

**Попов Сергей Максимович**

**ИСТЕРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В СТРУКТУРЕ  
ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
АФФЕКТИВНОГО И ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРОВ**

**3.1.17–Психиатрия и наркология  
(медицинские науки)**

**Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук**

**Москва – 2023**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья»

**Научный руководитель:**

**Доктор медицинских наук Бархатова Александра Николаевна**

**Научный консультант:**

**Доктор медицинских наук, профессор Ключник Татьяна Павловна**

**Официальные оппоненты:**

**Алешкина Галина Андреевна** - доктор медицинских наук, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии и наркологии, доцент.

**Барыльник Юлия Борисовна** - доктор медицинских наук, ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, заведующая кафедрой.

**Ведущая организация:**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится 18 декабря 2023 г. в 10:00 на заседании диссертационного совета 24.1.188.01 в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научный центр психического здоровья» по адресу: 115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья» <http://www.ncpz.ru/>

Автореферат разослан «\_\_» октября 2023 года.

Ученый секретарь

диссертационного совета,

кандидат медицинских наук

Никифорова Ирина Юрьевна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ.

### Актуальность исследования.

В современной научной литературе дискуссия о месте и вкладе истерической симптоматики в структуру и течение эндогенного психического заболевания, как и оценка ее прогностической роли остается предметом активного обсуждения. Популярность и оправданность проведения в последние годы мультидисциплинарных исследований поднимает вопрос об информативной роли истерии, оцениваемой с учетом преморбидной структуры личности, наследственной предрасположенности и клинико-биологических коррелятов эндогенного заболевания. Констатация и анализ патопластического влияния истерии при реализации эндогенной психической патологии аффективного и шизофренического регистров, позволит сузить круг параметров дифференциально-диагностической диагностики и определять варианты наиболее эффективных терапевтических стратегий.

За последние десятилетия истерические расстройства претерпели достаточно отчетливый патоморфоз - все меньше отмечаются проявления «большой истерии», и выходят на передний план картины заболевания диссоциативно-конверсионные симптомы, диффундирующие в клинические проявления эндогенного заболевания, в рамках которого они развиваются [Ромасенко Л.В., 2019; Dhadphale M., 2016; Tsui P. et al., 2016; Agarwal H.S., 2017; Galli S. et al., 2018]. Изучение проблем коморбидности истерии и другой психической патологии отмечают многие исследователи [Смулевич А.Б., 2009; Жилин В.О., 2020; Balaratnasingam S., 2006; Brown R.J., 2016; Kanaan R.A., 2017; Conejero I. et al., 2018; Feinstein A., 2020]. Все больше внимания привлекают такие аспекты проблемы как коморбидность истерических расстройств с аффективными и, в частности, биполярными расстройствами, влияние истерических расстройств на качество и длительность ремиссий, качество функционального исхода у пациентов с диагнозом шизофрении [Illis L.S., 2002; Brown S.W., 2006; Edwards M., 2009; Kanaan R.A., 2019; Rivallan A., 2021].

Изучение истерических расстройств связано с серьезными диагностическими трудностями, возникающими в связи с известным разнообразием проявлений истерических симптомов или синдромов, а также и их тенденцией к вариабельности. Расхождения в оценке классификационных схем, собственно дефиниций истерии и границ клинических форм истерических синдромов объясняются не только разными подходами исследователей и их взглядами на сущность истерических расстройств, но и разнородностью концепций понимания

генеза расстройства [А.Б. Смулевич, 2009; Дюкова Г.М., 2013; Demartini B., 2014; Levenson J.L., Sharpe M., 2015; Cottencin O., 2017]. Зачастую трудности дифференциальной диагностики обусловлены сосуществованием в одном временном отрезке истерических расстройств и других симптомов, синдромов или заболеваний, например, аффективных, психосоматических, психопатоподобных, органических расстройств или шизофрении. Описанные ранее в научной литературе заболевания, протекающие с массивной долей соучастия истерических симптомокомплексов, разграничиваются, в первую очередь, исходя из особенностей заболевания, а появление истерической симптоматики рассматривается обособленно [Смулевич А.Б., 2003, 2008, 2009; Борисова П.О., 2022; Modestin J., 2001; Komagamine T., 2021; Shah K., 2023]. В последние три десятилетия заметен дефицит работ, посвященных изучению истерических расстройств, формирующихся в рамках эндогенных психических заболеваний [Фелинская Н.И., 2002; Смулевич А.Б., 2007; Шмилович А.А., 2009; Серебренникова Л.В., 2010; Jones P. B., 2006; Moody F., 2008; Lyssenko L., 2018; Starzer M.S., 2018]. В основном, истерические расстройства рассматривались в контексте динамики течения либо эндогенных аффективных заболеваний, либо шизофрении, без внимания к вопросам взаимовлияния истерической симптоматики и картины тимических или психотических расстройств [Чиковани Г.О., 1997; Иванов С.В., 2002; Ильина Н.А., 2004; Пшеничных И.В., 2006; Даниленко О.А., 2011]. Из наиболее интересных исследований последних лет следует выделить работы посвященные изучению негативных изменений личности при истерошизофрении [Германова К.Н., 2017; Смулевич А.Б., 2018, 2020; Жилин В.О., 2020; Galderisi S., 2013; Fervaha G., 2014, 2015].

Обобщение данных научных публикаций подтверждает актуальность проведения мультидисциплинарного исследования эндогенных психических заболеваний аффективного и шизофренического спектров, протекающих с весомым вкладом истерической симптоматики в их клиническую картину на разных этапах течения заболевания.

