вес имеет признак конструктивного мышления в 1-м факторе, в то время как у правополушарных больных в 1-м факторе наибольший вес имеет признак запоминания слов.

По остальным факторам как у левополушарных, так и у правополушарных больных отмечаются показатели концентрации внимания и самообслуживания.

Таблица 3

**Факторы показателей группы больных с локализацией очага поражения в правом полушарии (n = 81)**

1-й фактор		2-й фактор		3-й фактор	
Признак	Вес признака	Признак	Вес признака	Признак	Вес признака
Запоминание слов	0,910	Время Шульте-3	0,839	Шкала ФИМ	0,815
MMSE	0,835	Время Шульте-1	0,827	Шкала Бартеля	0,798
Запоминание цифр	0,821	Время Шульте-2	0,805	Качество жизни	0,701
Тяжесть заболевания	-0,734				
Пересказ	0,704				
Интерпретация пословиц	0,701				
Expl. Var.	5,374		3,524		3,151
Prp. Totl.	0,223		0,147		0,131

**Обсуждение результатов.** Больные с левополушарной локализацией очага поражения характеризуются, с одной стороны, большей переоценкой тяжести состояния, более высокой тревожностью, что отмечают в своих работах А. С. Кадыков, В. Д. Трошин, В. М. Шкловский [2, 10, 11], а с другой стороны, и более высокой ответственностью за исход лечения. Они с большей настойчивостью выполняли задания методистов ЛФК для разработки двигательных функций в палате в свободное от процедур время; стремились заниматься лечебной ходьбой; повторяли упражнения по заданию логопедов; использовали приемы аутогенной тренировки вечером перед сном для улучшения засыпания, в то время как больные с правополушарной локализацией очага характеризовались более пассивной позицией по отношению к лечению; мотивация к выполнению упражнений и заданий самостоятельно у них была невыраженная.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о различном вкладе нарушений высших психических функций в оценку качества жизни больными с левополушарной и правополушарной локализацией очага поражения.

В связи с этим при формировании программ психологической коррекции для больных с левополушарной локализацией очага прежде всего должны применяться занятия, направленные на восстановление высших психических функций (конструктивного мышления, памяти, внимания и речи). Далее, необходимо использовать психотерапевтические программы: поведенческая психотерапия, направленная на стабилизацию эмоционального состояния, аутогенная тренировка, эриксоновский гипноз, тематическая медитация.

Для больных с правополушарной локализацией очага в первую очередь должны применяться психотерапевтические программы: когнитивная психотерапия, направленная на обнаружение и коррекцию иррациональных установок (недооценка тяжести состояния, депрессия), препятствующих активному включению в процесс реабилитации. Затем при необходимости следует осуществлять коррекцию высших психических функций (апраксии, амузии, синдрома «половинного внимания») индивидуально и в группе.

## Summary

*Ermakova N.G.* Psychological peculiarities of patients with consequences after stroke in left and right cerebral vascular accident in the course of stationary rehabilitation.

192 patients after stroke in the course of stationary rehabilitation have been investigated. The results of the comparative research of cognitive functions in patients with left and right cerebral vascular accident are demonstrated. Indices between cognitive functions and attitude on treatment and the quality of live are analyzed. The most reasonable programs of psychological correction and psychotherapy in these groups of patients are distinguished.

*Key words:* stroke, cognitive functions, rehabilitation.

## Литература

1. *Гусев Е. И., Скворцова В. И.* Ишемия головного мозга. М.: Медицина, 2001. 326 с.
2. *Кадыков А. С.* Реабилитация после инсульта. М.: Миклош, 2003.
3. *Вейн А. М., Шварков С. Б., Хаспекова Н. Б. и др.* Роль клинико-электрофизиологических показателей в терапии поздней резидуальной стадии инсульта методом динамической проприокоррекции // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 2001. Т. 101. № 12. С. 4–6.
4. *Hier D. B., Mondak I., Caplan L.* Behavioural abnormalities after right hemisphere stroke // *Neurology*. 1983. Vol. 33. P. 337–344.
5. *Shimoda K., Robinson R. G.* Effect of anxiety disorder on impairment and recovery from stroke // *J. Neurosych. and Clin. Neurosci.* 1998. Vol. 10. P. 34–40.
6. *Демиденко Т. Д., Балунов О. А.* Факторы, определяющие устойчивость уровня реабилитации постинсультных больных: Метод. рекоменд. СПб., 1995.
7. *Балунов О. А., Кушнеренко Я. Н.* Динамика очаговых неврологических нарушений у больных, перенесших инсульт // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. 2001. Т. 101. № 5. С. 4–8.
8. *Дамулин И. В.* Постинсультные двигательные расстройства // *Consil. Med.* 2003. Т. 5. № 2. С. 64–70.
9. *Bernsprang B., Fisher A.* Differences between person with right or left cerebral vascular accident on the assessment of motor and process skills // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1995. Vol. 76. P. 1144–1151.
10. *Трошин В. Д., Густов А. В., Трошин О. В.* Острые нарушения мозгового кровоснабжения. Н. Новгород: НГМА, 2000.
11. *Шкловский В. М.* Концепция нейрореабилитации больных после инсульта // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова: Приложение «Инсульт». 2003. № 8. С. 10–23.
12. *Климов Л. В., Парфенов В. А.* Когнитивные нарушения в остром периоде ишемического инсульта // *Неврол. журн.* 2006. Т. 11. (Прилож.). № 1. С. 53–57.
13. *Бек А., Фримен А.* Когнитивная психотерапия расстройств личности. СПб.: Питер, 2002.
14. *Мак Малин Р.* Практикум по когнитивной терапии. СПб.: Речь, 2001.
15. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга. М.: Академпроект, 2000. 512 с.
16. *Рубинштейн С. Я.* Экспериментальные методы патопсихологии и опыт их применения в клинике. М.: Эксмо-пресс, 1999. 303 с.
17. *Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н.* Практическая патопсихология: Руководство для врачей и медицинских психологов. Ростов н/Д: Феникс, 1996.
18. *Белова А. Н., Щенетова О. Н.* Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации. М.: Антидор, 2002.
19. *Логунов К. В.* Оценка эффективности лечебных и диагностических методов. СПб.: СПбМАПО, 1999. 26 с.
20. *Демиденко Т. Д., Ермакова Н. Г.* Основы реабилитации неврологических больных. СПб.: Фолиант, 2004.
21. *Практическая психодиагностика / Сост. Д. Я. Райгородский.* Самара: Бахрах-М, 2006.

Статья принята к печати 21 мая 2008 г.