#### **Степень разработанности темы исследования.**

Данные психопатологического и феноменологического анализа истерических расстройств в структуре эндогенных психических заболеваний, отраженные в ряде публикаций последних лет представлены преимущественно отдельными описательными категориями и не содержат сведений о клинко-психопатологическом патоморфозе, а также клинко-патогенетическом вкладе истерической симптоматики в формирование эндогенного заболевания

[Перчаткина О. Э., 2004; Пшеничных И. В., 2006; Jones P. V., 2006; Moody F., 2008]. Представляются не в полной мере изученными вопросы психопатологической дифференциации истерических расстройств, вопросы межсиндромальных соотношений с психопатологическими симптомокомплексами иных регистров и влияния подобных психопатологических коллабораций на качество функционального исхода. Недостаточно определено влияние истерических расстройств на клиническую картину ремиссий, формирующихся после манифестации эндогенного психического заболевания аффективного и шизофренического спектра.

До сих пор не выработана единообразная система дифференциальной диагностики, подразумевающая наряду со значительной оптимизацией диагностических алгоритмов, поиск объективизирующих клинико-биологических и патопсихологических предикторов. Широкий спектр истерических расстройств и отсутствие тропности к этапам формирования эндогенного психического заболевания не позволяет сделать однозначного вывода о непосредственной роли истерического симптомокомплекса в прогностическом аспекте.

Таким образом, сложность заявленной к исследованию истерической симптоматики, формирующейся в структуре эндогенных психических заболеваний, отсутствие детального изучения клинико-психопатологической структуры с учетом фактора сопряженности с иными психопатологическими расстройствами, размытость критериев диагностики, отсутствие четких параметров прогностической оценки, нерешённые вопросы подбора терапии обуславливают важность и необходимость проводимого исследования.

**Цель** настоящего исследования – изучение психопатологической структуры истерических расстройств в сопоставлении с особенностями течения эндогенных психических заболеваний, в рамках которых они формируются и разработка прогностически емких типологических моделей.

В соответствии с целью исследования были поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить феноменологические, психопатологические и клинические особенности и динамику истерических расстройств, возникающих в рамках эндогенной психической патологии.
2. Выявить информативные признаки, определяющие типологическую дифференциацию с учетом психопатологического варианта истерических расстройств.

3. Проанализировать динамику клинико-патогенетических параметров для различных нозологических групп, в рамках которых развивается истерическая симптоматика.
4. Изучить прогностические тенденции течения эндогенного психического заболевания, сочетающегося с истерической симптоматикой.
5. Выявить ряд патогенетических закономерностей (нейроиммунологических и патохарактерологических) на этапах формирования эндогенного психического заболевания аффективного и шизофренического спектра и установить корреляции с формированием и профилем истерических расстройств.

#### **Научная новизна исследования.**

Впервые, на основании анализа сплошной выборки пациентов с эндогенными психическими заболеваниями аффективного и шизофренического спектров, протекающими с формированием истерических расстройств в их структуре, разработана дифференцированная типология истерической симптоматики.

Впервые было проведено клинико-динамическое исследование истерических расстройств в структуре эндогенных аффективных и шизофренических заболеваний, результатом которого стали установленные различия как в психопатологических проявлениях истерических расстройств, их структуре, закономерностях развития, так и в их связи с динамикой аффективного заболевания, прогрессивностью шизофрении.

Впервые разработанная типология была подтверждена результатами мультидисциплинарного исследования. На основании этого были сделаны выводы о взаимосвязи истерических расстройств и эндогенного психического заболевания, в рамках которого они формировались, были выделены три ведущих механизма, послужившие основанием типологического деления: истерическая симптоматика, сопряженная с аффективными расстройствами, истерическая симптоматика, сопряженная с психотическими расстройствами и кастовая истерическая симптоматика (соматоформная клиническая картина с континуальным развитием в динамике аффективных или психотических расстройств).

Разработанная типология подтверждается результатами других исследований истерических расстройств при эндогенных психических заболеваниях аффективного и шизофренического спектров [Дубницкая Э. Б., 1979; Чиковани Г. О., 1997; Ильина Н. А., 2004; Перчаткина О. Э., 2004; Пшеничных И. В., 2006; Смулевич А. Б., 2009; Даниленко О. А., 2011].

Впервые на основании проведенного комплексного интегративного исследования установлена преэминентность психопатологической картины истерических расстройств при формировании ремиссий на начальном и на отдаленном этапах эндогенных психических заболеваний, что позволило предположить существование устойчивых тенденций течения, коррелирующих с профилем наблюдаемого истерического симптомокомплекса, предполагающее возможность осуществления достоверного клинико-функционального прогноза.

Также впервые проведено сепаратное патопсихологическое обследование для сравнительного анализа пациентов с эндогенным психическим заболеванием, сочетанным с истерическими расстройствами. Результаты, полученные путем корреляционного анализа, позволяют сделать вывод о том, что группа пациентов с истерическими расстройствами, развивающимися в рамках шизофрении, обладает большей автономностью в организации деятельности и предрасположенностью к когнитивным искажениям, в отличие от группы пациентов с эндогенным аффективным заболеванием, в рамках которого возникают истерические расстройства.

На основании исходных данных о значимой роли нейровоспаления в патогенезе эндогенных заболеваний аффективного и шизофренического спектров были подтверждены гипотезы клинико-биологической части настоящего исследования. Проведенное сравнение иммунологических показателей между подгруппами пациентов в сравнении с контрольной группой с помощью H-критерия Краскела-Уоллиса выявило умеренное повышение только воспалительных маркеров при развитии конверсионной симптоматики и выраженное повышение активности как воспалительных, так и аутоиммунных маркеров у больных с диссоциативно-конверсионными симптомами. Помимо этого, результаты нейроиммунологического исследования свидетельствуют о том, что иммунный профиль при истерических расстройствах, формирующихся в рамках эндогенных психических заболеваний, определяется, главным образом, их нозологической принадлежностью.

#### **Теоретическая и практическая значимость исследования.**

Результаты проведенного исследования вносят научный вклад в понимание трактовки аффективной и шизофренической психической патологии, детализируют особенности психопатологической структуры и течения эндогенных психических заболеваний, протекающих с истерическими расстройствами в их структуре.

Решена задача по выявлению и установлению психопатологических, нейроиммунологических и патопсихологических предикторов феномена истерии с

учетом их патопластического влияния на структуру приступа или фазы эндогенного психического заболевания. Исходя из установленных данных, определены профили, коррелирующие с качеством и динамикой формирующихся состояний стабилизации, обуславливающих характер терапевтического ответа.

Обнаружены психопатологические особенности истерических расстройств, различия механизмов их формирования, что позволило разработать их типологию, имеющую диагностическое значение, способствующую клиническому разграничению подобных состояний и выбору терапевтической тактики.

Получены данные о закономерностях течения заболевания к моменту катамнестического наблюдения, которые отражают гетерогенность изученных состояний, способствуют решению сложных прогностических задач, возникающих при распознавании и клинической картине аффективных и шизофренических заболеваний с истерическими расстройствами.

При помощи патопсихологического метода обследования установлено, что истерические расстройства выявляются у пациентов не только истерического личностного радикала, но и в других характерологических кластерах, а также установлено влияние преморбидных личностных особенностей на клинко-психопатологическую картину истерических расстройств и течение основного эндогенного психического заболевания.

При помощи нейроиммунологического метода выявлены иммунологические маркеры, позволяющие определить интенсивность и остроту существующего процесса, и соответственно, выстроить прогноз течения на основании выявленных клинко-биологических параметров. Полученные результаты имеют теоретическую значимость и представляются перспективными для дальнейших разработок.

Методологические принципы, лежащие в основе этого исследования, могут быть использованы как в научной, так и в практической деятельности врачей-психиатров. Результаты диссертационного исследования имеют практическую значимость для организации ведения и лечения пациентов с эндогенным психическим заболеванием аффективного и шизофренического спектров, сочетанными с истерическими расстройствами. Полученные результаты будут способствовать обеспечению доступной госпитальной помощи и внебольничного наблюдения, поддерживающей терапии и мер реабилитации.

#### **Методология и методы исследования.**

Настоящее исследование выполнено в период с 2017 по 2023 гг. в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний



(руководитель отдела – д.м.н. А.Н. Бархатова) ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – д.м.н., проф. Т.П. Ключник).

Исследование проводилось на основе клинического изучения 70 больных, впервые поступивших в клинику ФГБНУ НЦПЗ по поводу эндогенного психического заболевания аффективного и шизофренического спектра, с формирующейся в его рамках истерической симптоматикой, и данных клинико-катамнестического обследования 50 больных, госпитализированных в клинику ФГБНУ НЦПЗ (длительность катамнеза от 3 лет и более).

**Критериями включения** стали:

1. Возраст от 18 до 58 лет на момент госпитализации;
2. Диагноз эндогенного психического заболевания аффективного и шизофренического спектров в рамках нозологий F2X.XXX, F3X.XX по МКБ-10;
3. Наличие в структуре наблюдаемого состояния коморбидной диссоциативно-конверсионной симптоматики (F4X.X по МКБ-10).

**К критериям невключения** были отнесены:

1. Диагноз расстройства личности (F60-69 по МКБ-10) или иной формы психической патологии, не эндогенного спектра, протекающей с соучастием диссоциативно-конверсионной симптоматикой;
2. Верифицированный диагноз органического поражения ЦНС;
3. Актуальное соматическое или неврологическое заболевание в стадии обострения;
4. Злоупотребление алкоголем или психоактивными веществами с формированием синдрома зависимости.

В работе применялись феноменологический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и психометрический методы с целью определения особенностей и закономерностей клинических проявлений и течения аффективных фаз и шизофренических приступов, сопровождающихся формированием истерической симптоматики. Для определения клинико-патогенетических особенностей применялись параклинические методы исследования (патопсихологический и нейроиммунологический). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета программ STATISTICA 8.0 (StatSoft Inc.).

Исследование соответствовало принципам и положениям Хельсинкской декларации 1975 года и ее пересмотренного варианта 2000 года, одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 913 от 04.08.2022).

**Основные положения, выносимые на защиту.**

1. Истерические расстройства, формирующиеся в рамках эндогенных расстройств аффективного и шизофренического спектров, отличаются гетерогенностью и полиморфизмом проявлений, наиболее значимым представляется оценка формата патопластического взаимодействия феномена истерии и основного психопатологического состояния, в рамках которого он формируется.
2. Типологические профили истерических расстройств, формирующиеся в рамках эндогенной патологии аффективного и шизофренического спектров, представляются клинически обоснованными. Выделенные разновидности отличались не только выраженностью клинических проявлений, но и имели собственные закономерности течения истерических расстройств, коррелирующих с исходами.
3. Выявленные различия как в психопатологических проявлениях истерических расстройств, так и закономерностях их развития, обнаруживают корреляции с острой фазой или приступом и преморбидными особенностями, что позволило предположить принципиально различные механизмы их формирования.
4. Истерические расстройства и особенности их динамики, выявленные в структуре эндогенных психических заболеваний, свидетельствуют о тропности к различной нозологии и отражают ожидаемый полиморфизм прогноза.
5. Установленные патопсихологические и нейроиммунологические корреляты состояний, протекающих с соучастием истерических расстройств, служат объективными критериями, подтверждающими обоснованность предложенной нозологической дифференциации.

**Достоверность научных положений и выводов исследования.**

Степень достоверности результатов проведенного исследования достигалась путем проведения детального феноменологического и клинико-психопатологического анализа репрезентативной выборки (70 набл.), а также привлечения клинико-катамнестического обследования (50 набл.) с возможностью длительного (на протяжении от 3 лет и более) наблюдения. Формирование катамнестической части выборки, с учетом единообразия методологических подходов, этапности и последовательности изучения и детальный анализ катамнестической когорты позволили с высокой степенью достоверности провести проверку сформулированной, по данным клинической части выборки, гипотезы.

**Основные положения диссертации** доложены в виде докладов на научных конференциях: 4-я Костромская Всероссийская школа молодых ученых и специалистов в области психического здоровья (Кострома, 2018), Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 75-летию Научного центра психического здоровья (Москва, 2019), Научная конференция молодых ученых, посвященная памяти академика АМН СССР А. В. Снежневского (Москва, 2020).

#### **Личный вклад автора в работу.**

Автором лично проведен поиск и анализ научной литературы по теме диссертации, оценена степень разработки проблемы исследования. Автором лично разработан дизайн исследования, сформулированы критерии включения и не включения больных в исследование. Автором лично проведено клинко-психопатологическое и клинко-динамическое обследование и психометрическая оценка сплошной выборки из 70 пациентов с эндогенными психическими заболеваниями аффективного и шизофренического спектров, протекающих с формированием истерической симптоматики. Автором лично выполнен анализ полученных результатов, создана типология патопластического взаимодействия аффективной и психотической симптоматики, формирующейся в рамках эндогенного психического заболевания, с истерической симптоматикой, проведена оценка прогностической значимости выделенных типологических разновидностей. Благодаря проведенной работе, автор лично сформулировал положения, выносимые на защиту, обосновал полученные решения, сформулировал научные рекомендации и выводы, подготовил публикации по теме исследования. Полученные результаты были оформлены автором в виде диссертационной работы.

**Апробация диссертации** состоялась 28 июля 2023 года на межотделенческой конференции ФГБНУ НЦПЗ.

**Результаты данного исследования внедрены:** в практическую работу филиала ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер №13», филиала ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер №15», филиала ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер № 9».

**Результаты исследования** достаточно полно отражены в 5 научных публикациях, в том числе 3 из которых – в научных журналах, рецензируемых ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации.

#### **Объем и структура диссертации.**

Диссертация изложена на 336 страницах (основной текст - 299 страниц), состоит из введения, обзора литературы, главы с описанием материала и методов

исследования, шести глав по результатам собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы и приложения. Список литературы включает 202 источника (из них отечественных – 93, зарубежных - 109). Основной текст диссертационной работы содержит 18 диаграмм, 30 таблиц и 8 рисунков, 7 клинических наблюдений.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

Изученную клиническую и катamnестическую выборку составили 120 пациентов (82 женщины и 38 мужчин) в возрасте от 18 до 58 лет (средний возраст  $30 \pm 9,5$  лет) из числа проходивших стационарное лечение и/или находящихся на амбулаторном наблюдении в клинике ФГБНУ НЦПЗ. Изучение социально-демографических параметров представленной выборки показало следующее распределение: из всех обследованных, преимущество составляли пациенты с высшим уровнем образования (45,0%), в клинической когорте выделялись преимущественно пациенты с высшим образованием (61,4%), в катamnестической когорте – пациенты со средним специальным образованием (40,0%). Из всех обследованных по статусу социально-трудовой занятости преимущественно выделялись неработающие пациенты (53,3%), как в клинической (51,4%), так и в катamnестической когортах (56,0%).

В исследовании были проанализированы феноменологические и психопатологические особенности проявлений истерических симптомокомплексов, формирующихся в структуре эндогенных психических расстройств (шизофрении и заболеваний аффективного регистра) на разных их этапах. Было установлено, что истерические расстройства, формирующиеся в пространстве эндогенной психической патологии, представляют собой гетерогенный симптомокомплекс, а определяющими и наиболее значимыми признаками для типологического разграничения могут служить варианты сопряженности истерических симптомов с иными психопатологическими образованиями.

При изучении клинической группы были обнаружены четыре, наиболее часто встречающихся паттерна феноменологической сопряженности истерических расстройств с проявлениями разных форм эндогенной психической патологии. Первый был представлен преимущественно конверсионной симптоматикой (40,8%), второй – диссоциативной симптоматикой (7,5%), третий был представлен сочетанием в структуре актуального состояния первых двух паттернов (т.е. конверсионной и диссоциативной симптоматики) (31,7%), а четвертый – преимущественно истерическими соматоформными расстройствами (20,0%).

Кроме феноменологических отличий, установлены особенности динамики формирования истерического симптомокомплекса. Истерические расстройства носили как транзиторный характер - продолжительность симптомов составляла от нескольких часов до нескольких дней (78,57%), так и длительно персистирующий – симптомы, с одинаковой интенсивностью сохранялись на протяжении многих недель, месяцев и даже лет (21,42%). Кроме того, собственно интенсивность проявлений истерической симптоматики также была различной - от кратковременных периодических включений нестойкого характера до генерализованных истерических расстройств.

В отношении последовательности становления истерической симптоматики в картине эндогенного заболевания у изученных больных было установлено, что в 50% случаев истерические расстройства возникали в структуре первого психотического эпизода или аффективной фазы, в 28,6% случаев манифестация истерической симптоматики происходила в структуре повторного приступа или фазы. Формирование актуальной истерической симптоматики в 21,4% случаев происходило до манифестации эндогенного заболевания.

Исходя из варианта взаимосвязи истерических расстройств и эндогенного психического заболевания, в рамках которого они формировались, были выделены три ведущих механизма, послуживших основанием типологического деления: истерическая симптоматика, сопряженная с аффективными расстройствами, истерическая симптоматика, сопряженная с психотическими расстройствами и кастовая истерическая симптоматика (соматоформная клиническая картина с континуальным развитием в динамике аффективных или психотических расстройств).

Типологическая группа истерических расстройств, проявляющихся в связи с аффективной симптоматикой, была представлена 26 пациентами (37,1%), соотношение женщин и мужчин составило 84,6% и 15,3% соответственно. Средний возраст пациентов к моменту обследования составил  $31,5 \pm 10,15$  лет. Психопатологическая картина характеризовалась сочетанием преимущественно конверсионных расстройств и выраженной депрессивной симптоматики, диссоциативные нарушения проявлялись только на высоте тревожного компонента аффективной фазы и носили преходящий характер. По мере углубления и нарастания интенсивности проявлений аффекта конверсионная симптоматика нивелировалась и в дальнейшем, по мере формирования эутимии демонстрировала отчетливую регрессионную динамику. Структура и отмеченный алгоритм динамики истерической симптоматики патопластически взаимодействовали с

картиной формирующейся аффективной фазы: малая интенсивность и стертый характер истерических симптомов отмечались сочетанно с развитием апато-динамического аффективного радикала, а яркие и спонтанные истерические проявления формировались сопряженно с тревожно-ипохондрическим радикалом.

Типологическая группа сопряжения истерических расстройств с психотической симптоматикой отмечалась у 29 пациентов (41,43%). Средний возраст пациентов в данной группе составил  $28 \pm 8,6$  года, соотношение мужчин и женщин было представлено 2:3. Истерические расстройства обнаруживали корреляцию с характером, структурой, динамикой и содержанием бредовых и галлюцинаторных расстройств. Были отмечены проявления диссоциативных и конверсионных симптомов, причем как вместе, так и по отдельности. Отмечалось слияние истерической симптоматики и симптоматики психотического регистра. Так, конверсионная симптоматика (множественные вычурные истералгии, парестезии, явления астазии-абазии), отмечавшаяся на инициальном и начальных этапах эндогенного процесса, служила фундаментом для дальнейшего образования множественных сенесталгических и сенестопатических проявлений, которые по мере формирования приступа приобретали бредовые черты в рамках сопряженного психотического синдрома, с последующим формированием стойких бредовых идей и психических автоматизмов. Галлюцинаторно-бредовые расстройства, возникая на фоне сформированной ранее диссоциативно-конверсионной симптоматики, «перенимали» структуру и фабулу этих расстройств, создавая впечатление единого психопатологического симптомокомплекса. Такие расстройства преимущественно развивались на фоне депрессивного состояния с доминированием тревожно-фобического радикала. Конверсионная симптоматика, представленная истерическими парезами, параличами, припадками, а также диссоциативные припадки с нарушением сознания по гиподинамическому типу, сопряженные с формирующейся галлюцинаторно-бредовой симптоматикой, в дальнейшем обнаруживали феноменологическое сходство с кататоническими проявлениями. Истерические расстройства носили характер ведущей симптоматики на этапе манифестации психотического приступа, постепенно интегрируясь и патопластически меняя его структуру, однако на высоте обострения психотического состояния отмечалась полная их редукция. Еще одной отличительной особенностью данной группы был более яркий и вычурный характер диссоциативных расстройств, чем в других типологических группах.

Типологическая группа кастовой истерической симптоматики была представлена 15 пациентами (21,43%). Средний возраст пациентов этой группы

составил  $37 \pm 10,1$  лет, соотношение мужчин и женщин было представлено 3:2. Кастовая истерическая симптоматика обнаруживала отсутствие связи с аффективными и психотическими состояниями, т.е. существовала до условной степени изолированно от других психопатологических составляющих. В данной типологической группе отмечались преимущественно конверсионные симптомы, составляющие соматоформный симптомокомплекс, но также встречались транзиторные пароксизмальные диссоциативные включения. Истерическая симптоматика характеризовалась стойкостью, стабильностью, неизменностью проявлений, психотерапевтической и психофармакологической резистентностью на протяжении длительного времени. Истерические расстройства в данной группе имели в своей основе массивные экзогенно-органические, соматогенные или эндогенные вредности, которые существенно облегчали аномальное реагирование личности на незначительные ситуационные воздействия. При массивном воздействии соматогении отмечалась трансформация истерических расстройств в астеноипохондрические, обсессивно-фобические или паранойяльные состояния. У всех обследованных пациентов в данной типологической группе отмечалось наличие ипохондрических идей сверхценного или бредового уровня. Особенностью данной типологической группы являлось континуальное персистирование истерической симптоматики, представленной стойким соматоформным расстройством на фоне субдепрессивного аффективного фона при сохранении субпсихотических расстройств. При воздействии повторных психогений отмечалось присоединение новых конверсионных нарушений к уже имевшемуся соматоформному симптомокомплексу, что усугубляло состояние и становилось причиной углубления тревожно-ипохондрических депрессивных расстройств. По мере редукции психогенного воздействия отмечалось обратное развитие аффективной и психотической симптоматики до уровня, предшествовавшего психотравмирующему воздействию.

Истерическая симптоматика в структуре эндогенных аффективных заболеваний и шизофрении выявляла различия относительно темпа и интенсивности нарастающих расстройств, их клинической структуры, сопряженности с манифестацией эндогенного заболевания в период повторных фаз или приступов, а также в ремиссионном периоде. Выявленные клинические различия обнаруживали тропность к характеру осевого аффективного или психотического синдрома, определяющего форму нозологической принадлежности и исходы.

На продромальном этапе эндогенного аффективного заболевания (средний возраст  $27 \pm 9,42$  года) отмечался высокий удельный вес психотравмирующих событий разной степени интенсивности и значимости для индивидуума (алкоголизация близких родственников, конфликтные ситуации в семье, затяжные ситуации разрешения внутрисемейных отношений, а также сложности во взаимоотношениях на работе или учебе). Продромальный этап в большинстве случаев характеризовался аффективными колебаниями гипотимического полюса с кратковременными нарушениями поведения в рамках акцентуации истерического круга. В формирующейся гипотимии преобладал тревожный компонент, который в 15 случаях (41,67%) сочетался с постепенным формированием сверхценных ипохондрических включений, что служило причиной обращения к интернистам. Средний возраст манифестации эндогенного аффективного заболевания составлял  $28 \pm 9,42$  года. Манифестация заболевания в 18 случаях (50%) происходила после психогенной провокации, чаще носившей протрагированный характер (10 случаев 27,78%), отмечались случаи экзогенной провокации (4 случая, 11,1%), связанной с приемом ПАВ, в остальных случаях заболевание манифестировало аутохтонно (14 случаев, 38,89%).

При сочетанном развитии истерической симптоматики и аффективных расстройств первая проявлялась преимущественно конверсионными нарушениями, с меньшим включением диссоциативных расстройств. В зависимости от характера и структуры возникающих аффективных расстройств, с сочетанной истерической симптоматикой, были выделены три варианта ведущего аффективного синдрома: тревожно-ипохондрический (41,67%), апато-адинамический (33,33%) и депрессия с преобладанием нарушения поведения в рамках акцентуации истерического круга (25%). Истерическая симптоматика выявляла отчетливое психопатологическое взаимодействие с осевым аффективным синдромом в отношении его структуры, течения и последующего редуцирования.

В исследованной группе биполярного аффективного расстройства (F31.XX по МКБ-10) истерическая симптоматика возникала в депрессивных фазах, не проявляясь в маниакальных. В катмнезе у пациентов этой группы отмечалась слабая связь между массивностью истерических проявлений и неблагоприятной микросоциальной ситуацией. В повторных фазах истерическая симптоматика становилась менее разнообразной и стереотипизировалась, определяясь «ситуацией болезни». В ремиссиях истерическая симптоматика полностью не редуцировалась, сохраняясь в виде нарушений поведения в рамках акцентуации истерического круга, представленного аффективной лабильностью, демонстративно-шантажным



поведением, а также стрессиндуцированными «малыми конверсионными расстройствами» (парестезии, анестезии, истералгии, истерический «ком», единичные соматоформные дисфункции), которые в катamnестическом исследовании постепенно встраивались в реагирование больных, не нарушая социально-трудовую адаптацию.

В клинической группе рекуррентного депрессивного расстройства (F33.XX по МКБ-10) отмечались гендерные различия в картине истерических расстройств. Так, у мужчин преимущественно выявлялось развитие конверсионных и соматоформных нарушений, а у женщин - сочетание конверсионных и диссоциативных расстройств. В данной группе истерическая симптоматика отсутствовала в ремиссиях, проявляясь исключительно в рамках аффективных фаз. В динамике развития аффективного заболевания отмечалось доминирование и сохранение сверхценной ипохондрической симптоматики, которая в последующем приводила к развитию соматоформных нарушений. Истерическая симптоматика сохраняла массивность и яркость клинической картины в повторных фазах и имела преимущественно конверсионный и соматоформный характер, в то время как диссоциативная симптоматика полностью исчезала из картины болезни. В связи с сохраняющейся в повторных фазах выраженной аффективной и истерической симптоматикой у больных снижалась социально-трудовая адаптация. В катamnестическом периоде наблюдения у больных выявлялось углубление характерологических истерических черт.

В нозологической группе шизофрении (F2X.XXX по МКБ-10) отмечалось преобладание состояний, для которых было характерно сочетание истерических нарушений диссоциативно-конверсионной структуры и психотических расстройств. Истерическая симптоматика возникала в субпсихотическом периоде и полностью редуцировалась на высоте формирования психотического состояния и напрямую коррелировала с формирующимися продуктивными расстройствами. Инициальный этап эндогенного заболевания приходился на средний возраст  $23 \pm 6,77$  года, и характеризовался преобладанием нарушений поведения в рамках акцентуации истерического круга, аффективной неустойчивостью с преимущественными проявлениями субдепрессивного фона. Продромальный этап заболевания приходился на возраст  $24 \pm 6,31$  года, характеризовался субдепрессивными расстройствами с преобладанием тревожного, ипохондрического или апато-динамического аффективного радикала, формированием сверхценных идей, навязчивостей, нарастанием истерической симптоматики, преимущественно конверсионной структуры. Средний возраст

манифестации эндогенного заболевания составлял  $26 \pm 7,14$  лет. Манифестация заболевания в 11 случаях (32,35%) происходила приступом депрессивно-параноидной структуры, в 5 случаях (14,71%) отмечалось формирование депрессивно-бредового приступа, в остальных 18 случаях (52,94%) развивалась депрессивная фаза с явлениями навязчивостей, психических и моторных автоматизмов, сенестопатий и сенесталгий, истерического психопатоподобного поведения. Структура аффективной симптоматики манифестного эпизода шизофрении с сопутствующей истерической симптоматикой определялась ведущим тимическим радикалом - тревожным (35,29%), тревожно-ипохондрическим (23,53%), апато-динамическим (29,41%), полиморфной депрессией (11,77%).

В клинической группе шизофрении параноидной с эпизодическим течением (F20.01X по МКБ-10) истерическая симптоматика отмечалась только в структуре аффективных фаз и психотических приступов, имела вычурный и клишированный характер проявлений, повторяя картину расстройств в манифестном или предшествующих приступах. По мере развития заболевания вклад аффективных расстройств в картину основного расстройства уменьшался, галлюцинаторные и бредовые расстройства приобретали монотонный, стереотипный характер, также отмечалось снижение связи псевдогаллюцинаторных и бредовых расстройств, бредовая фабула в повторных состояниях повторяла фабулу манифестного психоза. В кататоническом периоде у больных отмечалось развитие дефицитарных расстройств по типу сдвига в сторону «двойной жизни», отмечалось «расплывающееся» мышление. Но, несмотря на прогрессивность заболевания, в первые годы болезни истерический радикал личности позволял пациентам сохранять достаточный уровень социальной адаптации. В ремиссионном периоде у больных отмечались стойкие и ригидные истерические поведенческие установки по типу искажения влечений с пуэрильностью, зависимостью, обидчивостью, которые со временем способствовали формированию психопатоподобных изменений личности.

В клинической группе шизофрении с малой прогрессивностью течения (F21.X по МКБ-10) истерическая симптоматика преимущественно включала конверсионный и соматоформный спектр расстройств, с меньшим числом диссоциативных проявлений. Существенны также гендерные различия в данной группе, где у мужчин преимущественно формировалась соматоформная симптоматика, а у женщин – преимущественно конверсионно-диссоциативная. Клиническая картина заболевания была представлена депрессивными фазами с

включением малосистематизированных бредовых идей преимущественно ипохондрической фабулы, ассоциированной с персистирующей истерической симптоматикой. В катамнезе отмечалось нарастание монотонности и стойкости депрессивного синдрома с увеличением удельного веса бредовых расстройств. В катамнестическом периоде наблюдения истерическая симптоматика утрачивала яркость (ее проявления становились менее выраженными), на передний план постепенно выступали соматоформные нарушения, замещая диссоциативно-конверсионную симптоматику. У больных формировалась ипохондрическая готовность реагирования на психотравмирующие события. В континууме основного заболевания истеро-ипохондрические явления замещались стойкими астеническими расстройствами. В катамнестическом периоде у пациентов появлялась склонность к конфликтным немотивированным нарушениям поведения, личность больных приобретала шизоидные и истероформные черты, формировались негативные изменения личности по типу психопатоподобного дефекта.

Благоприятный исход преимущественно отмечался в группе аффективных расстройств, сочетающихся с истерической симптоматикой, чему способствовало отсутствие истерических характерологических включений в преморбидный склад личности, наличие гипертимного личностного радикала, аффективный вариант инициального этапа шизофрении, или субдепрессивная структура продромального периода аффективного расстройства, а также отсутствие истерической симптоматики в продроме заболевания. Неблагоприятный исход преимущественно выявлялся в группе психотических расстройств, сочетающихся с истерической симптоматикой. Предикторами неблагоприятного прогноза заболевания являлись: задержка психического развития, преморбидный склад типа пассивных и дефицитарных шизоидов, наличие негативных изменений личности на инициальном этапе, присутствие истерической симптоматики в продроме заболевания, а также возникновение массивных истерических расстройств на фоне малой психогенной провокации. В том числе неблагоприятным прогностическим признаком считалось наличие соматогении в продроме заболевания у больных с психастеническим и истерошизоидным личностным складом, что способствовало дальнейшему развитию стойкого соматоформного расстройства.

По результатам патопсихологического обследования и сравнительного анализа изученных пациентов (которые были получены путем корреляционного анализа), было установлено, что группа пациентов с истерическими расстройствами, развивающимися в рамках шизофрении, обладает большей

автономностью в организации деятельности и предрасположенностью к когнитивным искажениям, в отличие от группы пациентов с эндогенным аффективным заболеванием, в рамках которого возникают истерические расстройства.

По результатам клинико-биологического обследования было проведено сравнение иммунологических показателей между подгруппами пациентов в сравнении с контрольной группой с помощью Н-критерия Краскела-Уоллиса. Выявлено умеренное повышение только воспалительных маркеров при развитии конверсионной симптоматики и выраженное повышение активности как воспалительных, так и аутоиммунных маркеров у больных с диссоциативно-конверсионными симптомами. Помимо этого, результаты нейроиммунологического исследования свидетельствуют, что иммунный профиль при истерических расстройствах, формирующихся в рамках эндогенных психических заболеваний, определяется, главным образом, их нозологической принадлежностью. Также выявлена связь нейровоспаления, как одного из важнейших патогенетических звеньев эндогенных психических заболеваний, с глубиной, тяжестью и стойкостью наблюдаемых состояний, течение которых сопряжено с истерической симптоматикой.

Для терапии истерических расстройств в структуре эндогенных психических заболеваний отдавалось предпочтение сбалансированным и седативным антидепрессантам из группы СИОЗС, СИОЗСН, присоединение транквилизатора или анксиолитика с целью быстрого противотревожного действия и уменьшения проявления истерической симптоматики, сочетание с седативными и стимулирующими атипичными антипсихотиков второго и третьего поколений.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.**

Результаты исследования, основанные на изучении репрезентативной клинической когорты (70 наблюдений) и катamnестической когорты (50 наблюдений), позволяют сформулировать следующие выводы:

1. Клинико-психопатологическое и клинико-катamnестическое изучение пациентов с истерической симптоматикой, формирующейся в структуре эндогенных психических расстройств аффективного спектра и шизофрении, обнаруживает значительный полиморфизм проявлений клинической картины. Гетерогенность клинической картины фазы или приступа эндогенного заболевания в значительной степени обусловлена присутствием истерического симптомокомплекса и его патопластическим влиянием.

2. Истерический симптомокомплекс в структуре эндогенного психического заболевания аффективного спектра и шизофрении представлен широким диапазоном клинических проявлений от отдельных парциальных (конверсионных, диссоциативных) до генерализованных расстройств (диссоциативно-конверсионных, соматоформных).

3. Установленные в ходе исследования типологические разновидности: истерическая симптоматика, сопряженная с аффективными расстройствами; истерическая симптоматика в рамках психотических расстройств; кастовая истерическая симптоматика - выделены исходя из ведущего механизма патопластической интеграции истерической симптоматики в основной синдром.

3.1. Истерическая симптоматика, сопряженная с аффективными расстройствами, проявляется на фоне гипотимии и обнаруживает большее патопластическое сродство с апато-адинамическим и тревожно-ипохондрическим синдромом.

3.2. Истерическая симптоматика в рамках психотических расстройств оказывает патопластическое влияние на содержание и динамику собственно галлюцинаторных, бредовых, кататонических или параноидных расстройств.

3.3. Кастовая истерическая симптоматика возникает и существует по механизму сепарированного участия от эндогенного психического заболевания и обнаруживает устойчивость проявлений на всем протяжении заболевания, ее динамика зависит исключительно от влияния внешних воздействий (экзо, сомато- и психогении).

4. Клинико-психопатологические различия типологических групп истерических расстройств, сопряженных с аффективной или психотической симптоматикой, коррелируют с принадлежностью к разным формам эндогенных психических заболеваний, и, соответственно, представляются прогностически емкими.

4.1. В группе аффективных заболеваний (F3X.XX по МКБ-10) истерическая симптоматика проявляется преимущественно конверсионными нарушениями. В зависимости от характера и структуры аффективных расстройств были установлены три варианта синдрома, в рамках которого отмечаются истерические расстройства: тревожно-ипохондрический, апато-адинамический и депрессии с преобладанием нарушения поведения в рамках акцентуации истерического круга. Истерическая симптоматика демонстрирует тропность к динамике осевого аффективного синдрома.

4.2. В рамках шизофрении (F2X.XXX по МКБ-10) отмечается устойчивое сочетание истерических нарушений диссоциативно-конверсионной структуры и

психотических расстройств. Интенсивность и динамика истерической симптоматики прямо пропорционально коррелирует с динамикой продуктивных расстройств и редуцируется на этапе острого психотического состояния.

4.3. По результатам катамнестического исследования эндогенного психического заболевания аффективного спектра и шизофрении, сочетанного с истерическими расстройствами, обнаруживается тенденция к формированию четких различий в течении и исходах заболевания.

4.3.1. Динамика формирования истерических расстройств, сопряженных с эндогенным аффективным заболеванием, характеризуется тенденцией к хронификации выявленных конверсионных проявлений, как в структуре фазы, так и в ремиссиях. При развитии повторных фаз эндогенного аффективного заболевания наблюдается утяжеление истерической симптоматики.

4.3.2. Динамика формирования истерических расстройств, сочетанных с шизофренией, характеризуется тенденцией к обеднению и стереотипизации проявлений, преобладанием конверсионного и редуцированием диссоциативного регистра расстройств.

4.3.3. Динамика формирования кастовой истерической симптоматики, в рамках развития эндогенного аффективного заболевания и шизофрении, характеризуется устойчивостью. Отмечается конкордатное взаимодействие истерии и эндогенного заболевания, приводящее к нарастанию явлений астении, апатии, ангедонии.

4.3.4. Пациенты, у которых истерические расстройства, возникали в рамках аффективного заболевания демонстрируют наиболее благоприятное течение с наилучшими исходами на момент катамнестического исследования («благоприятный», «относительно благоприятный») (61-100 баллов по шкале PSP). Пациенты с вариантом сочетания истерической симптоматики с психотическим расстройством демонстрируют наименее благоприятное течение с преобладанием «относительно неблагоприятных» и «неблагоприятных» исходов (1-60 баллов по шкале PSP).

5. Установленные патопсихологические и нейроиммунологические характеристики и их закономерности демонстрируют тропность установленным клинко-психопатологическим характеристикам и подтверждают обоснованность предложенной типологической дифференциации.

5.1 Группа пациентов с истерическими расстройствами, сопряжёнными с психотической симптоматикой, отличается большей автономностью в организации деятельности, пластичностью регуляторных процессов, также для пациентов характерны такие особенности мыслительной деятельности, как

предрасположенность к когнитивным искажениям, опора мыслительной деятельности на личностные оценки, низкая способность ориентирования в условиях значимых ситуаций, неустойчивость критериев оценки результатов своих действий. Группа пациентов с истерическими расстройствами, сопряжёнными с аффективной симптоматикой, и группа пациентов с кастовой истерической симптоматикой демонстрируют развитые представления о внутренних и внешних факторах достижения целей, адекватную оценку собственной деятельности и ее результатов, более объективное восприятие и интерпретацию событий, при этом отличаются меньшей автономностью.

5.2 Полученные клинико-иммунологические данные у пациентов с эндогенным психическим заболеванием аффективного и шизофренического спектров, сопряженным с истерическими расстройствами, демонстрируют высокую иммунную гетерогенность - от умеренного повышения только воспалительных маркеров при развитии конверсионной симптоматики до выраженного повышения активности как воспалительных, так и аутоиммунных маркеров у больных с диссоциативно-конверсионными симптомами.

**Практические рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы:**

1. При нозологической оценке эндогенных психических заболеваний аффективного и шизофренического спектров с формирующейся в их структуре истерической симптоматикой и определении прогноза следует опираться на данные об особенностях их развития, типологической разновидности, а также клинико-динамических особенностях эндогенных заболеваний и истерических расстройств в целом.
2. При диагностике аффективных фаз и шизофренических приступов, сочетающихся с истерической симптоматикой, необходимо учитывать, что наблюдаемая психопатологическая картина является результатом устойчивого слияния структуры феномена истерии и эндогенного заболевания, оказывающая патопластическое влияние и соответственно затрудняющая нозологическую оценку и подбор релевантной психофармакотерапии.
3. При выявлении истерических расстройств в структуре эндогенных заболеваний аффективного и шизофренического спектров, следует учитывать, что преморбидный личностный радикал пациентов не всегда демонстрирует характерологические гистрионные черты, более половины пациентов преморбидно относится к иным характерологическим кластерам.
4. Выявленные профили иммунологических маркеров нейровоспаления служат факторами, отражающими интенсивность и глубину наблюдаемых, в том числе, и

истерических расстройств, формирующихся в континууме аффективных и психозфренических заболеваний.

5. Результаты проведенного исследования могут использоваться при подготовке и повышении квалификации врачей-психиатров, врачей-неврологов, медицинских психологов, врачей-психиатров-психотерапевтов.

**Список работ, опубликованных по теме диссертации.**

**Статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК:**

1. Попов, С. М. Психопатологические особенности истерических расстройств в рамках эндогенных психических заболеваний аффективного спектра и шизофрении / С.М. Попов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2022. – Т. 32. – №. 1. - С. 34-40.
2. Попов, С.М. История формирования концепций и современные представления об истерии при эндогенных психических расстройствах/ С.М. Попов // Психиатрия. – 2019. – Т.14. - №4. - С. 90-102.
3. Попов С.М. Клинико-иммунологические особенности при истерических расстройствах, формирующихся в структуре эндогенных заболеваний аффективного и психозфренического спектра / Зозуля С.А., Попов С.М., Отман И.Н., Бархатова А.Н., Ключник Т.П. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2023. - № 1 (118). - С. 50-58.

**Статьи в других периодических изданиях, тезисы, представленные на конференциях:**

1. Popov, S.M. Psychopathological features of hysterical disorders arising as part of affective disorders and schizophrenia. / S.M. Popov, A.N. Barkhatova, S.A. Sorokin // European Psychiatry. – Cambridge University Press. – 2022. – 65(S1) – S564-S564.
2. Попов, С.М. Экзистенциальные юношеские депрессии как фактор высокого суицидального риска / Попович У.О., Попов С.М. // Актуальные вопросы суицидологии. – Иркутск, 2023 – С. 139-142.